



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Tema:

Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez-Hospital Geral José Macamo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

Autora:

Ana Pedro Siteo

Supervisor:

Dr. Domingos Jaime Langa

Maputo, Maio de 2017

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim de Curso

Tema: “Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo”

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane
--

Autora:
Ana Pedro Siteo

Supervisor:
Dr. Domingos Langa

Maputo, Maio de 2017

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Tema: “Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo”

Autora:

Ana Pedro Siteo

Júri

(Supervisor)

(Presidente)

(Oponente)

Maputo, Maio de 2017

Índice

Declaração de Honra.....	<i>i</i>
Dedicatória.....	<i>ii</i>
Agradecimentos.....	<i>iii</i>
Resumo.....	<i>iv</i>
Abstract.....	<i>v</i>
Introdução.....	11
Capítulo I.....	15
1-Contextualização.....	15
Capítulo II.....	19
2-Revisao da Literatura.....	19
2.1-O acesso ao pré-natal enquanto influenciado pelas condições socioeconómicas das mulheres grávidas.....	19
2.2-Condicionantes micro e estruturais no acesso à assistência pré-natal.....	21
2.3-A adesão ao pré-natal a partir das representações sociais.....	24
Capítulo III- Enquadramento Teórico.....	30
3.1-Conceptualização.....	34
3.2-Modelo de Análise.....	41
Capítulo IV.....	43
4-Metodologia.....	43
4.1-Tipo de pesquisa.....	43
4.2-Método de Abordagem.....	43
4.3-Método de procedimento.....	44
4.4-Técnica de recolha de dados.....	44
4.5-Delimitação do universo.....	45
4.6-Amostra.....	45
4.7-Trabalho de Campo.....	46
4.8-Análise e interpretação de dados.....	47
4.9-Aspectos éticos observados.....	47
4.10-Constrangimentos.....	48
Capítulo V.....	49

5-Apresentação de dados.....	49
5.1.1-Perfil sociodemográfico das entrevistadas.....	49
5.1.2-Conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez.....	51
5.1.3-Contexto e actores envolvidos na transmissão de conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez.....	61
5.1.4-Processo de adesão ao pré-natal.....	63
5.2-Análise e interpretação dos resultados.....	69
Conclusão.....	81
Bibliografia.....	84
Apêndices.....	87

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Ana Pedro Siteo, Estudante da Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de Sociologia, declaro por minha honra que, este trabalho é da minha autoria e que o mesmo nunca foi anteriormente apresentado na sua essência para obtenção de qualquer outro grau académico. O mesmo resulta de minha dedicação pessoal e os resultados foram possíveis a partir da aplicação de metodologias de investigação científica adiante indicadas e com recurso a fontes devidamente citadas e apresentadas nas referências bibliográficas.

(Ana Pedro Siteo)

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, que em seu reduzido número torna-se imensa em seu amor e carinho. Aos meus idolatrados pais, Pedro Siteo e Percina Agostinho Simbine, que constituem, para mim, fonte de motivação, amor, dedicação e esperança de dias ainda mais felizes. A vós presto a devida e merecida vénia por me terem acompanhado desde os meus primeiros passos académicos até a esta fase que simboliza, também, a vossa vitória. Pela confiança depositada e pelo suporte prestado durante a caminhada, sejam testemunhas do alcance desta meta.

Agradecimentos

Meus agradecimentos vão para Aquele que tudo criou e o Seu filho enviou para minha salvação: Deus. Pela sua inteira bondade e bênçãos que sobre mim tem derramado. Pai, não tenho palavras para expressar minha gratidão, apenas o silêncio de minhas orações para Lhe contemplar a todo momento.

Estou imensamente grata ao Dr. Domingos Langa, por ter dispensado seu tempo para me orientar na realização deste trabalho. Agradeço pelos ensinamentos transmitidos, não só durante as aulas de teorias, mas, sobretudo durante o período que estive como meu supervisor. Neste período aprendi e reconheci que, afinal, fazer um trabalho de pesquisa não é difícil, mas também, não se faz de forma fortuita, como se do simples acto de juntar palavras se tratasse. É preciso muita leitura reflexiva e dedicação. Deixou um outro grande ensinamento que considero “anti-maquiavélico” (risos), o de que os resultados pouco podem ser significativos se os métodos usados para se chegar a eles não forem cautelosamente observados. Com isso, quero dizer que muito me ensinou, também, sobre metodologia. Por isso, e muito mais endereço os meus profundos e sinceros agradecimentos!

Meus agradecimentos são extensivos a todos professores do departamento de Sociologia e associados, pelos ensinamentos que transmitiram durante as aulas, estes que me tornaram numa pessoa um pouco mais interventiva e com olhos de ver para além do que todos dizem ver.

Agradeço ao Cláudio Moiana, que muitas vezes exerceu papel de meu co-supervisor (risos), com carinho e atenção sempre esteve disponível para dizer algo que, de forma substancial, contribuía na melhoria do trabalho. Receba um abraço do meu muito obrigada pelo carinho, amizade, compreensão, enfim, por todo tido de suporte que me proporcionou. Quero também agradecer de modo geral aos colegas da turma de sociologia 2011. Pela convivência, ajuda e compreensão proporcionadas durante o processo de formação. Em particular, agradeço aos elementos do grupo mais eficaz de todos os tempos, o “*team* madrugada”, constituído por: Cláudio Moiana, Dulcineira Raso, Ermida da Graça Magumane.

Às mulheres mães que participaram deste estudo vai o meu muito obrigada, sem elas não teria sido possível lavrar este trabalho. Não podia terminar minha lista de agradecimentos sem evocar a todos que directa ou indirectamente fizeram votos para que eu tivesse sucessos na minha formação. A todos, o meu muito obrigada!

Resumo

O presente trabalho teve como tema “*Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo*”. Tivemos como objectivo geral compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez na adesão ao pré-natal. Para o efeito, foi adoptada a metodologia do tipo qualitativo, e foi aplicada a entrevista semi-estruturada como método de recolha de dados. As entrevistas foram feitas com um total de 10 mulheres mães que participavam de consultas de peso e ou vacinação de suas crianças no Hospital Geral José Macamo. Socorrendo-se da teoria da construção social da realidade de Peter Berger e Thomas Luckmann (2004), neste trabalho argumentamos que as mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez e que estes influenciam na sua adesão ao pré-natal determinando o período de início e frequência. O desenvolvimento deste trabalho permitiu-nos chegar às seguintes três conclusões: (i) As mulheres identificam a vivência do período da gravidez enquanto caracterizado pela adopção de certos cuidados. A identificação de tais cuidados revela que as mulheres têm conhecimentos sobre a realidade que vivenciam; (ii) os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez são transmitidos em contextos estruturais determinados como a família e o hospital. Para os quais, existem actores determinados que transmitem esses conhecimentos cumprindo, então, com o papel de socializadores; por fim, (iii) os conhecimentos sobre o período do início e de frequência aos serviços de cuidados hospitalares influenciam na adesão, na medida em que é tomando em consideração a estes conhecimentos que as mulheres orientam a sua procura pelo pré-natal.

Palavras-chave: *Conhecimento; Realidade; Socialização, Adesão ao pré-natal.*

Abstract

The present paper was on the topic "Adherence to prenatal consultations: A study of how knowledge influences the search for prenatal care at Hospital Geral José Macamo". Our overall objective was to understand the influence of the mothers' knowledge about pregnancy cares in prenatal adherence. For this purpose, we adopted a qualitative methodology, and a semi-structured interview for data collection was applied. We interviewed a total of 10 women who participated in children care, weight measure and vaccination, at Hospital Geral José Macamo. Based on the theory of social construction of reality by Peter Berger and Thomas Luckmann (2004), we debated that mothers know about pregnancy cares and that this influences their adherence to prenatal care hence determining how early and how frequently they look for the service. With this research we have come to three conclusions: (i) Women acknowledge pregnancy cares as of utmost importance for a safe pregnancy; (ii) the knowledge about pregnancy cares is conveyed in defined structural contexts such as family and hospital. For whom, there are specific actors who transmit this knowledge playing the role of socializers; (iii) knowledge about the period of initiation and attendance at hospital cares influence adherence, since it is based on it that women guide their search for prenatal care.

Key words: Knowledge; Reality; Socialization, Adherence to prenatal care.

Introdução

O presente trabalho tem como tema “Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo”. O trabalho tem como principal objectivo compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez na sua adesão ao pré-natal. Para orientar a compreensão do trabalho usamos a teoria da construção social da realidade de Peter Berger e Thomas Luckmann (2004). Adoptamos esta teoria pelo facto da mesma conceber a realidade enquanto uma construção social que resulta do processo de interacção dos indivíduos na vida quotidiana. Assim como, pelo facto de considerar que os indivíduos, ao se encontrarem num mundo real, sabem que o mesmo possui certas características. Por sua vez, estas características são tidas como o conhecimento de que os indivíduos dispõem sobre a realidade. O estudo foi realizado junto a um total de 10 mulheres mães que frequentavam consultas de suas crianças, vacinação ou peso, no centro de saúde do Hospital Geral José Macamo.

No que respeita a temática sobre a adesão às consultas pré-natais, agrupamos os estudos que compõem a revisão da literatura em três abordagens: a primeira analisa o acesso ao pré-natal enquanto influenciado por factores de ordem individual, colocando em questão as condições socioeconómicas das mulheres grávidas. A segunda abordagem analisa o acesso ao pré-natal a partir da combinação de factores de ordem individual com os de ordem estrutural, por fim, a terceira abordagem analisa a adesão partindo das representações que se constroem em torno do pré-natal.

A primeira abordagem é representada por estudos de Finlayson e Downe (2013) e Seque *et al* (s/d). Esta abordagem defende que o acesso ao pré-natal é condicionado pela posse de determinadas condições socioeconómicas. Assim, consideram que as mulheres que dispõem de melhores condições mais oportunidades têm de aderir aos serviços de cuidados pré-natais. E, contrariamente, as mulheres em condições desfavoráveis, menos oportunidades têm de usufruir dos mesmos serviços, colocando em questão também a qualidade de atendimento destas mulheres (FINLAYSON e DOWNE (2013); SEQUE *et al* (s/d).

Por outro sua vez, a segunda abordagem é representada por estudos de Motta (2014), Gross *et al* (2012), Save the Children (2007) e UNICEF e colaboradores (2010). Esta abordagem analisa o acesso ao pré-natal a partir da combinação de factores de ordem individual com os de ordem estrutural. De acordo com esta abordagem, não só as condições socioeconómicas condicionam

de determinada forma na adesão ao pré-natal, como também, outros factores. Desses outros factores destacam-se os relacionados com a disponibilidade de unidades sanitárias e profissionais de saúde, a qualidade dos serviços prestados por estes, as práticas culturais influenciam na adesão ao pré-natal. Uma vez que a quase inexistência de infraestruturas sanitárias fará com que as mulheres não adiram ou mesmo não retornem aos cuidados pré-natais (MOTTA (2014), GROSS *et al* (2012), SAVE THE CHILDREN (2007) e UNICEF e colaboradores (2010).

Por sua vez, a terceira abordagem analisa a adesão partindo das representações que se constroem em torno do pré-natal. De acordo com as autoras que se enquadram nesta abordagem, Costa e Souza (2002), o que influencia na adesão ao pré-natal, é o sentimento de obrigatoriedade que surge pela transmissão das representações pelos membros da família e amigos das mulheres grávidas.

Os estudos da primeira e segunda abordagem não olham para o conjunto de conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez, tampouco para a influência que estes podem ter na adesão ao pré-natal. Por sua vez, a terceira abordagem considera que as mulheres aderem ao pré-natal movidas pelo sentimento de obrigatoriedade. Esse sentido é criado durante a transmissão das representações sociais sobre o pré-natal pelos membros da família e por amigos das mulheres grávidas.

Com base nessas observações, argumentamos que os estudos das abordagens acima não esgotam as perspectivas de análise no estudo sobre o acesso ao pré-natal, uma vez que não olharam para a capacidade que os indivíduos têm de atribuir características à realidade. Estas que, por sua vez, constituem o conhecimento que têm sobre a realidade. Assim como não olharam para o facto de este conhecimento poder orientar a acção dos indivíduos na vida quotidiana. Pois, como Berger e Luckmann (2004:13) defendem, “o homem comum encontra-se num mundo “real” para ele, embora em diferentes graus, e “sabe”, com graus variáveis de certeza, que este mundo possui tais e tais características”.

Neste sentido, procuramos responder às seguintes perguntas de pesquisa:

- *Quais os conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez?*
- *De que forma estes conhecimentos influenciam na adesão ao pré-natal?*

Argumentamos, neste trabalho, que, por um lado, as mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. E, por outro lado, que os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez influenciam na determinação do período e frequência de procura pela realização do pré-natal.

Relativamente a metodologia, o trabalho é de cariz qualitativo, pelo facto de termos privilegiado o contacto directo com as entrevistadas para apreensão de seus conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez. O método de abordagem é o fenomenológico, pelo facto de conceber a realidade enquanto produto da intencionalidade. Sendo esta realidade o que os indivíduos compreendem, interpretam e comunicam. O método de procedimento é o monográfico e o grupo alvo foi composto por um conjunto de 10 mulheres mães que frequentavam consultas das crianças, seleccionadas mediante sua acessibilidade. A técnica que usamos para a recolha de dado foi a entrevista semi-estruturada.

Este trabalho revelou-se pertinente pelo facto de ter-nos permitido analisar o acesso ao pré-natal não a partir de condicionalismos individuais e estruturais, nem da obrigatoriedade surgida pela apreensão das representações sociais sobre o pré-natal. Mas, olhando para as mulheres como actores sociais que têm conhecimentos sobre a realidade que vivenciam e que orientam suas acções em função dos conhecimentos que estas têm sobre a mesma (BERGER e LUCKMANN, 2004).

O trabalho está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos a contextualização sobre assistência pré-natal. No segundo capítulo apresentamos a revisão da literatura. Nesta parte identificamos estudos desenvolvidos sobre o acesso ao pré-natal e discutimo-los apresentando pontos convergentes e divergentes dos autores. Sequencialmente, apresentamos o nosso problema de estudo, o qual se encontra resumido em duas perguntas de pesquisa. O terceiro capítulo é reservado ao enquadramento teórico. Aqui apresentamos a perspectiva teórica da construção social da realidade de Berger e Luckmann (2004) e seus pressupostos que nos ajudaram a fazer a leitura dos dados colhidos no campo. Não só, neste capítulo também procedemos com a identificação e definição dos principais conceitos abordados ao longo do trabalho e fazemos o desenho do modelo de análise, indicando as dimensões e indicadores relativos aos conceitos.

No quarto capítulo apresentamos a metodologia, descrevendo os principais aspectos que orientaram a condução do trabalho. No quinto capítulo efectuamos a apresentação de dados. Estes que se encontram divididos em três eixos. No primeiro eixo identificamos os

conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez. No segundo eixo identificamos os contextos estruturais e actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos às mulheres e, no terceiro eixo descrevemos o processo de adesão das mulheres ao pré-natal. Neste capítulo também fazemos a análise e interpretação dos principais resultados do trabalho. Para finalizar, o trabalho encerra com a apresentação das conclusões chegadas com a realização do mesmo, as referências bibliográficas e os apêndices, constituídos pelo termo de consentimento informado e o guião de entrevista.

Capítulo I

1- Contextualização

Neste capítulo apresentamos as formas como o pré-natal, enquanto área de saúde materno-infantil tem sido considerado ao nível das estruturas que velam pela saúde a nível global. Esta contextualização aborda os conceitos e objectivos do pré-natal. Apresenta, de forma sucinta, o alcance/expansão deste serviço em África no geral, e Moçambique de modo particular.

O pré-natal é um dos cuidados primários de saúde (KILSZTAJN, *et al*, 2003; BARROS *et al*, 2010, FESCINA, 2010 *apud* ROSA, 2013). Ele é importante pois tem uma relação directa com os indicadores de saúde materno-infantis, como a redução do risco de mortalidade materna e neonatal. Ele tem o objectivo de promover a saúde, realizar diagnóstico precoce e tratamento de doenças e suas complicações e contribuir para a redução de comportamentos e factores de risco que são possíveis de ser corrigidos durante a gestação (*idem.*)

O pré-natal é um fenómeno complexo que remete a um tratamento físico, psicológico e social requerendo, então, habilidades dos profissionais de saúde/enfermagem conquistadas com embasamento científico e a vivência prática destes conhecimentos (CARRARA e OLIVEIRA, 2013:97).

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente com vistas a aumentar e melhorar a qualidade do pré-natal (HILL *et al*, 2004; BRASIL, 2012 *apud* ROSA, 2013: 12). Neste sentido, considera-se que a cobertura global do controle pré-natal vem evoluindo de modo significativo. Pois, nos países industrializados há mais de 95% de mães que realizam pelo menos uma consulta pré-natal e nos países menos industrializados, como a Colômbia e alguns países africanos, a taxa ronda nos 62% e 69% de mulheres que realizam pelo menos uma consulta, respectivamente (*idem.*).

Resultados adversos (negativos) da gestação e do parto entre mães e recém-nascidos têm sido associados a não realização do pré-natal. Do mesmo modo, a ocorrência da sífilis congênita, de partos prematuros e de mortes neonatais são apontados por diversos estudos como resultantes da não realização do pré-natal (ARAÚJO *et al*, 2006 *apud* ROSA, 2013). Neste sentido, a não realização do pré-natal tem sido associada a factores de vária ordem, dos quais se destacam os seguintes: *ordem socioeconómica*, entre eles a baixa renda familiar e escolaridade. *Acesso às consultas*, tais como local de residência distante do serviço e custo para

o deslocamento. E, de *qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social* (HILL *et al*, 2004; GONZALEZ *et al*, 2006; TITALEY, 2010 *apud* ROSA, 2013).

De acordo com o que apresentamos acima, verificamos que o pré-natal ocupa um papel fundamental nos cuidados de saúde a se ter em relação às mulheres no processo de gestação. Uma vez que possibilita a identificação de possíveis complicações a que estão sujeitos a mulher e o feto. Essa pode ser uma das razões pela qual, conforme Rosa (2013) refere, esforços vêm sendo implementados a nível mundial visando o aumento e melhoria da qualidade do pré-natal

No continente africano, a cobertura do controle pré-natal é considerado um caso de sucesso (LINCETTO *et al*, 2006:51). Isto porque mais de dois terços das mulheres grávidas, o que corresponde a uma percentagem de 69, fazem pelo menos uma consulta médica. Contudo, para que o pré-natal atinja o potencial de salvar vidas a que se propõe, são necessárias pelo menos 4 consultas médicas que prestem intervenções baseadas em evidências essenciais (*idem.*).

O pré-natal constitui uma oportunidade para promoção do serviço de assistência especializada durante o parto e a prática de comportamentos saudáveis como a amamentação, o controle pós-natal precoce e o planeamento para um espaçamento óptimo da gravidez (planeamento familiar). A existência de bons cuidados de saúde durante a gravidez é importante para a saúde da mãe e do filho por vir (nascituro) (LINCETTO *et al*, 2006:51-52.).

Lincetto *et al* (2006:52) consideram a gravidez um período crucial para promoção de comportamentos saudáveis e competências quanto à forma de educar uma criança. Por isso, referem que, boas ligações do controle pré-natal entre a mulher e sua família e o sistema de saúde formal contribuem no aumento de probabilidades de se recorrer a um profissional especializado durante o parto e contribui para uma boa saúde ao longo de toda a vida. Cuidados de saúde inadequados durante este período quebram um elo fundamental dos cuidados continuados de saúde e afectam tanto a mãe como os bebés. Neste sentido, a baixa qualidade do pré-natal ou a sua quase inexistência tem impactos quer na mãe quer no bebé.

Para os autores, o envolvimento das famílias e da comunidade é fundamental para os comportamentos saudáveis em casa durante a gravidez. Sua participação é um factor importante da utilização dos serviços de consulta pré-natal. Não só, os profissionais de saúde devem fazer todo o possível para localizar as mulheres incapazes ou renitentes a fim de que se dirijam a uma clínica e aceitem os serviços que lhes são propostos (LINCETTO *et al*, 2006:54).

Por sua vez, os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) podem desempenhar um papel fundamental identificando todas as grávidas da comunidade e aconselhando-as a adoptar um estilo de vida saudável, o planeamento dos partos, a preparação para as possíveis complicações, e a necessidade de controlo pré-natal e de assistência especializada durante o parto. Podendo ajudar na criação de laços entre a comunidade e o sistema de saúde. Sendo que o melhoramento de mensagens sobre saúde pode aliviar em parte alguma da responsabilidade que recai sobre os serviços clínicos de controlo pré-natal. (LINCETTO *et al*; 2006:55).

De acordo com o que Lincetto *et al* (2006) nos apresentam, entende-se que o período da gestação é um período que imana cuidados. E que o provimento destes cuidados envolve a participação desde os membros da família em particular, à toda comunidade no geral. Pois, como os autores referem, a participação destes membros irá permitir que as mulheres grávidas façam o uso dos serviços de consulta pré-natal.

Saúde materno-infantil em Moçambique: o pré-natal

O Relatório da Revisão do Sector da Saúde de Moçambique aborda questões sobre a saúde-materna e saúde sexual e reprodutiva em 6 aspectos: resultados, equidade, qualidade, cobertura, necessidades e constrangimentos relativos a estas áreas de actuação.

No que respeita aos *resultados* quanto ao provimento e uso de serviços de saúde materna e saúde sexual e reprodutiva, o Relatório da Revisão do Sector da Saúde (RSS) indica que houve um aumento da realização de pelo menos uma consulta. Pois, se passou dos 85% registados em 2003 para 92% em 2008 e houve uma ligeira queda em 2011 em que a taxa foi de 91% (MISAU, 2012:27).

Ao analisar a questão da *equidade*¹ no provimento dos cuidados de saúde, o relatório refere que esta continua a ser um desafio na saúde materna e saúde sexual e reprodutiva em Moçambique. Assim, analisando as principais variáveis, constata-se que as zonas rurais continuam menos privilegiadas. Não obstante, de 2003 a 2008 observou-se uma diminuição nas discrepâncias geográficas, educacionais e económicas, resultando em melhorias significativas nos segmentos da população com maior necessidade (MISAU, 2012:28).

¹ Designa a “discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de factores que estão fora do controle individual” (Duarte, 1994:2). Com base nesta definição, pode entender-se que o RSS refere que as zonas rurais ainda são desprovidas de serviços de saúde materno-infantil, não existindo favorecimento destas zonas através da alocação de uma parte destes serviços de zonas urbanas (onde pressupõe-se haver maior distribuição dos serviços de SMI).

No que diz respeito a *qualidade*², o relatório destaca que estudos têm apontado para a necessidade de se melhorar a qualidade dos serviços de saúde materna e saúde sexual reprodutiva em Moçambique. Segundo o relatório, um indicador de qualidade dos serviços é o grau de cumprimento com as normas da OMS para serviços prestados durante a visita pré-natal. Deste modo, o relatório indica que, em 2008, somente 67% das mulheres que receberam cuidados pré-natais mediram a sua tensão arterial e 40% tiraram amostra de urina (INE; UNICEF, 2009). De acordo com o relatório, estes cuidados são considerados, pela OMS, enquanto básicos durante as consultas pré-natais. Outro indicador de qualidade é a disponibilidade de medicamentos básicos, tais como xarope nevirapina e vitamina K, para a prestação dos serviços.

No que respeita a *cobertura*³ dos serviços, o relatório refere que:

Apesar das melhorias registadas em muitos indicadores de saúde materna e saúde sexual e reprodutiva, a cobertura desses serviços ainda é baixa. Referindo que há um acesso inadequado à informação e aos serviços de saúde reprodutiva (MISAU, 2012:29-30).

Com o exposto acima é possível verificar que o acesso ao pré-natal tem sido abordado em diversas sociedades e a sua não realização é associada a factores de vária ordem: *socioeconómica*, entre eles a baixa renda familiar e escolaridade. *Acesso às consultas*, tais como local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento e *qualidade dos cuidados em saúde* e de *suporte social*. Estes factores são considerados como influentes para a não realização do pré-natal ((HILL *et al*, 2004; GONZALEZ *et al*, 2006; TITALEY, 2010 *apud* ROSA, 2013). Em Moçambique, apesar de se registar uma diminuição nas diferenças geográficas, educacionais e económicas no acesso aos cuidados pré-natais, a cobertura dos serviços de saúde ainda constitui um problema a ser ultrapassado, de modo a se garantir um maior acesso ao pré-natal (MISAU, 2012).

² O termo refere-se a “um atributo específico de uma coisa ou de um ser que se distingue dos outros. É, também, sinónimo de excelência, atributo natural que caracteriza o que é essencial e distingue coisas ou pessoas” (Marques, 1998:116). Através desta definição de qualidade verificamos que o RSS refere que os serviços de saúde materno-infantil em Moçambique ainda não são prestados com excelência. Visto que são deixadas de lado algumas considerações imprescindíveis para um eficaz atendimento das mulheres grávidas.

³ Termo que designa a “proporção de indivíduos a necessitar intervenções e que efectivamente as recebem, sendo essa proporção medida em relação ao número total de habitantes” (Save the Children e colaboradores, 2006:70). Com base nesta definição, entende-se que o RSS refere que existem várias pessoas necessitando de serviços de saúde materno-infantil mas que não os recebem devido a baixa existência e ou expansão dos mesmos.

Capítulo II

2- Revisão da Literatura

Nesta parte apresentamos estudos desenvolvidos sobre assistência pré-natal, onde destacamos aqueles que analisam o acesso das mulheres aos cuidados pré-natais. Agrupamos estes estudos em três abordagens: a primeira analisa o acesso ao pré-natal enquanto influenciado por factores de ordem individual, colocando em questão as condições socioeconómicas das mulheres grávidas. A segunda abordagem analisa o acesso ao pré-natal a partir da combinação de factores de ordem individual assim como de ordem estrutural, por fim, a terceira abordagem analisa a adesão partindo das representações que se constroem em torno do pré-natal.

2.1 O acesso ao pré-natal enquanto influenciado pelas condições socioeconómicas das mulheres grávidas

Esta primeira abordagem comporta estudos de Finlayson e Downe (2013) e Seque et al (s/d). Nesta abordagem, os autores estudam o acesso ao pré-natal a partir das condições socioeconómicas das mulheres. De acordo com os autores, a posse de determinadas condições socioeconómicas irá influenciar de uma determinada forma o acesso das mulheres à assistência pré-natal.

Assim, o que se verifica é que para as mulheres economicamente desfavorecidas, menos oportunidades terão de aceder aos serviços de cuidado com a gravidez. Contrariamente, as mulheres que dispõem de condições socioeconómicas favoráveis mais oportunidades terão de beneficiar desses serviços (Finlayson e Downe (2013) e Seque *et al* (s/d).

Fazendo parte desta abordagem, Finlayson e Downe (2013) no estudo designado *“Why do women not use antenatal services in low-and middle income countries”*, referem que o cuidado/assistência pré-natal representa oportunidade para identificar gravidezes em risco e, no sentido geral, para monitorar e suportar os cuidados básicos das mulheres que podem estar susceptíveis à média de eventuais patologias fatais incluindo o HIV, anemia, malnutrição, tuberculose e malária.

Segundo os autores, a implementação global de estratégias pretende encorajar o atendimento pré-natal baseando-se na ideia segundo a qual se serviços de qualidade forem providenciados, pessoas irão aderir a eles. Todavia, os autores apresentam dados quantitativos que indicam que não é necessariamente o caso de algumas mulheres grávidas. De acordo com estes dados, as

mulheres de áreas relativamente pobres, de áreas rurais, com baixo nível educacional são menos susceptíveis de aceder aos serviços pré-natais, mesmo que sejam providenciados.

Outros factores que incluem: ter marido com nível de educação baixo, viver a uma grande distância da clínica/hospital, ter elevada paridade; têm sido identificados como barreiras para o acesso aos cuidados de assistência pré-natal (Idem).

Por sua vez, Seque *et al* (s/d) em seu estudo sobre “*Assistência pré-natal e ao parto de mães de crianças usuárias do serviço de vacinação*”, um estudo feito em São Paulo, no Brasil, tinham o objectivo de verificar a associação entre características sociodemográficas e tipos de serviços de saúde utilizados e assistência pré-natal e ao parto. Com este estudo, os autores concluíram que há desigualdades de acesso à assistência pré-natal de qualidade, relacionadas sobretudo à renda familiar, e que estas ainda são encontradas em regiões metropolitanas.

Segundo Seque *et al* (s/d), a assistência pré-natal adequada e sua articulação com os serviços de assistência ao parto é um elemento principal para a redução da mortalidade materna e da criança. O que implica que sua ausência ou deficiência resultará, inevitavelmente, em maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e mortalidade materna.

Seque *et al* (s/d) ao analisarem a relação entre características sociodemográficas das mulheres grávidas com o tipo de serviço que utilizavam, verificaram que existe desigualdades de acesso à assistência pré-natal de qualidade. Os autores apontam como principal factor que caracteriza essas desigualdades a renda familiar, destacando que essas desigualdades ganham maior visibilidade nas metrópoles. Contudo, um aspecto limitante neste estudo reside no facto de que Seque *et al* (s/d) não estudaram as representações que estas mulheres criam em torno da vivência da gestação e dos cuidados que a mesma acarreta.

Por sua vez, Finlayson e Downe (2013) não apresentam as razões que explicam porque as mulheres que se encontram nas condições de pobreza, residentes em áreas rurais, etc. podem não procurar pela assistência pré-natal ainda que sejam providenciados os serviços de qualidade. Entendemos que pode contribuir para esse cenário a existência de conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, os quais as orientam para a vivência da gestação, aspecto que o estudo não tomou em consideração para a explicação do não acesso a assistência pré-natal, mesmo que este serviço seja disponibilizado às mulheres.

2.2 Condicionantes micro e estruturais no acesso à assistência pré-natal

Os autores desta abordagem, Motta (2014), Gross *et al* (2012), Save the Children (2007), e UNICEF e colaboradores (2010), analisam a assistência pré-natal enquanto influenciada pela combinação quer das condições socioeconómicas das mulheres gestantes, quer de factores de ordem estrutural relacionados com a disponibilidade de infra-estruturas (profissionais) de saúde assim como com a qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, práticas culturais, entre outros.

Identificamos um ponto convergente entre os autores desta abordagem com os da primeira abordagem. Ambas apontam factores comuns de ordem socioeconómica como os que influenciam no acesso das mulheres ao pré-natal. Todavia, esta segunda abordagem chama-nos atenção para não reduzir a análise do acesso a assistência pré-natal apenas às condições socioeconómicas das mulheres grávidas, pois factores de ordem estrutural também exercem influência nesse processo.

Os autores que analisam a assistência pré-natal nesta perspectiva consideram que não só as condições socioeconómicas das mulheres interferem no acesso à assistência pré-natal, mas, também, as condições de ordem estrutural, pois a sua fraca ou quase inexistência acaba limitando a sua procura por parte das mulheres. O que acaba influenciando para que elas não procurem pelos serviços de assistência pré-natal ou que não retornem aos mesmos, caso já tenham iniciado.

Assim, Motta (2014) discute a questão da assistência pré-natal a partir das condições socioeconómicas da gestante, referindo que quanto mais precárias forem, menos oportunidades ela terá de aceder aos serviços de assistência pré-natal e, consequentemente, de menor qualidade será a sua assistência.

Enquanto o estudo de Filanyson e Downe (2013), da primeira abordagem, abre espaço para se pensar na possibilidade de que às mulheres, ainda que em condições desfavoráveis, serviços de qualidade são proporcionados, mas que, por decisão própria não fazem o uso desses dos mesmos, com a abordagem apresentada por Motta (2014) percebemos que as mulheres não acedem à assistência pré-natal mais por força de suas condições desfavoráveis. Atribuindo, deste modo, um peso relativo às condições socioeconómicas das mulheres no seu acesso a este serviço.

Por outro lado, Motta (2014) refere também que, não somente os factores socioeconómicos da gestante interferem na assistência pré-natal adequada, mas também factores ligados a estrutura exercem sua influência, na medida em que a falta de infra-estruturas de saúde até a baixa qualidade de atendimento por parte dos profissionais de saúde faz com que as mulheres não adiram aos serviços de assistência pré-natal ou mesmo não retornem mais as consultas.

Motta (2014), no seu trabalho sobre a *“Relevância da assistência pré-natal para parturientes usuárias do SUS”* um estudo feito em Salvador/Baia, no Brasil, teve como objectivo estudar como os factores socioeconómicos podem interferir na assistência pré-natal. Em que a autora destaca que a condição socioeconómica da gestante, quando precária, traz maiores riscos de complicações durante a gravidez, ou de nascimento de filhos com baixo peso e ou prematuro e, consequentemente, maior risco da criança adoecer e morrer no primeiro ano de vida.

Para Motta (2014), os factores socioeconómicos interferem tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto na assistência ao parto, sendo que em muitas situações esses factores não são tomados em conta na avaliação das gestantes e na formulação das políticas e critérios, limitando-se a pensá-los exclusivamente a partir de factores biológicos e económicos (idem).

Deste modo, Motta (2014) faz uma abordagem mais ampla da saúde, considerando-a como uma questão complexa que não resulta somente de factores biológicos e genéticos, decorrendo também de factores socio-ambientais, económicos, culturais e do estilo de vida a que a pessoa está exposta, bem como, de modo determinante, do sistema de saúde existente.

Não só os factores socioeconómicos interferem no acesso à assistência pré-natal, para além destes, refere Motta (2014), factores relacionados à própria assistência como a falta de qualidade de atendimento, o despreparo e quantidade insuficiente dos profissionais, a falta de infra-estrutura dos postos de saúde, deficiência das acções educativas para as gestantes, entre outros. São todos factores que influenciam no acesso à assistência pré-natal, na qualidade de assistência e, assim, no retorno da mulher às consultas pré-natais e melhores resultados positivos perinatais, reduzindo a mortalidade neonatal e materna (MOTTA, 2014:26).

De outro lado, a Save the Children (2007) refere que as comunidades possuem um número de crenças que regem as práticas que devem ser seguidas durante o período da gravidez. O estudo que visava recolher informação sobre o conhecimento cultural, crenças e atitudes e práticas com respeito à cuidados do recém-nascido em Chibuto, Búzi e Angoche constatou que existe uma ideia generalizada segundo a qual o período da gravidez é de risco. O risco, nesse sentido,

associa-se a incerteza sobre a gravidez, o mal-estar e doenças que costumam acontecer e as prescrições em volta, que levam algumas mulheres a considerar a gravidez uma enfermidade.

De acordo com esse estudo;

As comunidades enfrentam dificuldades para o acesso aos serviços de saúde materno-infantil, sendo que as principais têm a ver com a exiguidade de meios financeiros para suportar as despesas de transporte para as unidades sanitárias, que na maior parte das vezes se encontram distantes da comunidade. Assim, a distância, a falta de dinheiro para o transporte associado ao mau estado das vias de acesso acabam limitando a capacidade da comunidade participar nos serviços de saúde materno-infantil (SAVE THE CHILDREN, 2007:39).

Outros factores, também, concorrem para a não adesão das mulheres nos serviços de saúde materno-infantil. Conforme aponta o estudo;

O baixo nível de escolaridade leva a não conhecer as vantagens de ir ao hospital. A falta de infra-estruturas sanitárias na maior parte das zonas periféricas, a exiguidade dos profissionais de saúde, a pouca confiança nos serviços oficiais de saúde devido a vários incidentes de maus tratos, medo das autoridades, uso da linguagem inapropriada, longas esperas, nepotismo, corrupção e algumas percepções de preferência no atendimento dado aos mulatos em detrimento dos negros (SAVE THE CHILDREN, 2007:40).

A UNICEF e colaboradores (2010) referem que muitas mulheres, em particular adolescentes, enfrentam dificuldades de acesso a cuidados de saúde de qualidade por razões de pobreza, distância, falta de informação, serviços inadequados ou práticas culturais. O estudo refere que, é da responsabilidade do governo e das autoridades locais, com ajuda das organizações não-governamentais, abordar estas questões de modo a garantir que as mulheres recebam cuidados de saúde de qualidade de que necessitam e a que elas e os seus bebés têm direito.

Por fim, ainda nesta abordagem, encontramos um estudo de Gross *et al* (2012) intitulado ***“Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in South-Eastern Tanzania”***. O objectivo desse estudo era de identificar o período de tempo em que as mulheres grávidas adultas e adolescentes efectuavam sua primeira consulta pré-natal e identificar os factores que influenciam o acesso/aderência cedo e tardio. Os autores concluíram que a baixa qualidade de atendimento, falta de conhecimento sobre os benefícios do atendimento pré-natal, o reconhecimento tardio da gravidez, factores sociais e económicos podem influenciar no período/tempo em que a mulher adere às consultas de cuidados pré-natais.

Segundo Gross *et al* (2012), o atendimento pré-natal cedo/precoce e frequente durante a gravidez é importante para identificar e mitigar factores de risco na gravidez e encorajar a mulher a ter atendimento seguro no parto. Contudo, os autores verificaram que muitas mulheres grávidas na região subsaariana de África iniciam o pré-natal tarde, particularmente as adolescentes grávidas. Pois, segundo os autores, elas não conhecem os benefícios desses serviços preventivos e curativos. Assim, Gross *et al* (2012) sugerem que as mulheres iniciem o pré-natal cedo de modo a que estas possam se beneficiar dos serviços preventivos e curativos que são disponibilizados às mulheres que estejam precisando.

Debruçando-se sobre factores que influenciam o acesso tardio aos serviços pré-natais, Gross *et al* (2012) fazem alusão a estudos etnográficos de Moçambique e sul da Tanzânia, os quais ilustraram que as mulheres com pouco tempo de gestação retardam o início do pré-natal propositadamente como forma de proteger o feto de maldições e feitiçaria. Por outro lado, indicam também que o pré-natal é mediado por experiências e qualidade de atendimento quando se efectuam visitas/consultas cedo. De acordo com os autores, estes estudos indicaram claramente que, para além de factores socioeconómicos e demográficos, factores culturais e sociais, assim como a percepção individual sobre o cuidado com a gravidez impactam no período-tempo de aderência ao pré-natal.

2.3 A adesão ao pré-natal a partir das representações sociais

Esta última abordagem analisa as representações sociais que são construídas em torno do pré-natal e sua influência na adesão ao pré-natal. Fazem parte desta abordagem Costa e Souza (2002). De acordo com as autoras, existem representações sobre o que seja o pré-natal. Por sua vez, estas representações sociais têm implicações na procura por cuidados com a gravidez no hospital. Uma vez que as mulheres aderem ao pré-natal movidas por um sentimento de obrigatoriedade resultado da imposição dos membros da família e amigos. Reproduzindo um conceito de pré-natal que é construído ao longo dos tempos (COSTA e SOUZA 2002:6).

Costa e Sousa (2002) no estudo intitulado “*Adesão ao pré-natal: A reprodução de um conceito*” tiveram como objectivo compreender quais os motivos que levam as mulheres a aderirem ao pré-natal. As autoras partiram do pressuposto de que, por exemplo, algumas mulheres aderem ao pré-natal por recomendação médica e não espontaneamente. Assim, questões como: quais os motivos que levam as mulheres a aderirem com interesse no pré-natal? Será que aderem por indicação médica? Será que conhecem a importância do programa? Que

outro motivo as conduziria à adesão ao pré-natal? foram orientadoras do estudo desenvolvido pelas autoras.

De com as autoras, há muitas opiniões sobre as representações sociais, culturais e familiares referentes ao pré-natal que as mulheres apresentam, contudo as mesmas tendem a uma mesma linha de pensamento. Deste modo, as autoras verificaram que há muitos motivos que levam as mulheres a procurarem o pré-natal, sendo o principal de todos, o sentimento de obrigatoriedade que é, inicialmente, imposto pela família e amigos através do conhecimento adquirido no senso comum, vindo de um conceito de pré-natal construído ao longo dos anos (COSTA e SOUZA, 2002:33).

Costa e Souza (2002) tiveram a preocupação de identificar os motivos que levam as mulheres a aderirem ou não ao pré-natal. Em que concluíram que as representações culturais, sociais e culturais exercem um papel preponderante na adesão das mulheres ao pré-natal. Uma vez que verificaram que tais representações dão origem a um sentimento de obrigatoriedade que faz com que as mulheres adiram ao pré-natal.

Nas abordagens que acima apresentamos verificamos que os autores, ainda que tenham como objecto comum o estudo do acesso ao pré-natal, divergem quanto aos factores que concorrem para a explicação deste fenómeno. Deste modo, os estudos da primeira abordagem priorizam as condições socioeconómicas, nas suas diversas formas expressivas (nível de escolaridade, renda, paridade, etc.), para explicar o acesso das mulheres à assistência pré-natal. Segundo esta abordagem, a posse de determinadas condições socioeconómicas irá interferir de determinada forma no acesso das mulheres aos cuidados pré-natais. Uma vez que as mulheres socioeconomicamente favorecidas, por exemplo, com elevado nível académico, elevada renda mensal, etc., mais oportunidades terão de aderirem ao pré-natal. Contrariamente, as que dispõem de condições contrárias/precárias menos oportunidades terão de se beneficiar dos cuidados pré-natais.

Já a segunda abordagem defende que o acesso ao pré-natal não é explicado somente a partir das condições socioeconómicas das mulheres grávidas, pois factores estruturais também exercem influência. Neste sentido, esta abordagem supera a primeira pelo facto de acrescentar, para o entendimento do acesso ao pré-natal, os factores de ordem estrutural. Por isso, esta abordagem chama-nos atenção para a consideração das condições de origem estrutural como os que também podem explicar o acesso ao pré-natal e não somente as condições socioeconómicas das mulheres grávidas.

Assim, a segunda abordagem considera que aspectos de origem estrutural relacionados com, por exemplo: a disponibilidade de unidades sanitárias; a baixa qualidade de prestação dos serviços por parte dos profissionais de saúde; as práticas culturais; entre outros, podem limitar a procura por cuidados pré-natais por parte das mulheres. Uma vez que o facto de, por exemplo, a unidade sanitária se situar distante da residência das mulheres poderá implicar em custos a se ter com o transporte o que, quando associado às baixas condições económicas destas, pode não ser favorável à procura por cuidados com a gravidez no hospital.

Contudo, o estudo de Gross *et al* (2012), ainda que se enquadre nesta segunda abordagem, toma um nível de análise um pouco diferenciado dos outros autores da segunda abordagem assim como da primeira abordagem. Pois, diferentemente destes, Gross *et al* (2012) analisam de forma particular a influência que as condições, quer socioeconómicas das mulheres grávidas quer as estruturais, podem determinar no tempo/período de adesão ao pré-natal. Em que, concluíram que o período/tempo em que a mulher adere às consultas de cuidados pré-natais é influenciada pela baixa qualidade de atendimento, falta de conhecimento sobre os benefícios do atendimento pré-natal, o reconhecimento tardio da gravidez e factores sociais e económicos. Portanto, factores de ordem individual assim como estrutural.

A terceira abordagem diverge das duas primeiras pelo facto de proceder a análise da adesão ao pré-natal a partir das representações sociais e culturais que se tem sobre o pré-natal. Enquanto nas duas primeiras abordagens se analisam as condições socioeconómicas e estruturais que interferem no acesso ao pré-natal, vemos nessa última abordagem o interesse em apresentar as representações sociais que, de acordo com as autoras, influenciam na adesão das mulheres ao pré-natal.

Com efeito, de acordo com as autoras desta abordagem, as representações sociais que se têm sobre o conceito de pré-natal consistem numa reprodução histórica que é repassada/transmitida através do conhecimento do senso comum. Criando um sentimento de obrigatoriedade nas mulheres para a adesão ao pré-natal. Portanto, de acordo com esta abordagem, a adesão ao pré-natal resulta do sentimento de obrigatoriedade que as mulheres têm, o qual surge no âmbito de transmissão das representações sobre o pré-natal por membros da família e amigos.

Ainda que, a partir de diferentes perspectivas, as abordagens concorram para a análise do acesso ao pré-natal, podemos constatar algumas limitações em cada uma delas. Assim, as duas primeiras abordagens não olharam para as representações que são construídas em torno da assistência pré-natal e para a possibilidade de estas exercerem influência no acesso das

mulheres aos cuidados pré-natais. O que significa que os autores não exploraram a questão dos significados socialmente construídos e transmitidos sobre o pré-natal.

Por outro lado, estas abordagens procedem para uma análise simultânea de, por um lado, factores que interferem no acesso (procura) ao pré-natal e, por outro lado, dos que interferem para o não acesso (não-procura) ao pré-natal, não se tendo dedicado de forma separada a cada uma das situações (acesso e/ou não acesso). O que, a nosso ver, contribuiu para que os autores não olhassem para os conhecimentos das mulheres sobre os cuidados a ter com a gravidez e para a influência que estes conhecimentos exercem na adesão ao pré-natal de forma particular. Desta forma, os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez são excluídos quer na explicação da situação em que as mulheres procuram pelo pré-natal, quer em situações em que elas não procuram pelo mesmo.

Com efeito, embora supere em parte as limitações das primeiras abordagens, explorando as representações sociais sobre o pré-natal, a terceira abordagem peca por atribuir às mulheres um papel não activo na construção destas representações. Considerando que a adesão das mulheres ao pré-natal é movida por um sentimento de obrigatoriedade que surge no âmbito da transmissão dessas representações. Esta abordagem não nos permite olhar para as mulheres como actores sociais plenos que participam do processo de construção da realidade a partir da atribuição de sentido/significados às situações com que se deparam no seu quotidiano, por um lado. E, por outro lado, que orientam suas acções em função dos sentidos que atribuem à vivência desta realidade.

Nossa proposta de análise consiste em compreender a adesão ao pré-natal considerando a capacidade construtiva e interpretativa que as mulheres têm sobre a realidade. Aspecto que as abordagens apresentadas não destacaram em suas análises. Limitando-se na análise da adesão ao pré-natal a partir de condições socioeconómicas (no caso da primeira abordagem), microestruturais (na segunda abordagem) e, a partir razões de obrigatoriedade imposta às mulheres (conforme a terceira abordagem defende).

Distanciamo-nos destas abordagens, propondo, desta feita, que se analise a adesão das mulheres ao pré-natal a partir dos conhecimentos que estas têm sobre a vivência do período da gravidez e da necessidade de cuidados que o mesmo acarreta (cuidados pré-natais). Para tal, baseamo-nos nos pressupostos da construção social da realidade de Berger e Luckmann (2004), um dos quais considera que “o homem comum encontra-se num mundo real para ele, embora

em diferentes graus e sabe, com variáveis graus de certeza, que este mundo possui tais e tais características” (BERGER e LUCKMANN, 2004:13).

O pressuposto acima permite-nos considerar que as mulheres constroem a realidade atribuindo-lhe determinadas características. Por sua vez, estas características constituem conhecimentos que elas têm sobre a realidade. Com isso, pode entender-se que as mulheres concebem a adesão ao pré-natal como um fenómeno real, com características que lhe atribuem existência própria. Sendo que, estas características expressam o domínio (conhecimento) que elas têm sobre o real, vivência do período da gravidez.

É pertinente estudar a adesão ao pré-natal nesta perspectiva pelo facto de ela permitir romper com as visões deterministas a partir das quais vem sendo analisada a adesão ao pré-natal. Assim, não associámos a adesão ao pré-natal à posse determinada de condições socioeconómicas, imperativos de ordem estrutural, tampouco pela imposição social surgida no momento da transmissão das representações sociais. Mas, olhamos para o conjunto de conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez e a influência que estes têm na sua acção quotidiana (adesão ao pré-natal).

Nosso argumento tem como sustentação teórica a construção social da realidade dos autores Berger e Luckmann (2004). De acordo com a qual, a realidade é um fenómeno que ocorre da construção social em que os indivíduos definem para si o que é realidade no processo de interacção. De acordo com os mesmos (2004:13), “o homem comum encontra-se num mundo real para ele, embora em diferentes graus, e sabe, com graus variáveis de certeza, que este mundo possui tais e tais características. Sendo que, por norma, ele não se preocupa com aquilo que é “real” para ele e com o que conhece. Pois tem como certa a sua realidade e o seu conhecimento”.

Considerando que a primeira e segunda abordagens não olharam para os conhecimentos que as mulheres têm sobre a realidade e que a terceira abordagem não abordou as mulheres grávidas como seres sociais activos que orientam suas acções em função do conhecimento que as mesmas têm sobre a realidade, os pressupostos apresentados por Berger e Luckmann (2004) revelam-se úteis para o nosso trabalho dado que nos permitem conceber as mulheres mães num mundo real e que sabem que o mesmo possui certas características. Aplicando estes pressupostos à compreensão da adesão ao pré-natal, surgem-nos as seguintes questões de pesquisa:

- Quais os conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez?
- De que forma estes conhecimentos influenciam na sua adesão ao pré-natal?

Hipótese:

- ✓ As mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez.
- ✓ Os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez influenciam na determinação do período e frequência de procura pela realização do pré-natal.

Objectivos

Geral:

- Compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez na sua adesão ao pré-natal.

Específicos:

- Identificar os conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez;
- Identificar o contexto e os actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez às mulheres mães;
- Descrever o processo de adesão ao pré-natal das mulheres mães;
- Relacionar os conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez e a adesão aos serviços de cuidado pré-natal.

Capítulo III

3- Enquadramento Teórico

Esta parte é reservada a exposição da teoria escolhida para orientar o trabalho. Nela apresentamos a perspectiva construtivista dos autores Berger e Luckmann (2004). A proposta teórica de Berger e Luckmann (2004) postula que se estude a realidade social como um fenómeno que ocorre da construção social em que os indivíduos definem para si o que é realidade no processo de interacção. Ao longo da sua exposição teórica, os autores desenvolvem vários conceitos. Dentre eles, os de *realidade*, *conhecimento*, *vida quotidiana* e *socialização* serão adoptados como conceitos analíticos que ajudar-nos-ão na compreensão do nosso estudo.

Em seu livro “*A construção social da realidade: Um livro sobre a sociologia do conhecimento*”, Berger e Luckmann (2004) discutem aquele que é considerado o objecto da sociologia do conhecimento -o processo da construção da realidade- isto porque, de acordo com os autores, a realidade é construída em termos sociais.

Os conceitos de realidade e conhecimento são imprescindíveis para a compreensão da proposta construtivista de Berger e Luckmann (2004). Entende-se por realidade “uma qualidade pertencente a fenómenos que reconhecemos terem um ser independente da nossa própria vontade” (BERGER e LUCKMANN 2004:13). Por seu turno, o conhecimento é definido como “a certeza de que os fenómenos são reais e possuem características específicas” (idem).

Com o conceito de realidade abordado pelos autores, percebemos os actores sociais interpretam os fenómenos sociais atribuindo-lhes existência própria e que transcende suas vontades individuais. Por sua vez, o conceito de conhecimento consiste no grau de domínio das características que esta mesma realidade possui.

Segundo Berger e Luckmann (2004), ambos conceitos, realidade e conhecimento, são relevantes quer para o homem comum, quer para o filósofo, na medida em que, conforme referem os autores, o homem comum encontra-se num mundo “real” para ele, embora em diferentes graus, e “sabe”, com graus variáveis de certeza, que este mundo possui determinadas características. E, por sua vez, ele não se preocupa com aquilo que é “real” para ele e com o que “conhece”. Pois tem como certa a sua realidade e o seu conhecimento.

Com isso, entendemos que os actores sociais “comuns” vivem a realidade de formas diferentes e, por isso, o grau de conhecimento que têm sobre a mesma é diferente. Contudo, eles

vivenciam a sua realidade e o conhecimento que têm sobre a mesma com uma certeza tal que não lhes faz preocupar com o que eles tomam como real e o que sabem/conhecem sobre o mesmo real. O que acaba fazendo com que estes tenham uma atitude natural perante os fenómenos, concebendo-os de modo acrítico.

A realidade e o conhecimento são conceitos de interesse sociológico devido a sua relatividade social. Isto porque, o que é realidade e conhecimento deve ser entendido em função dos contextos sociais específicos em que são referenciados, razão pela qual, a análise sociológica passa pela análise correcta desses contextos (BERGER e LUCKMAN, 2004:15).

Cavalcante (s/d), fazendo menção ao pensamento construtivista dos autores Berger e Luckmann, refere que as diversas formas de conhecimento determinam a acção social. O que significa que os indivíduos definem para si o que é conhecimento e, é em função do mesmo que estes orientam suas acções. Ademais, não se pode falar apenas de um tipo de conhecimento e, para se definir o que é conhecimento deve-se fazer menção ao contexto social em que o mesmo é considerado. Com isso, pode-se depreender que as acções dos actores resultam dos conhecimentos que estes têm sobre os fenómenos.

Influenciados, dentre vários autores, por Durkheim e Weber, Berger e Luckmann (2004) referem que a sociedade possui uma factualidade objectiva. Ela, a sociedade, é também constituída por actividades que exprimem um significado subjectivo. De acordo com os autores, a realidade tem um carácter *sui generis* devido ao duplo carácter da sociedade, em termos de factualidade objectiva e significado subjectivo.

Deste modo, os autores têm como questão central saber: como é possível que significados subjectivos se tornem factualidades objectivas? Ou seja, como é possível que a actividade humana produza o mundo das coisas? Neste sentido, Berger e Luckmann (2004) consideram que uma adequada compreensão da realidade *sui generis* da sociedade exige investigação sobre a maneira pela qual tal realidade é construída.

Sobre a questão que inquieta a Berger e Luckmann (2004), entendemos que os significados subjectivos se tornam factualidades objectivas se produzindo no mundo a partir do momento em que estes significados passam a orientar as acções dos actores sociais, os quais exteriorizam-nos de forma objectiva.

Berger e Luckmann (2004) fazem uma análise sociológica da realidade da vida quotidiana, ou seja, do conhecimento que orienta a conduta na vida diária. Assim, a realidade da vida

quotidiana é-nos apresentada como uma realidade interpretada pelos homens e, de modo subjectivo, dotada de sentido para eles, na medida em que forma um mundo coerente. Os fundamentos do conhecimento na vida quotidiana são: as objectivações dos processos e significados subjectivos, sobre os quais é construído o mundo intersubjectivo do senso comum.

A vida quotidiana apresenta-se como uma realidade por excelência entre várias realidades existentes. É ela que se impõe à consciência dos indivíduos de maneira mais sólida, urgente e intensa. Sendo que, os indivíduos vivem a vida quotidiana no estado de total vigília. O qual é considerado normal e evidente o que implica que eles têm uma atitude natural perante a vida quotidiana (BERGER E LUCKMANN, 2004:32).

Segundo Berger e Luckmann (2004:33-34), apreende-se a realidade da vida quotidiana como uma realidade que já foi ordenada, em que os indivíduos encontram os fenómenos dispostos obedecendo determinado padrão que parece ser independente da apreensão que fazem dele e à qual se impõe. Esta realidade aparece já objectivada, ou seja, constituída de objectos que já tinham sido designados como tal antes da participação dos indivíduos.

Para Berger e Luckmann (2004:137), a sociedade é uma realidade ao mesmo tempo objectiva e subjectiva. Por isso, a sua devida compreensão implica abarcar ambos aspectos. Estes, recebem reconhecimento correcto se a sociedade for entendida em termos de um processo dialéctico em curso. Este que é composto dos três momentos de exteriorização, objectivação e interiorização. Assim, para a compreensão do fenómeno social, estes momentos não devem ser considerados como ocorrendo numa sequência temporal. Pois, contrariamente, a sociedade e cada uma de suas partes são caracterizadas por estes três momentos em simultâneo, de tal modo que qualquer análise que considere apenas um dos níveis é insuficiente.

Deste modo, os autores definem “interiorização” como sendo:

O processo de apreensão e interpretação imediata de um conhecimento objectivo como exprimindo sentido, isto é, como manifestação de processos subjectivos de outrem que assim se torna, em termos subjectivos, significativo para mim (BERGER e LUCKMANN, 2004:137).

Assim, a interiorização é entendida como:

A base, primeiro da compreensão dos nossos semelhantes e, segundo, da apreensão do mundo como realidade significativa social. Os indivíduos tornam-se membros da sociedade quando alcançam o grau complexo de interiorização, no qual eles não só compreendem processos subjectivos momentâneos dos

outros, mas compreendem o mundo em que ele vive e esse mundo torna-se seu próprio mundo
(Idem:138).

Ao abordarem a sociedade enquanto uma facticidade subjectiva, Berger e Luckmann (2004) desenvolvem o conceito de socialização, o qual subdivide-se em duas categorias. Socialização primária e socialização secundária. Para eles, o conteúdo da socialização é determinado pela distribuição social do conhecimento. Reconhecendo que nenhum indivíduo possa interiorizar a totalidade daquilo que é objectivado como realidade na sociedade, os autores admitem que há elementos da realidade subjectiva que não se originam na socialização e que, por essa razão, a biografia subjectiva não é, por inteiro, social.

Os conteúdos específicos que são interiorizados na socialização primária variam de sociedade para sociedade. É nela que se constrói o primeiro mundo do indivíduo. Nele aprende-se a ter confiança não só nas pessoas dos outros significativos mas nas suas definições de situação. O mundo da infância é constituído de modo a instilar no indivíduo uma estrutura nômica na qual se possa ter confiança em que tudo está bem. A socialização primária implica sequências de aprendizagem definidas ao nível social
(BERGER e LUCKMANN, 2004:143-145).

Por sua vez, a socialização secundária é *entendida como:*

A interiorização de “submundos” institucionais ou baseados em instituições. Sendo que, a extensão e o carácter destes são, portanto, determinados pela complexidade da divisão do trabalho e a concomitante distribuição do trabalho e a concomitante distribuição social do conhecimento. Os submundos interiorizados na socialização secundária são, em geral, realidades parciais em contraste com o “mundo-base” adquirido na socialização primária. Contudo, elas são também realidades mais ou menos coerentes que se caracterizam por componentes normativos e afectivos assim como cognitivos
(BERGER E LUCKMANN; 2004:145-146)

A socialização realiza-se sempre no contexto de uma estrutura social específica. Não só o conteúdo mas também a medida do “sucesso” tem condições sociais estruturais e consequências sociais estruturais (BERGER e LUCKMANN, 2004:170). Ao falar dos aspectos socio estruturais do “sucesso” da socialização, os autores distinguem-nos em duas categorias: *socialização bem-sucedida e socialização mal sucedida*. Assim, a socialização bem-sucedida “consiste no estabelecimento de um elevado grau de simetria entre realidade objectiva e a subjectiva (e também com a identidade) ”. Por sua vez, a socialização mal sucedida “consiste na assimetria entre a realidade objectiva e a subjectiva” (idem).

Consideramos a proposta teórica que Berger e Luckmann (2004) como adequada para este trabalho pelo facto de ela desenvolver conceitos que nos possibilitam analisar a adesão ao pré-

natal olhando para a influência dos conhecimentos que se têm em torno dos cuidados a ter com a gravidez. Assim, tomamos o fenómeno da adesão ao pré-natal como uma realidade que precede todas as mulheres e que, por isso, independe de suas vontades. Por outro lado, pelo facto destas mulheres estarem inseridas dentro de uma estrutura social, elas apreendem no seu quotidiano sobre esta realidade, o pré-natal, o que lhes permite atribuir características a mesma e a certeza de que esta existe.

Por fim, partimos do pressuposto de que as mulheres adquirem os conhecimentos sobre o pré-natal por via de processos de interacção e socialização a que estas estão sujeitas na vida quotidiana. Dependendo dos agentes socializadores e dos actores com quem interagem no seu quotidiano os conhecimentos destas podem vir a ser diferenciados, resultando em diferentes tipos de conhecimentos que cada uma tem. O que poderá, então, influenciar de diferentes maneiras na sua procura pelos serviços de cuidados com a gravidez no hospital.

3.1 Conceptualização

Nesta parte apresentamos os principais conceitos abordados ao longo do nosso trabalho e a respectiva operacionalização. Ou seja, definimos os conceitos e adoptamos a perspectiva específica a partir da qual iremos abordá-los neste trabalho. Constan desta lista de conceitos os seguintes: realidade, conhecimento, adesão ao pré-natal, vida quotidiana e socialização.

a) *Realidade*

Entende-se por realidade “a qualidade pertencente a fenómenos que reconhecemos terem um ser independente da nossa própria vontade” (BERGER E LUCKMANN, 2004:13). De acordo com os autores, a realidade tem um carácter *sui generis* devido ao duplo carácter da sociedade. Pelo facto de comportar aspectos que lhe exprimem facticidade objectiva na mesma medida que comporta aspectos carregados de significados subjectivos.

Para Crespi (1997), a sociedade é vista como resultante de um processo no qual os indivíduos, na sua relação com as condições materiais e sociais, desenvolvem uma função activa de mundo em que vive. Neste sentido, o autor considera que toda a definição da realidade pode ser compreendida através da referência ao mundo de significados a que pertence aquele que interpreta essa realidade.

Adoptamos a definição de realidade de Berger e Luckmann (2004) por considerarmos que, ao vivenciarem uma gravidez, as mulheres reconhecem que a mesma inspira cuidados, os quais existem independentemente de suas vontades. Assim, o conhecimento da existência de

cuidados a ter durante a gravidez tem expressão objectiva na medida em que as mulheres estão inseridas numa estrutura social que já define previamente que cuidados a ter com a gravidez. Por sua vez, os conhecimentos são dotados de significado subjectivo na medida em que o seguimento dos cuidados com a gravidez vai ser de acordo com as vivências quotidianas de cada mulher.

b) Conhecimento

Marconi e Lakatos (2003) fazem menção a existência de quatro tipos de conhecimento. O conhecimento popular ou vulgar, o científico, o religioso e filosófico, respectivamente. Assim, entende-se por conhecimento popular ou vulgar, *latu sensu*:

O modo comum, coerente espontâneo de conhecer, que se adquire no contacto directo com as coisas e os seres humanos. É o saber que preenche nossa vida diária e que se possui sem o haver procurado ou estudado, sem a aplicação de um método e sem se haver reflectido sobre algo” (BIBINI, 1957:21 apud MARCONI e LAKATOS, 2003:77).

O conhecimento popular tem características que o diferenciam dos outros tipos de conhecimento. Ele é *superficial* conformando-se apenas com as aparências. É *sensitivo*, referindo-se a vivências, estados de ânimo e emoções da vida diária. É *subjectivo* por ser adquirido a partir da organização das vivências próprias dos indivíduos. *Assistemático* porque a organização que os indivíduos fazem das suas vivências não visa uma sistematização validativa do conhecimento. E, por fim, ele é *acrítico* uma vez que os indivíduos não se preocupam com a provação de sua veracidade.

O conhecimento popular diferencia-se dos outros tipos de conhecimento, principalmente do científico, pelo seu método do que necessariamente do próprio conteúdo. Este é transmitido de geração em geração por meio de educação informal e baseado na imitação e experiência pessoal. Por seu turno, o conhecimento científico é transmitido por intermédio de treinamento apropriado, sendo um conhecimento obtido de modo racional, conduzido por meio de procedimentos científicos. Diferentemente do carácter acrítico que caracteriza o conhecimento popular, o conhecimento científico visa explicar “por quê” e “como” os fenómenos correm. Procurando evidenciar os factos que estão correlacionados, numa visão mais globalizante do que a relacionada com um simples facto (MARCONI e LAKATOS, 2003:75).

A definição de conhecimento popular desenvolvida por Marconi e Lakatos (2003) converge com o conceito de conhecimento de vida quotidiana desenvolvido por Berger e Luckmann (2004). Tendo, os autores, o elegido como seu objecto de análise. Assim, o conhecimento da

vida quotidiana ou senso comum constitui um conhecimento que orienta as acções dos indivíduos no seu quotidiano. Assim como o conhecimento popular o é.

Todavia, Berger e Luckmann (2004:13) definem conhecimento “como a certeza de que os fenómenos são reais e possuem características específicas”. Sendo que, para os autores, o homem comum encontra-se num mundo “real” para ele, embora em diferentes graus, e “sabe”, com graus variáveis de certeza, que este mundo possui tais e tais características. Por norma, o homem comum não se preocupa com aquilo que é “real” para ele e com o que “conhece”. Pois ele tem como certa a sua realidade e o seu conhecimento.

Berger e Luckmann (2004) atribuem importância sociológica ao conceito de conhecimento assim como o de realidade, devido a sua relatividade social. Para os autores, a realidade e o conhecimento devem ser entendidos em função dos contextos sociais específicos em que são referenciados. Com isso, pode-se depreender que o conhecimento é definido como tal, em função dos contextos em que este é anunciado. Sobre este aspecto, Berger e Luckmann (2004) convergem com Crespi (1997) quando o mesmo refere que, cada conhecimento se desenvolve como interpretação a partir de uma pré-compreensão, isto é, de um contexto histórico já culturalmente mediado.

De acordo com Piaget *apud* Crespi (1997:186) o conhecimento não surge através do simples registo de observações, mas por intermédio da estruturação da actividade derivado do sujeito. Com isso pode entender-se que os indivíduos participam de forma activa na construção do conhecimento, deixando de serem apenas sujeitos passivos na estrutura social em que se inserem.

Para este trabalho adoptamos a definição do conhecimento apresentada por Berger e Luckmann (2004) e duas das tipologias de conhecimento apresentadas por Marconi e Lakatos (2003), conhecimento popular e conhecimento científico, respectivamente. Assim, passamos a definir conhecimento como a certeza de que os fenómenos são reais para os indivíduos e que possuem características específicas, sendo que os mesmos são adquiridos no contacto directo que estes têm com os fenómenos assim como por via de várias instituições em que estão sujeitos a se inserir no seu quotidiano.

c) Adesão ao pré-natal

Para a definição do conceito de adesão ao pré-natal, partimos para definição, de forma separada, dos termos que o constituem. Assim, de um lado definimos o que se entende por

adesão (i) e, do outro lado, definimos o que é (assistência) pré-natal (ii). Este processo permitir-nos-á fazer a construção de uma definição do que seja a adesão ao pré-natal.

Nossa definição de adesão tem em consideração o conceito de Gusmão e Jr (2006). Tendo, neste sentido, abordado a adesão ao tratamento. O termo adesão refere-se a “muitos comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, factores socioeconómicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença” (GUSMÃO e Jr, 2006:23).

Por seu turno, Pierin et al (2004) *apud* Gusmão e Jr (2006) adoptam o uso do termo adesão no âmbito da hipertensão. Para os autores, existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes, indivíduos que seguem totalmente o tratamento e, do outro lado, estão os desistentes, que são aqueles que abandonam o tratamento. De acordo com os autores, há ainda os persistentes que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento. A adesão pode ser entendida como “um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica” (PIERIN et al, 2004 *apud* GUSMÃO e Jr, 2006:25).

Para a OMS (2003), a adesão “é um fenómeno multidimensional determinado pela interacção de cinco factores, quais sejam: sistema e equipe de saúde, factores socioeconómicos, factores relacionados ao tratamento, factores relacionados à doença e, factores relacionados ao paciente”. Esses factores são denominados dimensões no qual os factores relacionados ao paciente são apenas um determinante (GUSMÃO e JR, 2006:25).

A definição que Gusmão e Jr (2006) desenvolvem sobre o conceito de adesão consiste em considerar a adesão enquanto referindo-se a muitos comportamentos relacionados com a saúde e que os mesmos transcendem o simples seguimento da prescrição de medicamentos. Passando a envolver aspectos referentes ao sistema de saúde, factores socioeconómicos, para além de aspectos referentes ao tratamento, ao paciente e à própria doença. Esta definição converge com a apresentada pela OMS (2003) quando concebe a adesão como um processo multidimensional que resulta da confluência de 5 factores, o sistema de saúde, factores socioeconómicos, factores relacionados com a doença e factores relacionados com o paciente. Sendo que, para a OMS (2003) esses factores são designados de dimensões, em que pode-se olhar para os factores relacionados com o paciente como um dos factores.

(ii) - Assistência pré-natal

Assistência pré-natal consiste “no conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais destinados a proteger o binómio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbilidade e da mortalidade materna e perinatal” (OMS, 2003:13).

Por outro lado, entende por acompanhamento ou assistência pré-natal “o número de visitas pré-natais, o estágio da gravidez aquando da realização da primeira visita e o número de doses da vacina antitetânica que a mulher recebe” (IDS, 2005:131). Efectua-se a assistência pré-natal com o objectivo de fazer o monitoramento ou controle da mulher durante o período da gestação, o que permite reduzir os riscos de mortalidade e morbilidade materna e infantil (idem).

As normas do ministério da saúde (MISAU) consideram que uma mulher foi assistida no programa pré-natal quando esta tiver comparecido a cinco consultas no decorrer da gravidez. Além do número de consultas, a época em que a gestante inicia o acompanhamento da gravidez é também importante. Neste sentido, as normas do MISAU preconizam que a primeira consulta seja realizada no terceiro mês de gestação. Os cuidados pré-natais são mais efectivos quando são prestados no início da gravidez (IDS, 2005).

A definição de assistência pré-natal avançada pelo IDS (2005) figura-se como útil para o nosso trabalho pelo facto de, a partir dela, podermos tomar em consideração, para a análise da adesão ao pré-natal, o número de visitas pré-natais realizadas pelas mulheres mães, o estágio da gravidez com que realizaram a primeira visita, a regularidade com que estas o fizeram.

Com base nas definições que avançámos sobre a adesão e (assistência) pré-natal, para este trabalho definimos adesão ao pré-natal como o acto de procura e frequência às consultas de cuidados com a gravidez no hospital. Sendo de destacar três níveis de adesão: as mulheres que frequentam regularmente às consultas (aderentes), as mulheres que não seguem/frequentam regularmente com todas as consultas prescritas (persistentes) e as mulheres que desistem de frequentar as consultas.

d) Vida quotidiana

De acordo com Giddens (2000), entende-se por vida quotidiana “o espaço em que decorre o fluxo intencional da acção”. Esta definição converge com a definição de vida quotidiana desenvolvida por Schutz (1979) em que o mesmo considera que a vida quotidiana apresenta-

se como o espaço em que decorrem as acções do dia-a-dia. E, no qual os indivíduos formam suas experiências.

Contudo, considerando os paradigmas a que cada autor se enquadra, podemos verificar que, na definição de vida quotidiana de Giddens (2000) o autor considera que a acção desenvolvida nesse espaço é de carácter intencional. O que significa que, os indivíduos participam de modo activo na manutenção da estrutura social e que são racionais em suas acções. Por seu turno, em Schutz (1979), pode entender-se que a participação dos indivíduos na vida quotidiana implica ter uma atitude natural aos fenómenos, concebendo-os acriticamente. Assim, as experiências que os indivíduos formam de suas vivências são influenciadas pelas experiências que os outros têm da estrutura em que se inserem.

Para Berger e Luckmann (2004) a vida quotidiana apresenta-se como uma realidade por excelência entre várias realidades existentes. É ela que se impõe à consciência dos indivíduos de maneira mais sólida, urgente e intensa. Sendo que, os indivíduos vivem a vida quotidiana no estado de total vigília. O qual é considerado normal e evidente o que implica que eles têm uma atitude natural perante a vida quotidiana.

Para o presente trabalho definimos vida quotidiana como os diferentes espaços em que decorrem as acções diárias dos indivíduos. Esta definição é útil por permitir que se coloque em questão quais os espaços (contextos) que decorrem as acções diárias das mulheres durante a gravidez, com que outros actores elas interagem e que conhecimentos estes transmitem-nas sobre os cuidados a ter com a gravidez.

e) Socialização

De acordo com Berger e Luckmann (2004:138), a socialização consiste “na completa e consistente introdução de um indivíduo no mundo objectivo de uma sociedade ou de um sector da mesma”.

A socialização também serve para a regulação social permitindo que se poupem sanções externas. Neste sentido, o grupo a que um indivíduo pertence não tem necessidade nem de lembrar indefinidamente ao indivíduo a existência dessas regras nem de exercer sobre ele uma coação para que elas sejam observadas: violá-las gera um sentimento de culpabilidade (BOUDON:1990:200).

Distinguem-se dois níveis de socialização. A socialização primária e a socialização secundária (BERGER e LUCKMANN, 2004; CRESPI, 1997). A primeira socialização se desenvolve na

primeira infância, sobretudo nas inter-relações pessoais, através das relações familiares e de grupo (relações de vizinhança; entre indivíduos da mesma idade, amigos, etc.) (CRESPI, 1997:186).

A segunda ocorre sobretudo ao nível dos sistemas sociais, não só através das instituições educativas e formativas, mas também através dos diferentes agentes de produção cultural (escolas, universidades, cursos de especialização, igrejas, partidos políticos, etc.). Enquanto a socialização primária é relevante sobretudo nos primeiros anos de vida, ambas (socialização primária e secundária) se mantêm actuautes ao longo da vida de um indivíduo, através de contínuos processos de ressocialização (idem).

Berger e Luckmann (2004) e Crespi (1997) convergem nas suas definições de socialização ao apresentarem os dois níveis de socialização. Contudo, Berger e Luckmann (2004) acrescentam à esta categorização a questão da medida do “sucesso” da socialização. Assim, os autores destacam a *socialização bem-sucedida* e *socialização mal-sucedida*. A socialização bem-sucedida “consiste no estabelecimento de um elevado grau de simetria entre realidade objectiva e a subjectiva (e também com a identidade)” (BERGER e LUCKMANN, 2004:170). Por sua vez, a socialização mal-sucedida “consiste na assimetria entre a realidade objectiva e a subjectiva (idem).

Entendemos que a socialização bem-sucedida diz respeito a situações em que as acções dos indivíduos vão de encontro com os padrões socialmente instituídos. E, por seu turno, a socialização mal-sucedida consistirá no desacordo entre os padrões de conduta socialmente estabelecidos com acções exteriorizadas pelos indivíduos no seu quotidiano.

Das definições de socialização que acima apresentamos, pode-se entender que a socialização é a transmissão/inculcação de normas e regras de conduta aos indivíduos dentro de uma estrutura social determinada. Sendo que esta inculcação/transmissão de regras e valores pode se verificar a nível da estrutura básica da sociedade, a família, assim como em outras estruturas em que os indivíduos se encontram envolvidos, a igreja, partidos políticos, entre outros espaços de socialização.

O conceito de socialização é importante para o nosso trabalho pelo facto de, a partir dele, podermos considerar que as mulheres mães apreendem os conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez no processo de socialização a que estão sujeitas na vida quotidiana. A partir dele também será possível identificar a medida de sucesso da socialização (apreensão de

conhecimento sobre os cuidados a ter com a gravidez por parte das mulheres) através da relação entre os conhecimentos que as mulheres mães têm com a sua adesão ao pré-natal.

3.2 Modelo de Análise

Conceitos	Dimensões	Indicadores
Conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez	Familiar	Identificar tipos de trabalhos que as mulheres realizam durante a gravidez; Identificar actividades que as mulheres grávidas não podem realizar.
	Hospitalar	Procurar ajuda de um profissional de saúde, Identificar práticas adoptadas a partir da primeira visita ao hospital.
Socialização	Primária	Identificar os seguintes membros como responsáveis por transmitir conhecimentos: mãe, irmã, avó, amigas.
	Secundária	Identificar os seguintes contextos estruturais de transmissão de conhecimentos: escola, igreja e hospital.
Adesão ao pré-natal	Recomendável	Ir a primeira consulta pré-natal no período de até 3 meses de gestação; Ir as consultas regularmente (uma vez por mês); Participar de pelo menos 4 consultas pré-natais durante a gravidez.
	Não recomendável	Ir a primeira consulta pré-natal com 4 ou mais meses gravidez; fazer menos de 4 consultas pré-natais; não participar regularmente das consultas (uma vez por mês).

Nosso modelo de análise é constituído por três conceitos básicos, conhecimento (sobre o pré-natal), socialização e adesão ao pré-natal, respectivamente. Com ele, pretendemos mostrar que os indivíduos têm conhecimento sobre a realidade. Este conhecimento é adquirido em função

do processo de socialização a que estão sujeitos no contexto estrutural onde se encontram inseridos. E, por sua vez, este conhecimento orienta suas acções quotidianas.

Os conceitos ilustrados são abordados em dimensões. Assim, o conceito conhecimento sobre os cuidados coma gravidez é analisado nas dimensões familiar e hospitalar. Os indicadores que demonstram a existência de conhecimentos ao nível familiar são: identificar tipos de trabalhos que as mulheres podem realizar durante a gravidez; Identificar actividades que as mulheres grávidas não podem realizar. Por sua vez, os conhecimentos no nível hospitalar são demonstrados pelos seguintes indicadores: Procurar ajuda de um profissional de saúde, Identificar práticas a serem adoptadas a partir da primeira visita ao hospital.

O conceito socialização é abordado nas seguintes dimensões: primária e secundária. A primeira dimensão é evidenciada pela identificação de membros como: mãe, irmã, avó, amiga enquanto actores que transmitem conhecimentos sobre a realidade. A dimensão secundária observada é a partir da identificação de outros contextos estruturais, fora o familiar, que participam no processo de transmissão de conhecimentos. Tal como podem ser, contexto: escolar, religioso, hospitalar.

O conceito adesão ao pré-natal será abordado nas dimensões recomendável e não recomendável, respectivamente. Considerando que a dimensão recomendável será evidenciada através da identificação dos seguintes indicadores: ter ido a primeira consulta pré-natal no período de até 3 meses de gestação; Ir as consultas regularmente (uma vez por mês); ter participado de pelo menos 4 consultas pré-natais durante a gravidez. Por sua vez, a dimensão não recomendável será evidenciada pela identificação de factores como: ter ido a primeira consulta pré-natal com 4 ou mais meses gravidez; ter feito menos de 4 consultas pré-natais; não ter participado regularmente das consultas (uma vez por mês).

Capítulo IV

4- Metodologia

Nesta fase apresentamos os caminhos a partir dos quais foi possível a efectivação do presente trabalho. De acordo com Bello (2009:24), *a metodologia consiste na explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda a acção desenvolvida no processo de trabalho de pesquisa*. Com isso, apresentamos e explicamos o tipo de pesquisa, os métodos de abordagem e procedimento, a técnica de recolha de dados, a delimitação do universo e a definição da amostra que o nosso trabalho comportou. Descrevemos também o processo de recolha de dados, no qual destacamos os aspectos éticos considerados e os constrangimentos decorridos durante o trabalho de campo.

4.1 Tipo de pesquisa

Este trabalho é do tipo qualitativo. Segundo Minayo (1994:22), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela está mais ligada ao estudo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes a que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operação de variáveis. Ou seja, ela dedica-se com um nível dos factos abstractos na acção dos indivíduos.

O método qualitativo foi útil para o presente trabalho pelo facto de, a partir dele, termos conseguido apreender os conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez. Baseando-nos na abordagem qualitativa, tomamos os conhecimentos expressados pelas mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez como fenómenos abstractos irreduzíveis às variáveis matemáticas.

4.2 Método de Abordagem

O método de abordagem consiste na análise mais ampla, em níveis de abstracção mais elevados, dos fenómenos da natureza e da sociedade (LAKATOS E MARCONI, 2006:33-34). O método de abordagem pelo qual enveredamos é o fenomenológico. De acordo com Gil (1999:32), “este método consiste em mostrar o dado e explicar esse dado considerando o que está à consciência, o objecto”. Não o explicando a partir de leis nem dedução de princípios. Este método preconiza que a realidade seja entendida como o que surge da intencionalidade da consciência voltada para o fenómeno. Assim, esta realidade consiste no que é compreendido, interpretado e comunicado.

Este método permitiu-nos estudar a adesão ao pré-natal como um acto intencional orientado pelos conhecimentos sobre os cuidados a ter com gravidez. Assim como, a partir dele foi possível apreender estes conhecimentos enquanto constituindo uma realidade que as mulheres a compreendem, interpretam e comunicam (exteriorização).

4.3 Método de procedimento

O método de procedimento consiste em etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenómenos e menos abstractos. Este pressupõe uma atitude concreta em relação ao fenómeno e estão limitados a um domínio particular (LAKATOS e MARCONI, 2006:34).

Para efeitos de nossa pesquisa escolhemos como método de procedimento o monográfico. Segundo Gil (1999:35), *o método monográfico é aquele que parte do princípio de que o estudo de um caso em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros ou mesmo de todos os casos semelhantes. Estes podem ser casos individuais, instituições, grupos, comunidades.* O método monográfico foi importante para este trabalho porque possibilitou-nos considerar que as mulheres incluídas neste estudo podem ser representativas ao conjunto de várias outras que não foram abarcadas pelo estudo, mas que demonstram o mesmo conjunto de conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez e que tenham tido o mesmo percurso de adesão ao pré-natal.

4.4 Técnica de colecta de dados

A técnica de recolha de dados que usamos neste trabalho foi a entrevista semi-estruturada. Segundo Gil (1999:117) *a entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta frente investigado lhe formula perguntas, com o objectivo de obter dados que interessam à investigação.* O investigar busca informação e o investigado constitui fonte dessa informação.

Segundo Boni e Quaresma (2005), a entrevista semi-estruturada é aquela que faz a combinação entre perguntas abertas e fechadas e na qual o informante tem a possibilidade de falar sobre o tema de pesquisa. A entrevista semi-estruturada permitiu-nos colher informações junto ao grupo alvo, a partir de um conjunto de questões previamente definidas. Não só, mas também, deu-nos a possibilidade de desenvolvermos algumas questões que foram ocorrendo no decurso da entrevista, as quais foram agregadas ao conjunto antes definido.

4.5 Delimitação do universo

Segundo Silva e Menezes (2001), população ou universo é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. Portanto, para o nosso estudo o universo engloba o conjunto de mulheres mães que frequentam as consultas (peso, vacina) de suas crianças no centro de saúde José Macamo. Os critérios de inclusão foram: ter idade entre 20 e 35 anos; já ter tido pelo menos um filho antes da última/recente gravidez e estar a participar de uma consulta (peso, vacina) da criança que teve da recente gravidez.

Escolhemos o primeiro critério por se considerar que as mulheres nessa faixa etária têm menos riscos de suportar uma gestação, comparativamente às mulheres de faixa inferior e superior (SILVA e SURITA, 2009). Portanto, estas mulheres demonstram estar em condições físicas e emocionais para participar do estudo, facto que consideramos que não pudesse comprometer a qualidade da informação que nos pudessem prestar.

Por outro lado, determinamos que participassem do estudo mulheres que tenham tido pelo menos um filho antes da última gravidez. Pois pressupomos que elas já dispõem de conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, em particular do pré-natal, facto que permitiu que identificássemos quais os conhecimentos que têm. Por fim, determinamos que participassem deste estudo mulheres mães que estivessem a participar da consulta das crianças que tiveram da sua recente (última) gravidez. Este último critério ajudou-nos a descrever o processo de adesão ao pré-natal por parte das mulheres mães. Considerando o facto de que, por se tratar de uma gravidez recente, elas se lembravam de todo o processo.

4.6 Amostra

Define-se amostra como “uma parcela convenientemente seleccionada do universo ou população. Ou seja, é um subconjunto do universo” (MARCONI e LAKATOS, 2003). Dada a distinção de amostra que as autoras nos apresentam, não-probabilística e probabilística, determinamos que a nossa amostra fosse não-probabilística, e do tipo intencional. Não-probabilística devido a natureza do estudo que nossa pesquisa pretende ser, qualitativa. Intencional porque traçamos previamente um conjunto de critérios de inclusão. O que significa que apenas entrevistamos as mulheres mães que reuniam o conjunto de critérios que previamente definimos.

Sendo assim, a nossa amostra foi composta por um número de 10 mulheres mães. Determinamos que nossa amostra fosse composta por 10 mulheres mães pelo facto de pressupormos que, tal como o nosso método de procedimento postula, este pudesse ser um número representativo de um número vasto de mulheres que reúnam as mesmas características.

4.7 Trabalho de campo

Obedecendo a metodologia acima descrita, o nosso trabalho de campo decorreu entre 8 de Julho a 10 Agosto do ano 2016. Sendo que, neste período, teve dias que não conseguíamos aplicar nenhuma entrevista. Inclui-se, nesses meses, a semana nacional da saúde que coincidiu com o período em que nos encontrávamos no terreno para a recolha de dados. As entrevistas foram feitas no recinto do centro de saúde José Macamo, num espaço que identificamos, o qual permitia que a conversa decorresse sem muitas interferências (barulho, pessoas passando). As entrevistas foram realizadas no período da manhã, entre as 8:00 horas e as 11:30h, pois é o período em que se verificava maior afluência às consultas das crianças naquele centro de saúde.

As entrevistadas eram seleccionadas na fila de espera para a consulta, qual fosse, vacina ou peso da criança. Onde, primeiro, escolhíamos, com auxílio dos enfermeiros/conselheiros, as mulheres que se encontrassem na faixa dos 20-35 anos de idade. Depois tínhamos uma conversa de auscultação, no sentido de identificar as que reunissem os critérios de inclusão que definimos para este estudo. As entrevistas decorreram em três momentos. Primeiro momento, houve as que foram feitas antes que as mulheres fossem atendidas. Entrevistamos nesse período porque faltava muito tempo para que as entrevistadas fossem atendidas e, por isso capitalizávamos este tempo para as entrevistar.

Segundo momento, outras foram entrevistadas depois que fossem atendidas na consulta. Para este período, algumas mulheres mães foram identificadas e seleccionadas antes que elas entrassem na consulta e outras identificamos depois que elas saíssem da consulta. Terceiro momento, houve as que entrevistamos nos dois momentos, antes e depois da consulta, isto porque iniciávamos a entrevista e, porque o processo de atendimento era rápido, tínhamos que interromper e deixar que a mulher mãe fosse atendida e depois da consulta retomávamos com a entrevista.

As entrevistas tinham a duração média de 35 minutos. Nesse tempo, arrolávamos questões que visavam identificar: primeiro, as entrevistadas, a através da descrição do seu perfil sociodemográfico. Segundo, identificar os conhecimentos destas sobre os cuidados a ter com

a gravidez. Terceiro, os contextos e os actores que transmitiam-lhes os conhecimentos. Por fim, descrever o processo de procura pelo serviço pré-natal por parte destas.

4.8 Análise e interpretação de dados

Para análise e interpretação de dados recorremos aos pressupostos da teoria da construção social da realidade de Berger e Luckmann (2004) assim como aos conceitos apresentados no modelo de análise. Garantimos o anonimato das entrevistadas através da identificação destas apenas com o uso do termo “Entrevistada” seguido de um número consoante a ordem com que foram entrevistadas e apresentadas no perfil sociodemográfico. Constituiu objecto de análise as três principais constatações obtidas através da apresentação de dados, que são: primeira, as mulheres mães têm conhecimentos sobre a existência de cuidados a serem tomados durante o período da gravidez. A segunda constatação revela que os conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez são transmitidos em contextos estruturais específicos, através de determinados agentes de socialização. Por fim, a constatação segundo a qual, os conhecimentos e a experiência das mulheres sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares influenciam na adesão ao pré-natal.

Nossa análise é de carácter qualitativo pelo facto de estarmos mais voltados à compreensão da adesão ao pré-natal enquanto influenciada por conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados com a gravidez. Assim, consideramos que os conhecimentos apresentados pelas mulheres constituem fenómenos abstractos e, por isso, passíveis de serem analisados qualitativamente, visto que não os reduzimos à variáveis matemáticas.

4.9 Aspectos éticos observados

Para a realização das entrevistas consideramos aspectos éticos que consistiram em: apresentarmo-nos devidamente credenciados na direcção do Hospital Geral José Macamo que, prontamente nos encaminhou para o centro de saúde, onde funcionam os cuidados de saúde materno-infantil. Elaboramos um termo de consentimento livre e esclarecido direccionado as mulheres mães que participaram deste estudo. Observamos o princípio ético de autonomia em que, no termo de consentimento, explicamos claramente os objectivos do nosso estudo e que a participação das mulheres mães era voluntária e que podiam se sentir no direito de parar com a entrevista assim que achassem incómodo responder as perguntas, e que isso não acarretaria nenhuma represália a elas.

No consentimento garantimos o anonimato das entrevistadas, através da não identificação de extractos de entrevistas com seus nomes durante o processo de apresentação e análise das informações por elas prestadas. Também explicamos que as informações seriam confidenciais, sendo usados só e exclusivamente para efeitos deste estudo. Pedimos autorização às entrevistadas para gravar as entrevistas para poder facilitar o processo de transcrição e garantir a fiabilidade das informações que nos prestavam.

4.10 Constrangimentos

No processo de recolha de dados deparamo-nos com situações que constituíram constrangimentos para o avanço do trabalho. A primeira prende-se com o facto de que, depois de identificar as mulheres mães, apresentarmo-nos e explicar os objectivos do estudo, elas não aceitavam conceder a entrevista. Alegando que a informação pudesse ser publicada em redes sociais, fazendo-lhes passar vergonha publicamente. Para ultrapassar este constrangimento, nalguns casos, contamos com a ajuda de um enfermeiro que intercedia por nós. Explicando e garantindo às mulheres que as informações seriam confidenciais, pois ninguém, senão a investigadora, podia ter acesso a elas. Noutros casos tivemos sucesso para realizar a entrevista reforçando questão do uso anónimo e confidencial das informações que por elas seriam dadas.

A segunda refere-se ao facto de algumas mulheres mães a que entrevistávamos interrompiam a entrevista para poder entrar na consulta, mas que depois disso não aceitavam mais continuar, alegando que já precisavam ir fazer trabalhos domésticos. Para ultrapassar este constrangimento, optamos em deixar que as entrevistadas que já estivessem próximas a ser atendidas assim o fossem, e só no final da consulta é que as entrevistávamos. Esta estratégia funcionou em grande parte, visto que as entrevistadas já se sentiam livres e seguras para atender a outras coisas depois que tivessem passado das consultas.

Capítulo V

5- Apresentação de dados

Neste capítulo procedemos com a apresentação de dados que colhemos durante o trabalho de campo. O mesmo foi possível através da aplicação de um guião de entrevista semiestruturado, que foi direccionado às mulheres mães que participavam de consultas de suas crianças no centro de saúde José Macamo.

Os dados que a seguir apresentamos orientam-nos a responder as perguntas de pesquisa que formulamos para a prossecução deste trabalho, nomeadamente: (i) quais os conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez e, (ii) de que forma estes conhecimentos influenciam na adesão destas ao pré-natal. Responder a estas questões de pesquisa constitui um processo fundamental para verificar o alcance do objectivo geral que norteia o presente trabalho, o qual consiste em compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez na sua adesão ao pré-natal.

Os dados serão apresentados em quatro eixos temáticos. Assim, no primeiro eixo identificamos as entrevistadas descrevendo o seu perfil sociodemográfico. No segundo, fazemos a apresentação dos conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez, em particular sobre o pré-natal. No terceiro eixo procedemos com a identificação do contexto e actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos às mulheres sobre os cuidados a ter com a gravidez e, no quarto e último eixo, descrevemos o processo de adesão das mulheres mães ao pré-natal.

5.1.1-Perfil sociodemográfico das entrevistadas

Nesta fase caracterizamos as mulheres mães que fizeram parte do presente estudo a partir da identificação e descrição do seu perfil sociodemográfico. Trabalhamos com um total de 10 mulheres mães, com idades compreendidas entre os 20 e 35 anos, conforme a tabela abaixo indica.

Nr.#	Idade	Naturalidade	Residência	Agregado familiar	Estado civil	Nr de filhos	Religião	Escolaridade	Profissão	Outra fonte de renda
1	23	Quelimane	Chamanculo	4	Vive maritalmente	3	Católica	5ª Classe	Não trabalhadora	Nenhuma

2	27	Maputo	Luís Cabral	9	Solteira	2	Católica	7ª Classe	Não trabalhadora	Venda de bebida
3	22	Quelimane	Luís Cabral	3	Vive maritalmente	2	Católica	10ª Classe	Não trabalhadora	Venda de produtos alimentares
4	25	Maputo	Chamanculo “C”	4	Vive maritalmente	2	Católica	8ª Classe	Não trabalhadora	Venda de produtos alimentares
5	22	Maputo	Chamanculo	12	Vive maritalmente	2	Assembleia	11ª Classe	Cabeleireira	Nenhuma
6	21	Maputo	Luís Cabral	3	Vive maritalmente	2	Não reza	8ª Classe	Não trabalhadora	Nenhuma
7	30	Maputo	Luís Cabral	14	Vive maritalmente	5	Revelação de Cristo	7ª Classe	Não trabalhadora	Nenhuma
8	21	Quelimane	Luís Cabral	3	Vive maritalmente	2	União Baptista	7ª Classe	Não trabalhadora	Nenhuma
9	30	Maputo	Singathela	4	Solteira	3	Velho apóstolo	8ª Classe	Não trabalhadora	Negócio (Comércio)
10	31	Maputo	Zona-verde	5	Vive maritalmente	2	Católica	10ª Classe	Não trabalhadora	Nenhuma

Da tabela que acima apresentamos podemos verificar que participaram do nosso estudo duas mulheres mães de 21 anos, duas de 22 anos, uma de 23anos, uma de 25anos, uma de 27 anos, duas de 30 anos e uma de 31 anos.

Quanto a naturalidade, a maior parte das entrevistadas, sete mães, são naturais da província de Maputo e as restantes três são naturais de Quelimane capital da província da Zambézia. Verificamos que todas entrevistadas residem actualmente em Maputo e Matola. Sendo que, cinco residem no bairro Luís Cabral, três no Chamanculo, uma em Singathela e a restante reside em Zona-Verde.

Três entrevistadas referiram que têm um agregado familiar de 4 membros, outras três têm um agregado familiar de 3 membros, as restantes quatro entrevistadas têm um agregado familiar de 5, 9, 12 e 14 membros, respectivamente. O agregado familiar das entrevistadas era, na maior

parte das vezes, constituído por marido e filhos, sendo que noutras situações, para além de marido e filhos, o agregado incluía mãe, pai, irmãos, sogros, cunhados, concunhados e sobrinhos das entrevistadas.

Quanto ao estado civil das entrevistadas, oito afirmaram viver maritalmente, as restantes duas são solteiras. Sete entrevistadas são mães de dois filhos, duas têm três filhos cada e somente uma tem cinco filhos. Cinco professam a religião católica, quatro fazem parte das seguintes igrejas: Assembleia de Deus, Revelação de Deus, União Baptista e velho apóstolo, respectivamente. Somente uma mãe declarou não rezar.

No que respeita ao nível de escolaridade das entrevistadas, verificamos que todas frequentam/frequentaram a escola, sendo que o seu nível varia de ensino primário do primeiro grau completo ao ensino médio incompleto. Assim, três entrevistadas fizeram a 8ª classe, outras três fizeram a 7ª classe, duas fizeram a 10ª classe, uma fez a 5ª classe e a restante uma está a frequentar a 11ª classe. Quanto a ocupação profissional das entrevistadas, verificamos que quatro dedicam-se ao comércio informal (venda de produtos alimentares e outros), uma é cabeleireira e as restantes cinco não tem ocupação profissional e dependem (do trabalho) dos seus maridos.

Assim identificadas as entrevistadas, no eixo que a seguir apresentamos identificamos os conhecimentos das mulheres mães relativamente aos cuidados a ter com a gravidez.

5.1.2- Conhecimentos das mulheres mães sobre os cuidados a ter com a gravidez

Nesta parte identificamos e descrevemos os conhecimentos das entrevistadas sobre os cuidados a ter com a gravidez. As entrevistadas demonstraram ter conhecimentos sobre os cuidados a que as mulheres estão implicadas durante o período da gravidez. Não só, elas também demonstraram ter conhecimentos sobre as implicações que decorrem do não cumprimento desses cuidados. Assim, elas afirmaram que os cuidados a ter com a gravidez são: cuidar da alimentação, evitar trabalhos que impliquem maior esforço físico da mulher grávida, manter a higiene pessoal e do meio, adoptar práticas de sexo seguras e, procurar serviços de cuidados hospitalares.

5.1.2.1-Cuidados com a alimentação

A primeira forma de cuidado com a gravidez que identificamos tem a ver com o cuidado com a alimentação. Esta forma de cuidado foi comum às entrevistadas, ou seja, mencionada por quase todas.

“A mulher grávida deve comer bem, alimentar, não andar muito, trabalhar também, não ficar de pé” (Entrevistada 2, 27 anos, 7ª classe).

O excerto que acima apresentamos indica a existência de conhecimentos de cuidados ao nível da alimentação das mulheres grávidas. Pois, de acordo com a entrevistada, quando a mulher está grávida deve alimentar-se bem. Não só, as falas ilustram o conhecimento que a mulher tem de que, quando se está grávida necessita-se evitar esforços que implicam um desgaste físico, tal como ficar em pé.

“Comer bem o que a gravidez deseja, cumprir com os comprimidos do hospital, nomeadamente salferoso” (Entrevistada 9, 30 anos, 8ª classe).

Do depoimento acima verifica-se que há o conhecimento de que as mulheres grávidas devem comer o que a gravidez desejar. Ou seja, deve haver a satisfação dos desejos alimentares que a mulher tiver enquanto ela estiver grávida. Por outro lado, há o conhecimento de que tem que se cumprir com a toma de comprimidos que são, de acordo com a entrevistada, fornecidos no hospital.

Enquanto a entrevistada anterior faz referência ao acto da mulher ter que se manter bem alimentada, verificamos que esta última ressalva que a mulher deve manter a boa alimentação comendo o que a gravidez desejar.

5.1.2.2-Manter a higiene pessoal

Outra forma de cuidado com a gravidez apontado pelas entrevistadas refere-se a manutenção da higiene pessoal e do meio. De acordo com a entrevistada, este cuidado visa evitar doenças durante o período da gestação.

“Tem que ter um pequena higiene, lavar a loiça, sempre cuidar da casa para que os mosquitos não entrar nos pratos, porque onde que os mosquitos entram no prato, comes e apanhas uma doença, onde você deixa um pequeno lixo, o mosquito morde e entra a malária no bebé ou na mãe” (Entrevistada 8, 21 anos, 7ª classe).

O excerto acima mostra que a mulher tem o conhecimento de que, durante a gravidez, precisa-se ter cuidado com a higiene individual e do meio circundante. Uma vez que sua manutenção evita que se apanhem doenças que afectem ao bebé assim como a própria mãe.

“ (...) tem que tomar muito cuidado com coiso... essas coisas de pegar lamina usada, o quê, quê, quê, para não apanhar outra doença para bebê” (Entrevistada 1; 23 anos, 5ª classe).

O depoimento acima demonstra que o cuidado com a higiene consiste no facto da mulher grávida evitar pegar em objecto cortantes usados como forma de prevenir, também, a infecção de doenças ao bebé.

5.1.2.3- Práticas de sexo seguro

A terceira forma de cuidado com a gravidez identificada refere-se a adopção de práticas de sexo seguro, conforme atesta o excerto abaixo:

“Hmm, essa parte é complicada. Tem que se proteger de grávida, estás a ver, se a barriga é um pouco grande não pode fazer sexo só assim, pelo menos para aquele todo sujo não atacar bebê, proteger essa parte” (Entrevistada 1; 23 anos, 5ª classe).

Com base no depoimento acima verificamos que a entrevistada tem o conhecimento de que um cuidado a ter com a gravidez é adoptar práticas de sexo seguro, com camisinha. Não só, ela menciona que há que se ter cuidado com objectos cortantes para não transmitir doença ao bebé.

5.1.2.4-A procura por serviços de cuidados hospitalares

Outra forma de cuidado com a gravidez referenciada pelas entrevistadas consiste em procurar por cuidados hospitalares. Ao evocarem a procura por serviços de cuidados hospitalares para o cuidado com a gravidez, as entrevistadas fazem referência ao pré-natal, destacando-o como uma forma de cuidado específica que as mulheres grávidas necessitam ter durante o período da gravidez. Neste sentido, as entrevistadas revelam ter conhecimentos sobre a utilidade, o período e a frequência da realização do pré-natal.

“Deve ir sempre ao hospital, ao pré-natal” (Entrevistada 6, 21 anos, 8ª classe).

As falas supracitadas indicam que a entrevistada tem o conhecimento de que, para cuidar da gravidez, a mulher deve ir ao hospital para fazer o pré-natal.

“Os melhores cuidados que as mulheres grávidas deve ter são manter-se bem alimentada, cuidar bem da sua gravidez indo a...se não estiver a se sentir bem, correr para um hospital mais perto para poder receber melhores tratamentos e prevenir-se das doenças, por aí” (Entrevistada 4, 25 anos, 8ª classe).

No depoimento acima a entrevistada aponta que uma outra forma de cuidar da gravidez, para além de manter a boa alimentação, é ir ao hospital. Contudo, verificamos que a entrevistada faz menção a ida ao hospital em situações em que a mulher grávida não se sentir bem. Pois, de acordo com ela, indo ao hospital, a mulher grávida poderá ter melhores tratamentos e prevenir de doenças.

“Primeiro tem que recorrer ao planeamento, para prevenir de doenças, algumas infecções ou problemas que pode vir a ter, é o mais aconselhável. Além disso, para ter certos cuidados hospitalares que em casa não pode ter” (Entrevistada 5, 22 anos, 11ª classe).

O depoimento acima ilustra que a entrevistada tem o conhecimento de que um cuidado a se ter com a gravidez é procurar pelo planeamento porque, de acordo com ela, recorrendo ao planeamento será possível fazer a prevenção de infecções e outros problemas durante a gravidez. Ademais, a entrevistada refere que é indo ao planeamento que se terá a oportunidade de receber cuidados hospitalares que não são possíveis de ser proporcionados em casa.

5.1.2.4.1- Utilidade do pré-natal

Relativamente a utilidade da realização do pré-natal, as entrevistadas têm o conhecimento de que o mesmo é destinado às mulheres grávidas; permite ter um melhor acompanhamento da gravidez no hospital; permite saber se a mãe e o bebé estão saudáveis; possibilita a toma de comprimidos, para casos de mulheres que se encontram doentes, e, consequentemente evita a contaminação do bebé pela doença da mãe.

“Serve para uma mulher grávida para ter aquele todo acesso da gravidez, para poder controlar a gravidez, bebé, como é que está, se está saudável” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

É possível verificar que o pré-natal é associado à figura da mulher grávida. A entrevistada tem o conhecimento de que o mesmo serve para que mulheres grávidas façam o controlo da gravidez, do bebé e para saber se está saudável ou não. O depoimento da entrevistada elucida o sujeito a quem o pré-natal é direccionado, no caso, a mulher grávida.

Com o trecho que a seguir apresentamos constatamos que a entrevistada tem o conhecimento de que o pré-natal serve para muitas coisas, dentre elas, a toma de comprimidos para poder evitar contaminar a doença ao bebé, caso a mulher grávida se encontre infectada pelo HIV.

“Serve para muitas coisas. Se estás doente, por exemplo, se tens HIV sida você tem que vir para o hospital, tomar comprimidos para fazer aquilo, não passar doença para bebé, (...) para evitar doenças para não contaminar bebé” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

Com o depoimento que abaixo apresentamos, verificamos que se tem o conhecimento de que o pré-natal é algo importante. O qual, de acordo com a entrevistada, permite que conste no cartão das mulheres grávidas o seu estado de saúde, permitindo que no dia do parto se verifique qual a condição de saúde desta mulher:

“Se fazer pré-natal é uma coisa mais importante. Porque quando tens grávida, há outras pessoas que estão doente e há outras que não estão doente, no dia que vais para a maternidade, quando já estiver com os 9 meses ali no cartão vão começar a vasculhar se esta pessoa fez o coiso, como é que eu posso dizer? Se fez teste ou não” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

“É uma forma de preparar a mulher antes, ou mesmo quando acaba de estar grávida no hospital, para ter um melhor acompanhamento” (Entrevistada 5, 22 anos, 11ª classe).

Com o excerto acima verificamos que se conhece o pré-natal como forma de preparação e acompanhamento prestado às mulheres, no hospital, durante o período da gravidez ou até mesmo antes de estarem grávidas. Portanto, este excerto destaca o facto de que a preparação e acompanhamento da mulher antes ou mesmo durante a gravidez têm lugar no hospital.

5.1.2.4.2- Período em que se realiza o pré-natal

No que respeita ao período da realização do pré-natal, as entrevistadas demonstram ter conhecimentos sobre o momento (meses de gestação) “idealmente” considerado adequado/aconselhável para a sua realização. As entrevistadas têm o conhecimento de que depende de cada pessoa decidir com quantos meses iniciar a realizar o pré-natal, colocando a questão da determinação do período da sua realização ao critério de cada mulher grávida. Assim, elas consideram que se pode iniciar a realizar o pré-natal com um, dois, três, quatro e cinco meses de gestação. Contudo, verificamos que algumas entrevistadas são do conhecimento de que o recomendável é que se faça o pré-natal com dois ou três meses. Os depoimentos que a seguir apresentamos confirmam isso:

“Depende. 2, 3. Depende do seu corpo. Outra pessoa tem 1 mês sabe que estou grávida mas não me sinto bem tem que ir ao hospital mais cedo” (Entrevistada 3, 22 anos, 10ª classe).

No excerto acima, a entrevistada refere que depende do corpo de cada um (mulher grávida) para se determinar em que período (meses) da gravidez procurar pelo pré-natal, podendo ser feito com 2 ou 3 meses. Todavia, a entrevistada destaca que até mesmo com 1 mês uma mulher grávida pode iniciar com o pré-natal, desde que ela saiba que está grávida e que não se sinta bem. Portanto, entendemos que, com base neste excerto, as mulheres grávidas podem iniciar o pré-natal muito cedo, com 1 mês de gravidez, desde que elas estejam se sentindo mal.

“Isso aí depende de cada um, pode se começar a 2, a 3 meses. Depende de cada um, mas para mim com 2 meses. Para poder evitar problemas” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

Apesar de também referir que a determinação do período para realizar o pré-natal depende de cada mulher grávida, no excerto acima a entrevistada destaca que, para ela, o pré-natal tem que começar a ser feito com 2 meses, pois, permite evitar problemas.

“2 ou 5 para cima. Mas, aconselhável é de 2 para cima. Mais rápido que puder melhor é, porque se eu demoro as tantas eu estou doente, então vou prejudicar o meu bebê. Então se eu vou, conservo o meu bebê para não apanhar doença” (Entrevistada 4, 25 anos, 8ª classe).

No depoimento acima verificamos que a entrevistada coloca possibilidade de escolha entre 2 ou 5 meses para cima. Contudo, ela tem o conhecimento de que o período aconselhável para fazer o pré-natal é de 2 meses, ou seja, o mais cedo que puder para poder proteger o bebê. Pois, se demorar ir ao pré-natal pode prejudicar o bebê, caso a mulher grávida se encontre doente. Portanto, o depoimento desta entrevistada converge com o depoimento anterior, uma vez que ambas consideram o período ideal para se iniciar a realizar o pré-natal 2 meses de gestação.

Os trechos que se seguem indicam que as mulheres mães consideram adequado que se realize o pré-natal com uma gestação de cerca de 3 meses em diante.

“Pode ser com 3 meses. Porque não posso ir tarde, aquela coisa de dizer que ah vou esperar ir com 8 meses, ou 4 ou 5 não, eu vou com 3 meses mesmo. Porque não posso ir tarde. Tenho que ir cedo para ver outras coisas, se tenho alguma coisa no meu corpo, para não passar para bebê” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

A entrevistada indica que se pode fazer o pré-natal com 3 meses de gestação. A entrevistada defende que se faça o pré-natal com esses meses porque não se pode ir tarde, com cerca de quatro, cinco, ou mesmo oito meses de gestação. Segundo esta, tem que ir cedo ao pré-natal para ver se tem alguma coisa (doença) no corpo e poder evitar contaminar ao bebê.

“Com ao máximo 3 meses, depende de pessoa, ora 4. Porque eu abri assim mesmo, com 4 meses” (Entrevistada 2, 27 anos, 7ª classe).

Neste depoimento, a entrevistada refere que existe uma opção de escolha pelo período de início da realização do pré-natal, em que se colocam em questão duas possibilidades, começar o pré-natal com um máximo de 3 meses de gestação ou até mesmo com 4 meses. Contudo, a entrevistada refere que o pré-natal tem que ser realizado com três meses porque foi nesse período que ela iniciou a fazer o pré-natal.

O excerto que se segue chama-nos atenção ao facto de que as pessoas que procuram pelo pré-natal já com 5, 6 e 7 meses de gestação estão a ter uma atitude errada uma vez que, quando decidem em ir ao hospital são sancionadas (através de berros).

“Depende de alguém nê. Há aqueles que vai com 2, 3 ao máximo 5. Mas na vida real são 3 meses para uma pessoa passar controlar bem. Já aqueles que fazem com 5, 6, 7 pode dizer que é uma coisa errada, porque nós quando chega no hospital berram para eles, mas na vida real são 3 meses” (Entrevistada 8, 21 anos, 7ª classe).

Apesar de referir que depende de cada pessoa decidir com quantos meses realizar o pré-natal, no depoimento acima a entrevistada tem o conhecimento de que o período ideal para iniciar o pré-natal é quando já tiver com 3 meses de gestação, pois, para ela, isso permite controlar bem a gravidez. Verificamos que a entrevistada tem o conhecimento de que ir ao pré-natal com mais de 3 meses de gestação é um comportamento errado, o qual é sancionado pelos funcionários de saúde.

5.1.2.4.3 Frequência com que se realiza o pré-natal

Para além de demonstrarem conhecimento sobre período do início da realização do pré-natal, as mulheres mães fizeram menção a frequência com que o mesmo é feito, demonstrando seus conhecimentos sobre de quanto em quanto tempo o mesmo é realizado. Os depoimentos das entrevistadas foram uniformes ao apontar que o pré-natal se realize mensalmente. Ou seja, uma vez por mês. O que, de acordo com algumas entrevistadas, possibilita os profissionais de saúde a observar e controlar a saúde da mulher.

“Por mim, um mês em mês, se a pessoa estiver grávida. Tem que ser um mês em mês porque em cada mês a enfermeira ou o enfermeiro verifica se o bebé está bem, o bebé circula ou mexe-se, uma coisa assim” (Entrevistada 4, 25 anos, 8ª classe).

O depoimento acima revela o conhecimento de que o pré-natal tem que ser realizado mensalmente. De acordo com a entrevistada, realizando o pré-natal mensalmente possibilita que os profissionais de saúde verifiquem o estado de saúde do bebê.

“Mensalmente. Mensalmente porque tem que ter todos os cuidados até os 9 meses, até o ultimo dia para o teu bebê” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

A entrevistada tem o conhecimento de que o pré-natal tem que ser feito mensalmente para poder receber cuidados até o dia do parto.

“Agora mesmo de três meses três meses, ou mesmo dois meses em dois meses. Mesmo com um mês. Se por exemplo vieste esse mês, podes vir próximo mês também. Sim, de dois em dois meses. Mas para mim, de um em um mês, até nove meses é o certo, (...)” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

Com o trecho acima verificamos que a entrevistada tem é do conhecimento de que o pré-natal é feito mensalmente até os nove meses, considerando que o mesmo é o correcto a ser feito. Contudo, refere que actualmente pode ser feito trimestralmente ou até mesmo de dois em dois meses.

Os excertos que acima apresentamos revelam o conhecimento sobre a frequência com que se realiza o pré-natal remetendo-nos a ideia de que as mulheres mães determinam por si sós a frequência de realização do pré-natal. Contudo, outras mulheres mães fazem referência a frequência da realização do pré-natal enquanto uma recomendação que recebem através dos profissionais de saúde aquando da realização da primeira consulta pré-natal em que elas têm o conhecimento das consultas subsequentes através dos profissionais ou até mesmo através do seguimento das datas registadas nas suas fichas, sem que necessariamente os profissionais lhes digam:

“Mensalmente. Uma vez por mês. É o acompanhamento que nos dão no hospital. Nós temos que ir para lá uma vez por mês, para saber se está tudo bem” (Entrevista 5, 22 anos, 11ª classe).

As falas acima indicam-nos que o pré-natal é feito uma vez ao mês. De acordo com a entrevistada, este é o acompanhamento que dão no hospital, o qual permite saber se está tudo bem.

“De um a outro mês. Porque é assim. Lá quando vai no hospital te marcam data que até data X vai fazer um mês, tem que voltar” (Entrevistada 3, 22 anos, 10ª classe).

O excerto acima refere que se faz o pré-natal de um a outro mês porque assim é. E que quando se vai ao hospital marca-se a data em que se completa um mês depois da última visita e que, por isso, tem que voltar.

“De 28 em 28 dias, no sei nê, o jeito como acontece. Porque é o momento adequado em que os médicos têm dito que tem que voltar de 28 em 28 dias” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

No depoimento acima a entrevistada refere que o pré-natal é realizado de 28 em 28 dias, porque os médicos dizem que é o momento adequado para tal.

Nesta parte apresentamos os conhecimentos das mulheres mães sobre a frequência com que é realizado o pré-natal. Constatamos que, de acordo com as mulheres mães, o pré-natal é realizado mensalmente, uma vez por mês, concretamente. Algumas entrevistadas referiram que o pré-natal é realizado mensalmente por se tratar de uma indicação dos médicos e ou enfermeiros.

5.1.2.4.4-Implicações do não cumprimento dos cuidados a ter com a gravidez

Para as entrevistadas, o não cumprimento dos cuidados com a gravidez a que fizeram menção pode acarretar certas consequências, tais como: como aborto, deficiências no bebé; morte do bebé assim como da mãe; doenças; comprometer o desenvolvimento do bebé, sangramento da mulher e demora para ter o bebé (parto). As falas que abaixo apresentamos atestam isso:

“Se ela não tomar esses cuidados estraga bebé. Porque bebé pode apanhar aquelas doenças ali” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

O comentário acima revela o conhecimento de que o não cumprimento dos cuidados com a gravidez ou a não realização do pré-natal acarreta consequências ao bebé, podendo este contrair doenças.

“Pode provocar aborto. Se não acontecer aborto mas bebé lá vai sofrer” (Entrevistada 3, 22 anos, 10ª classe).

Com a intervenção acima a entrevistada destaca que o não cumprimento dos cuidados a ter com a gravidez pode levar a um aborto e, caso ele não aconteça, o bebé pode vir a sofrer.

“O bebé pode ter certas deficiências, pode morrer, como a mãe também pode vir a morrer, porque pode contrair uma doença que é um risco para ambos, tanto para a mãe como para o bebé” (Entrevistada 5, 22 anos, 11ª classe).

Em função do depoimento acima verificamos que a entrevistada tem o conhecimento de que o não cumprimento dos cuidados a ter com a gravidez pode fazer surgir deficiências e morte do bebé, assim como a morte da própria mulher grávida.

“Pode causar ameaça de gravidez, aborto, o feto não desenvolver” (Entrevistada 9, 30 anos, 8ª classe).

O excerto acima alia o não cumprimento dos cuidados a ter com a gravidez com a ocorrência de abortos e o não desenvolvimento do feto.

“Pode demorar de ter bebé também faz parte” (Entrevistada 2, 27 anos, 7ª classe).

A entrevistada acima revela que o não cumprimento dos cuidados com a gravidez faz com que se demore para ter o bebé (parto).

“Sim, se não tomar essas coisas todas pode perder bebé, além de perder bebé, durante o parto, quando carregar coisas pesadas pode sangrar muito, sim” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

Nesta parte foi possível verificar que as mulheres associam o não cumprimento dos cuidados a ter com a gravidez com várias intercorrências, como doenças, aborto e deficiências que podem ocorrer durante a gravidez até mesmo durante o parto.

Neste eixo exploramos os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez, bem como as implicações que podem decorrer do não seguimento/cumprimento destes cuidados. Foi possível identificar formas de cuidados com a gravidez que consistem em: cuidar da alimentação, evitar trabalhos que impliquem maior esforço físico da mulher grávida, manutenção da higiene pessoal e do meio, na adopção de práticas de sexo seguro e, por fim, na procura por serviços hospitalares de cuidado com a gravidez, o pré-natal.

Um aspecto que verificamos entre as entrevistadas é de que se referiam a essas formas de cuidado com a gravidez como visando a um objectivo comum, evitar doenças e outros problemas ao bebé e a própria mulher grávida. Outro aspecto verificado diz respeito ao facto de que, as entrevistadas partilham o conhecimento de que a procura por serviços hospitalares permite que as mulheres grávidas fiquem sabendo do seu estado de saúde assim como do seu

bebé, bem como, para situações em que elas se descubram doentes, evitará que estas transmitam a doença aos seus bebés. Não só, mas também permite que as mulheres grávidas recebam cuidados que não são possíveis ter em casa. Sendo do conhecimento das entrevistadas que procurar por serviços de cuidados hospitalares é uma forma de cuidado a ter com a gravidez, verificamos que elas têm o conhecimento sobre a utilidade, o período e frequência para a procura por esses serviços.

Identificados os conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, no eixo que se segue procedemos com a identificação do contexto e dos actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez às entrevistadas.

5.1.3- Contexto e actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez

Neste eixo identificamos os contextos e os actores que participam na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. Assim, verificamos que as entrevistadas aprendem os conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez em dois contextos estruturais, no hospital e na família, respectivamente. Verificamos que, nalgumas situações as entrevistadas aprendem sobre esses cuidados em ambos contextos.

“Eu aprendi aqui no hospital mesmo, na palestra. Sempre que nós vimos aqui, chega, antes de ser atendida tem que, fazem uma...um, estilo juntam e começam a falar essas coisas. Tem que tomar cuidado disso aqui, mulher também tem direito de usar preservativo para não dar doença aos bebés. Quem tem doença tem ir no hospital sempre para tomar comprimido para proteger bebé” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

Com o excerto acima verificamos que a entrevistada soube dos cuidados a ter com a gravidez no contexto hospitalar. A transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez, neste contexto, é feita durante as palestras, em que se concentram todas as mulheres que vão ao hospital para fazer o pré-natal.

“Posso dizer que, antes, antes eu ia na escola nê, minha mãe me ensinava e aqui no hospital cada vez que nós vínhamos sempre falam isso” (Entrevistada 8, 21 anos, 7ª classe).

Com comentário acima verificamos que a entrevistada ficou sabendo dos cuidados a ter com a gravidez em dois contextos estruturais. De um lado, ela foi transmitida os conhecimentos na

família e, do outro lado, no hospital. Referindo que toda vez que lá fosse, falavam sobre os cuidados a tomar durante a gravidez.

“Aprendi em casa, com a minha mãe” (Entrevistada 6, 21 anos, 8ª classe).

Com o depoimento acima verificamos que o contexto familiar também participa na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, em que este papel tem sido exercido pela mãe da entrevistada.

5.1.3.1- Intervenientes no processo de transmissão de conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez

Em cada contexto estrutural pode-se verificar a participação de determinados actores no processo de transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez. Assim, no contexto hospitalar encontram-se os enfermeiros (as), médicos (as) e conselheiras que transmitem esses conhecimentos durante as palestras, inclusive, durante as consultas pré-natais. No contexto familiar, verificamos que a transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez é feita pela mãe, sogra e amigas das entrevistadas.

“São as enfermeiras quando estavam a fazer palestra, quando eu vim abrir a ficha, hmm, no primeiro dia de vir abrir a ficha tem que vir fazer uma palestra, hmm, tem que fazer uma palestra” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

O trecho acima permite-nos perceber que a entrevistada passou a ter conhecimento sobre os cuidados com a gravidez na sua primeira consulta (abertura de ficha), e foi através das enfermeiras durante as palestras de consulta pré-natal.

“Algumas amigas que tiveram um pouco dessa experiência. A família também conta. Minha mãe por acaso aconselhava-me algumas vezes sobre algumas coisas” (Entrevistada 5, 22 anos, 11ª classe).

No excerto acima verificamos que participaram na transmissão dos conteúdos sobre o pré-natal as amigas da entrevistada. Não só, a família também participou, destacando-se a participação da mãe da entrevistada no aconselhamento da entrevistada sobre algumas formas de cuidado.

“Com os conselheiros que andam aí, umas mulheres educativas nalguns bairros” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

A partir do depoimento supramencionado, percebemos que a entrevistada ficou sabendo do pré-natal a partir dos conselheiros e ou mulheres educativas que andam em alguns bairros.

Neste eixo podemos identificar o contexto e os actores em que as mulheres mães adquiriram conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, em particular sobre o pré-natal. Assim, podemos constatar a existência de dois contextos estruturais que participam de forma directa neste processo de transmissão de conhecimentos. Em cada contexto, existem determinados actores que intervêm no processo de transmissão dos conhecimentos.

Para o contexto hospitalar, destacam-se como actores de transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados pré-natais os profissionais de saúde: enfermeiros, médicos e conselheiros, respectivamente. No contexto familiar, há duas figuras que se destacam, a mãe e a sogra das entrevistadas. Estas participam na transmissão dos conhecimentos aconselhando às mulheres o que fazer e influenciando na decisão de que estas procurem pelo pré-natal.

Depois de identificar os contextos e actores que intervêm no processo de transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez, no eixo que se segue fazemos a descrição do processo de adesão ao pré-natal por parte das entrevistadas.

5.1.4- Processo de adesão ao pré-natal

Dedicamos este eixo à descrição do processo de procura pela realização do pré-natal por parte das entrevistadas. Todas afirmaram ter feito o pré-natal e que o fizeram mensalmente. Contudo, o período e as razões que as levaram a realizar o pré-natal variam entre as entrevistadas. O período de início de realização do pré-natal varia dos 2 aos 6 meses de gravidez. E, contribuíram para procura pelo pré-natal nesse período diferentes factores: o facto das entrevistadas não se sentirem bem, o conhecimento de que já era altura para iniciar com o pré-natal, o desejo de evitar problemas durante a gravidez e, a experiência de ter iniciado o pré-natal cedo em gravidezes anteriores.

5.1.4.1-Identificando o período em que as mulheres mães realizaram o pré-natal

Todas mulheres mães que entrevistamos afirmaram ter realizado o pré-natal. Contudo, verificamos que realizaram-no em períodos diferenciados. Assim, identificamos factores que influenciam na determinação do período em que as mulheres procuram pelo pré-natal durante a gravidez. Sendo que, constatamos que o facto delas não se sentirem bem e a necessidade de saber o que elas têm são alguns dos factores que determinaram a que elas procurassem o pré-natal em certo período da gestação.

“Com 3 meses. Iniciei cedo porque não estava a me sentir bem” (Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

Com o excerto acima percebemos que o que influenciou para que a entrevistada realizasse o pré-natal cedo, com 3 meses, foi o facto dela não se sentir bem.

“Com 3 meses. Eu decidi que, epá, (...) decidi para vir ao hospital para ver o que eu tenho, o que eu não tenho” (Entrevistada 8, 21 anos, 7ª classe).

Com o trecho acima pode-se verificar que a entrevistada tomou a decisão de iniciar o pré-natal aos três meses movida por vontade própria de saber o que tem.

“4 meses. Porque sabia que já podia ir fazer consulta porque já tinha 4 meses” (Entrevistada 2, 27 anos, 7ª classe).

A entrevistada acima decidira iniciar o pré-natal aos quatro meses pelo conhecimento que esta tinha de que já era momento “adequado” para o fazer.

“2 meses. Para evitar ter problemas” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

Com o excerto acima verifica-se que a entrevistada optou em iniciar o pré-natal com dois meses movida pelo conhecimento de que pudesse evitar problemas.

Os dois depoimentos que abaixo apresentamos são de mulheres que realizaram o pré-natal com cinco e seis meses, respectivamente. Verificamos que essas mulheres mães decidiram realizar o pré-natal nesse período movidas por experiências vivenciadas nas gravidezes anteriores.

“Eu vim fazer com 5 meses. Sim eu iniciei com cinco meses porque as vezes quando eu venho iniciar com 2 meses, 3 meses, te mandam voltar dizer que hey, ainda a barriga é muito pequena, ou mesmo o bebé ainda não ficou num sítio, no bom sitio para poder, para poder ver lá. Já é melhor eu ficar até 5 meses porque já a barriguinha vai começar a se ver bem” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

Verificamos que a entrevistada preferiu ir ao hospital com 5 meses porque há situações em que, quando se vai antes, a mulher grávida é mandada voltar para casa alegando-se que a barriga é ainda pequena. Dai que ela preferiu ir já aos 5 meses porque com esse tempo a barriga já é visível.

“Eu vim com, até que com gravidez dessa aqui demorei, vim com seis meses. Com o primeiro filho fui com 1 mês. eu vim com 6 meses por causa de não estar de um até nove não estar a ir ao hospital toda a hora cansa” (Entrevistada 4, 25 anos, 8ª classe).

A segunda mulher mãe afirma ter realizado o pré-natal aos 6 meses porque cansa ter que ir ao hospital toda hora, pois foi essa a experiência que teve na sua primeira gestação em que ela começou o pré-natal com um mês.

Com esta parte foi possível identificar o período em que as mulheres mães realizaram o pré-natal. Assim, identificamos que as entrevistadas realizaram o pré-natal com 2, 3, 4, 5 e 6 meses de gestação. Constatamos que as mulheres que realizaram o pré-natal cedo, com 2 e 3 meses o fizeram porque não se sentiam bem. A que realizou com 4 meses o fez por decisão própria e por necessidade de saber o que ela tinha.

Um aspecto que se destaca aqui, é que as mulheres mães que fizeram o pré-natal com 5 e 6 meses decidiram ir ao pré-natal nesse período movidas por experiências de gravidezes anteriores, em que foram mais cedo e, para uma entrevistada, foi ordenada voltar para casa porque fora dita que a barriga ainda era pequena e, para outra mãe, porque cansa ter que ir ao pré-natal todos meses. Com isso, percebemos que estas entrevistadas transportam para suas actuais gravidezes experiências vivenciadas em gravidezes anteriores, o que influencia para que elas procurem o pré-natal num período considerado relativamente tarde. Visto que tendem a entrar em desacordo com o período inicial com que procuraram realizar o pré-natal nas suas primeiras gestações.

5.1.4.2-Frequência às consultas e suas razões para não faltar ao pré-natal

Relativamente à frequência das mulheres mães ao pré-natal, foi possível verificar que nenhuma entrevistada faltou a alguma consulta desde o início da sua realização, e que todas realizavam-no mensalmente. Verificamos que o sentimento de que é o melhor a se fazer para o cuidado com a gravidez, o grau de preocupação com o estado de saúde delas próprias assim como de seus bebês, o facto de o hospital/unidade sanitária poder prover todos os cuidados e, por se tratar de uma recomendação que vem escrita na ficha a ser seguida constituem razões que fizeram com que estas mulheres mães não faltassem ao pré-natal.

“Porque achei melhor não faltar mesmo” (Entrevistada 10, 31 anos, 10ª classe).

O excerto acima indica que a mulher não faltou as consultas porque achou melhor assim, não faltar.

“Não. Porque não? Não posso faltar porque tenho que saber saúde do meu bebé”
(Entrevistada 1, 23 anos, 5ª classe).

O depoimento supracitado demonstra que a entrevistada não faltou à nenhuma consulta, desde o início da realização do pré-natal, pelo conhecimento que esta tem de que não pode se faltar às consultas, pois, de acordo com ela, tem que saber da saúde do bebé.

“Não faltei mesmo. Porque eu estava preocupada, queria nascer meu bebé saudável”
(Entrevistada 3, 22 anos, 10ª classe).

A preocupação em querer ter um bebé saudável foi o que levou a entrevistada acima a não faltar a nenhuma consulta pré-natal.

“Eu sempre tive moral, eu sempre tive vontade sempre fazer consulta, porque faltar não é bom, porque eles sempre me diziam, chega tal data tem que vir ao hospital fazer controlo se você falta senão bebé vai passar mal ou senão a mãe vai passar mal por isso eu sempre veio fazer controlo” (Entrevistada 8, 21 anos, 7ª classe).

Com o comentário acima, observa-se que a entrevistada aponta como razão para não ter faltado a nenhuma consulta pré-natal a força de vontade que sempre teve de fazer consulta e pelo conhecimento de que se não fosse à consulta o bebé e ela (mãe) haviam de passar mal.

“Não, não faltei. Porque é muito prejudicial (...), faltar” (Entrevistada 9, 30 anos, 8ª classe).

O excerto acima demonstra que o conhecimento que a entrevistada tem de que é prejudicial não ir ao pré-natal constitui factor que contribui para que não faltasse às consultas.

Outras mulheres justificaram que não faltaram a nenhuma consulta pré-natal porque tinham que seguir com a data que vinha escrita na ficha, cumprindo, assim, com as recomendações dadas no hospital. Os excertos abaixo atestam isso:

“Porque eu sempre cumpria. E se eu não cumprisse as enfermeiras podiam zangar”
(Entrevistada 5, 22 anos, 11ª classe).

O comentário acima indica que o não cumprimento das datas que as enfermeiras prescreviam nas fichas fazia com que estas sancionassem (zangassem) com as mulheres grávidas, facto que contribuiu para que a entrevistada não faltasse às consultas. Portanto, os profissionais de saúde materno-infantil exercem uma pressão para o cumprimento das consultas pré-natais.

“Eu não podia faltar porque na ficha, nê, marcam a data, se marcam a data você tem que ir naquele dia mesmo” (Entrevistada 4, 25 anos, 8ª classe).

Podemos verificar que, o sentimento de que não se pode faltar está de tal forma impregnado na entrevistada que contribuiu a que esta não faltasse a nenhuma consulta, fazendo com que ela cumprisse com as datas prescritas na ficha.

“Sim, eu não faltei porque, mesmo aqui no hospital dizem que não devem faltar devem cumprir sempre as todas consultas que vão registrar ai na ficha, por isso eu não estava a faltar” (Entrevistada 7, 30 anos, 7ª classe).

No excerto acima verificamos que a mulher mãe não faltou às consultas porque cumpria com as recomendações dadas no hospital que diziam que não devia faltar e que tinha que seguir com as datas registradas na sua ficha.

“Não faltei porque me davam todos cuidados” (Entrevistada 2, 27 anos, 7ª classe).

O facto de o hospital/unidade sanitária poder prover todos os cuidados foi motivo que fez com que a entrevistada acima não faltasse a nenhuma consulta pré-natal.

Neste eixo foi possível constatar que, apesar de todas terem feito o pré-natal e não terem faltado a nenhuma consulta, o período e as razões que determinaram a que estas procurassem fazer o pré-natal variam entre as entrevistadas. Assim, identificamos que há mulheres que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, com cerca de dois e três meses. E mulheres que iniciaram no segundo trimestre, com cerca de quatro e seis meses de gestação.

Verificou-se que as entrevistadas que fizeram o pré-natal ainda no primeiro trimestre, algumas fizeram-no porque não se sentiam bem e pela preocupação com a saúde do bebé, querendo evitar problemas. Das entrevistadas que iniciaram o pré-natal no segundo trimestre, verificou-se que o conhecimento de que já fosse altura certa para iniciar o pré-natal assim como a experiência de tê-lo iniciado cedo (antes de 5 e 6 meses) nas gravidezes anteriores contribuiu para que as entrevistadas tivessem iniciado o pré-natal nesse período.

Neste capítulo identificamos as entrevistadas a partir da descrição do perfil sociodemográfico destas. Identificamos os seus conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, identificamos os contextos e actores envolvidos na transmissão dos conhecimentos às entrevistadas e, por fim, descrevemos o processo de adesão destas ao pré-natal. A partir deste exercício chegamos às seguintes 3 constatações:

1ª Constatação: As mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. São eles: cuidados a ter com a alimentação, manter a higiene pessoal e do meio, adoptar práticas de sexo seguras e evitar trabalhos que impliquem maior esforço físico da mulher grávida e procurar por serviços hospitalares. Verificamos que as entrevistadas associam o não comprimento dessas formas de cuidado com a ocorrência de consequências adversas (negativas) durante a gravidez, nomeadamente: aborto, não desenvolvimento do bebé, demora no parto, sangramento da mulher, doenças, morte do bebé assim como da mãe.

Das formas de cuidado com a gravidez que identificamos, verificamos que as entrevistadas identificam o cuidado relativo a “procura por serviços de cuidados hospitalares” com o pré-natal. Neste sentido, elas olham para este serviço como uma forma através da qual as mulheres grávidas podem se beneficiar de cuidados que não são possíveis de ser proporcionados em outro lugar. Verificamos que as entrevistadas dispõem de maiores conhecimentos sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares, na medida em que foram capazes de descrever sua utilidade e identificar o período e frequência de procura pelos mesmos.

2ª Constatação: Os conhecimentos que as entrevistadas têm sobre os cuidados pré-natais são apreendidos em dois contextos estruturais. O hospitalar e o familiar, respectivamente. Sendo que, em cada contexto é possível identificar actores intervenientes no processo transmissão dos conhecimentos. Assim, no contexto hospitalar a transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez é feita por profissionais de saúde vinculados à saúde materno-infantil: enfermeiro, médico, e conselheiras, designadamente. No contexto familiar destacam-se os seguintes actores: a mãe, sogra e amigas das mulheres grávidas, respectivamente.

3ª Constatação: O conhecimento que algumas mulheres mães têm de que se deve iniciar o pré-natal com cerca de 2, 3 meses para evitar problemas ao bebé e poder receber melhor atendimento foi determinante na adesão destas ao pré-natal. Por sua vez, outras mulheres mães procuraram o pré-natal num período considerado tardio, com 4, 5 e 6 meses. Estas, foram movidas pelo conhecimento de que já fosse altura certa para fazer o pré-natal. Assim como, por experiências de gestações anteriores, nas quais iniciaram o pré-natal cedo.

Factores como mal-estar físico das mulheres, o interesse em ter a ficha em mãos, a percepção do pré-natal enquanto um direito a ser exercido, a preocupação pelo estado de saúde do bebé são também considerados na análise da adesão das entrevistadas ao pré-natal. Todavia, ressaltou-se o facto dos conhecimentos que as entrevistadas têm sobre os cuidados com a gravidez, de forma particular, sobre o cuidado com a procura por serviços de cuidados

hospitais influenciam na adesão ao pré natal. Pelo facto desta forma de cuidado pressupor que as mulheres iniciem e frequentem em determinado período da gravidez.

5.2- Análise e interpretação dos resultados

Neste subcapítulo procedemos com a análise e interpretação dos resultados. Para o efeito, tomamos como objecto de análise as três principais constatações que foram possíveis obter a partir da apresentação de dados, designadamente: As mulheres mães têm conhecimentos da existência de cuidados a ter com a gravidez; Os conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez são apreendidos em processos de interacção e em estruturas de socialização a que estão envolvidas no seu quotidiano; Os conhecimentos e experiências das mulheres sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares influenciam na adesão ao pré-natal.

Para a análise destas constatações, recorremos aos pressupostos teóricos apresentados por Berger e Luckmann (2004), na sua teoria sobre a construção social da realidade e ao nosso modelo de análise. Os pressupostos teóricos de Berger e Luckmann (2004) que orientam nossa análise são: (i) o homem comum encontra-se num mundo real para ele, embora em diferentes graus e sabe com graus variáveis de certeza que este mundo possui tais e tais características; (ii) os indivíduos apreendem a realidade da vida quotidiana como uma realidade ordenada, encontrando os fenómenos dispostos em padrões que parecem independentes da apreensão que eles fazem e à qual se impõem; (iii) a socialização realiza-se no contexto de uma estrutura social específica. Sendo que, não só o conteúdo mas também a medida do sucesso tem condições sociais estruturais e consequências sociais estruturais. Podendo esta ser, bem-sucedida ou mal-sucedida.

Relativamente ao modelo de análise, este é constituído por três conceitos, que são: conhecimento (sobre os cuidados com a gravidez), socialização e adesão ao pré-natal. A articulação destes conceitos permite-nos referir que os indivíduos têm conhecimentos sobre a realidade que vivenciam. Sendo que, eles apreendem estes conhecimentos em processos de interacção e socialização a que estão sujeitos na estrutura social. Por sua vez, o conhecimento que os indivíduos têm sobre a realidade orienta suas acções quotidianas, determinando que estas sejam consentâneos com os conhecimentos apreendidos ou sejam assimétricos aos mesmos.

Os resultados que tiramos da apresentação de dados revelam-nos, numa primeira fase, que as mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. Estes

conhecimentos consistem em identificar formas de cuidados a se adoptar durante a gravidez. Estas formas consistem em: cuidar da alimentação, manter a higiene pessoal e do meio, adoptar práticas de sexo seguro e procurar por serviços de cuidados hospitalares.

Esta constatação é possível de ser analisada à luz dos conceitos de realidade e conhecimento desenvolvidos por Berger e Luckmann (2004). Estes conceitos permitem-nos considerar que, ao vivenciarem o período da gravidez, as mulheres reconhecem que o mesmo inspira cuidados. Sendo que, o seguimento destes cuidados é visto como uma realidade exterior que se lhes impõe a elas.

Deste modo, ao vivenciarem a gravidez, as mulheres reconhecem que todos fenómenos à ela inerente são reais. Assim, a adopção de cuidados neste período é expressão da certeza de que o mesmo acarreta determinadas formas de tratamento. Estas formas de tratamento são, na perspectiva de Berger e Luckmann (2004), características específicas que expressam a realidade dos fenómenos. Nesta perspectiva, pode entender-se que as mulheres adoptam formas de cuidado com a gravidez relacionadas com a alimentação, manutenção da higiene pessoal e do meio, adopção de práticas de sexo seguro e procura por serviços hospitalares de cuidado com a gravidez das mulheres pelo reconhecimento que têm de que estas são práticas características à vivência do período da gravidez.

O facto das mulheres entrevistadas identificarem estas formas de cuidado com a gravidez revela-nos que elas têm o conhecimento sobre a realidade que vivenciam. Ou seja, que adoptam tais cuidados movidas pela certeza de que a gravidez é um fenómeno real, e que sua vivência é caracterizada pela adopção de determinadas práticas cuidativas. Neste sentido, elas concebem a vivência do período da gravidez enquanto caracterizado pela adopção de uma das formas de cuidado acima mencionadas ou, ainda, de todas em simultâneo.

Conforme Berger e Luckmann (2004:13) referem, “o homem comum encontra-se num mundo real para ele, embora em diferentes graus, e sabe com graus variáveis de certeza que este mundo possui tais e tais características”. Com isso, entende-se que as mulheres vivenciam o período da gravidez de formas diferenciadas e, por isso, o conhecimento delas sobre esta realidade apresenta, de alguma forma, elementos distintivos. Esta perspectiva elucida-nos sobre as diferentes formas com que as entrevistadas abordavam semelhantes formas de cuidado com a gravidez. Pois, verificamos situações em que, apesar de mencionar mesma forma de cuidado, cuidar da alimentação, algumas entrevistadas referiam somente que as mulheres grávidas precisam cuidar da sua alimentação, mantendo-se bem alimentadas na gravidez. Por outro lado,

outra entrevistada enfatizava que durante a gravidez as mulheres precisam comer o que a gravidez deseja.

Estas maneiras de abordar a forma de cuidado relacionada com a alimentação permitem-nos referir que as mulheres tomam como realidade a vivência do período da gravidez. Mas, que o conhecimento destas sobre o cuidado com a alimentação nesse período varia entre elas. Pois, enquanto para algumas, durante a gravidez, a mulher tem que simplesmente ser bem alimentada. Para outras, a alimentação transcende o simples facto de ingerir alimentos, tendo que se comer o que a gravidez deseja.

O grau de variabilidade do conhecimento sobre a realidade pode também se verificar quanto a forma de cuidado relacionada com a procura por serviços de cuidados hospitalares. Aqui, identificamos mulheres que referem que o primeiro cuidado a se ter com a gravidez é procurar por cuidados hospitalares. Outras entrevistadas fazem menção a procura por cuidados hospitalares somente em situações em que a mulher grávida não se sentir bem. Assim, para as primeiras entrevistadas verificamos que procurar por cuidados hospitalares constitui um imperativo à mulher grávida, independentemente do seu estado de saúde. E, para as segundas entrevistadas, procurar por serviços hospitalares é um cuidado a se ter somente em situações de doença da mulher grávida.

A variabilidade dos conhecimentos sobre a procura por serviços hospitalares enquanto uma forma de cuidado com a gravidez manifesta-se, também, no facto de as mulheres identificarem diferentes períodos nos quais se pode iniciar a realizar o pré-natal e a respectiva frequência. Isto demonstra que, apesar das mulheres partilharem o conhecimento comum sobre a necessidade de procurar por serviços de cuidados hospitalares durante a gravidez, há elementos que fazem com que seus conhecimentos difiram relativamente uns de outros. Neste caso, os elementos distintivos nos conhecimentos das mulheres sobre esta forma de cuidado, procura por serviços de cuidados hospitalares, é a identificação de diferentes períodos com que se pode iniciar a realizar o pré-natal.

Ao atribuir características específicas à forma de cuidado relacionada com a procura por serviços de cuidados hospitalares, aplica-se também o pressuposto de Berger e Luckmann (2004:33) segundo o qual, “os indivíduos apreendem a realidade da vida quotidiana como uma realidade ordenada, encontrando os fenómenos já dispostos em padrões que parecem ser independentes da apreensão que fazem dela e à qual se impõem”. É neste sentido que os depoimentos das entrevistadas justificam a relevância/utilidade da procura por cuidados

hospitalares (pré-natal). Considerando que os mesmos sejam disponibilizados às mulheres grávidas, consistindo num serviço importante para elas neste período. Desta forma, os conhecimentos das mulheres postulam que se procure por serviços de cuidados hospitalares em determinado período (meses) da gravidez e obedecendo a certa frequência. Apesar de alguns depoimentos convergirem ao determinar que se procure por cuidados hospitalares (pré-natal) cedo, com a gravidez com cerca de 1 a 3 meses, outros depoimentos divergem desse período determinando que os mesmos possam ser procurados aos 4, 5 ou 6 meses de gravidez.

O parágrafo acima indica que os conhecimentos que as mulheres têm sobre o período de início e frequência aos serviços de cuidados hospitalares constituem uma realidade ordenada em padrões predispostos à qual elas se impõem. Permitindo-lhes identificar o período e a frequência de procura por serviços de cuidados hospitalares. Sendo que, no que respeita ao período de início de procura pelos serviços de cuidados hospitalares, os conhecimentos das mulheres postulam que o mesmo possa ser feito em dois momentos. Podendo, por um lado, se procurar pelos mesmos cedo, com cerca de um a três meses de gravidez. Ou seja, as mulheres apreendem que se deva procurar pelo pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. E, por outro lado, seus conhecimentos postulam que o mesmo pode ser feito entre os quatro a seis meses.

Relativamente à frequência, verificamos a existência de um conhecimento comum entre as entrevistadas. O qual postula que se procure/frequente os serviços de cuidados hospitalares (pré-natal) uma vez por mês. Com isso, verificamos que as mulheres apreendem sobre a forma de cuidado relacionada com a procura por serviços de cuidados hospitalares enquanto obedecendo a determinado padrão. Cujo seguimento constitui um acto que se lhes impõe na sua vida quotidiana. De um modo geral, podemos referir que as entrevistadas têm o conhecimento de que procurar por serviços de cuidados hospitalares implica a observância do período de início e frequência aos mesmos.

Todavia, apesar de a realidade, para as mulheres grávidas, já ser ordenada em padrões que postulam que se procure por serviços de cuidados hospitalares em determinado período da gestação, verificamos que o quotidiano das mulheres permite a vivência de diferentes experiências. Estas, lhes impelem a determinar por períodos diferentes de início e frequência ao pré-natal. Este aspecto enfatiza o argumento segundo qual, tanto os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez influenciam na adesão ao pré-natal, assim

como as experiências decorrentes da vivência quotidiana do período gestacional influenciam na determinação do período de início e frequência ao pré-natal.

Os conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados a ter com a gravidez são adquiridos no contexto de uma estrutura social específica. Desta forma, nesta parte avançamos com análise da segunda constatação segundo a qual, as mulheres apreendem os conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez em processos de interacção e em instituições de socialização a que estão envolvidas no seu quotidiano. Para efeito, articulamos o conceito de socialização e o pressuposto segundo o qual “os indivíduos apreendem a realidade quotidiana como uma realidade ordenada, encontrando os fenómenos dispostos em padrões que parecem independentes da apreensão que eles fazem e à qual se impõem. A realidade da vida quotidiana aparece já objectivada, isto é, constituída por uma ordem de objectos que já tinham sido designados como objectos antes da sua entrada em cena”, ambos de Berger e Luckmann (2004:13;33).

As mulheres apreendem sobre os cuidados a ter com a gravidez na sua vida quotidiana. Neste sentido, o conhecimento destas sobre os cuidados a ter com a alimentação, a manutenção da higiene pessoal e do meio, prática de sexo seguro e procura por serviços de cuidados hospitalares são formas de cuidados dispostos de tal forma que as mulheres apreendem-nas independentemente de suas vontades. Isto porque a realidade quotidiana já foi designada e objectivada antes de sua participação. Sendo que, elas apreendem sobre a mesma via processo de socialização a que estão sujeitas na estrutura social.

Conforme Berger e Luckmann (2004) referem, a socialização ocorre no contexto de uma estrutura social específica. O que significa que, os indivíduos apropriam-se, pelo processo de socialização, das normas, formas de pensar, agir e sentir da estrutura social na qual estão inseridos. Com o conceito de socialização é possível verificamos que as mulheres apreendem os conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez em determinados contextos estruturais. Nos quais existem actores que se destacam pelo papel de transmissores desses conhecimentos. Assim, identificamos a participação de dois contextos estruturais na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. O hospitalar e o familiar, respectivamente. Em cada contexto estrutural existem agentes responsáveis pela transmissão dos conhecimentos.

A partir da classificação distintiva dos dois tipos de socialização (primária e secundária) efectuada por Berger e Luckmann (2004) podemos considerar que em cada contexto estrutural

ocorre a transmissão de determinados e ou diferentes tipos de conhecimento. Assim, no contexto familiar ocorre a socialização primária, em que os conteúdos sobre os cuidados com a gravidez são transmitidos por membros próximos da família ou ainda por pessoas com quem as mulheres se identificam. Conforme refere Crespi (1997), a socialização primária se desenvolve na primeira infância, sobretudo nas inter-relações pessoais, através das relações familiares e de grupo (relações de vizinhança; entre indivíduos da mesma idade, amigos, etc.). Os depoimentos das entrevistadas permitem-nos verificar que, embora não necessariamente na infância, as entrevistadas adquirem os conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez nas inter-relações mantidas com membros da família e com membros de grupo de pares.

Neste sentido, identificamos de forma particular a participação de três figuras na transmissão dos conteúdos sobre os cuidados com a gravidez. A mãe, a sogra e amigas das mulheres entrevistadas, designadamente. Depreende-se, com isso, que os primeiros conhecimentos que as mulheres adquirem sobre os cuidados a ter com a gravidez são transmitidos ao nível da família. Alguns depoimentos que apresentamos permitem-nos verificar que, é ao nível da família, primeiro, que as mulheres apreendem as formas de cuidado com a gravidez (cuidar da alimentação, manter a higiene pessoal e do meio, procurar por serviços de cuidado hospitalar).

Por sua vez, no contexto hospitalar a transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez é feita por profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e conselheiros. Identificamos estes actores enquanto exercendo a função de agentes socializadores secundários. Pois, de acordo com Berger e Luckmann (2004:145-6), “a socialização secundária consiste na interiorização de submundos institucionais baseados em instituições. Ela permite a aquisição do conhecimento de funções específicas com raízes directas ou indirectas na divisão do trabalho”. A partir do conceito de socialização secundária de Berger e Luckmann (2004), o hospital configura-se como um submundo institucional no qual as mulheres também adquirem conhecimentos sobre os cuidados a ter durante a gravidez.

Neste contexto estrutural, as mulheres apreendem os cuidados a ter com a gravidez durante as palestras que acontecem antes do atendimento das mulheres nas consultas pré-natais e ou durante estas consultas. Nestas palestras, são transmitidas sobre as formas de cuidado que passarão a ter com a gravidez. Verificamos que, no hospital são também transmitidas as formas de cuidado com a gravidez transmitidas ao nível da família (cuidar da alimentação, manter a higiene pessoal e do meio, procurar por serviços de cuidado hospitalar). Todavia, acrescenta à estas três formas, o cuidado referente a prática de sexo seguro, sensibilizando o maior uso do

preservativo durante as relações sexuais de modo a evitar a transmissão de doenças entre o casal e ao bebé.

Em ambos contextos estruturais (familiar e hospitalar) pode ocorrer a transmissão de mesmos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez. Ou seja, quer ao nível da família, quer do hospital podem ser transmitidas mesmas formas de cuidado com a gravidez. Esse aspecto foi verificado entre as entrevistadas quando algumas, tendo apreendido sobre os mesmos em casa, identificaram formas de cuidado relacionadas, por exemplo, com o cuidado com a alimentação e procura por serviços de cuidados hospitalares. Da mesma maneira que verificamos outras mulheres que referiram ter apreendido sobre os cuidados com a gravidez no hospital, tendo identificado mesmas formas, no caso, o cuidado com a alimentação e procura por serviços de cuidados hospitalares.

Todavia, apesar de em ambos contextos poder ocorrer a transmissão de semelhantes formas de cuidado com a gravidez, há aspectos que diferenciam um contexto do outro. Sendo que, a forma de aquisição dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez, por um lado, assim como a própria forma de transmissão, por outro lado, são os aspectos que distinguem cada um dos contextos estruturais. Considerando os agentes socializadores identificados no contexto familiar, mãe, sogra e amigas das mulheres, podemos deduzir que estes adquirem os conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez por via de experiências vivenciadas durante o período da gravidez. Ou, ainda, via transmissão pelos seus antecessores. Sucedendo, então, que estes agentes transmitem suas experiências e conhecimentos às mulheres sem obedecer a nenhum critério científico.

Por sua vez, os agentes de socialização identificados no contexto hospitalar (médicos, enfermeiras, conselheiros) adquirem os conhecimentos sobre cuidados com a gravidez a partir de meios cientificamente orientados. Pois, como referem Berger e Luckmann (2004:147) “na socialização secundária tem-se o domínio de funções específicas e interiorização de campos semânticos que estruturam interpretações e condutas de rotina numa área institucional”. Com isso, depreende-se que os conhecimentos transmitidos neste contexto diferem dos que são transmitidos no contexto familiar pelo facto de serem adquiridos a partir da aplicação do método científico, em oposição ao adquirido via experiência quotidiana, característico do conhecimento transmitido no nível familiar.

Olhando para os contextos de transmissão e os conhecimentos relativos aos cuidados com a gravidez, o trabalho de campo permitiu-nos fazer a recolha das seguintes evidências sobre o conceito de “conhecimento sobre cuidados com a gravidez” apresentado no modelo de análise:

Conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez		
<i>Dimensão</i>	<i>Indicadores traçados</i>	<i>Evidências recolhidas do campo</i>
Familiar	Identificar tipos de trabalhos que as mulheres podem realizar durante a gravidez; Identificar actividades que as mulheres grávidas não podem realizar.	Não carregar coisas pesadas, alimentar-se bem, tomar comprimidos, ir para o hospital, não manter relações sexuais, não ficar muito tempo em pé.
Hospitalar	Procurar ajuda de um profissional de saúde, Identificar práticas a serem adoptadas a partir da primeira visita ao hospital.	Fazer consultas no hospital, ir ao hospital logo à descoberta da gravidez, passar a ir as consultas regulamente, passar a seguir com as recomendações médicas (fazer testes de saúde, tomar salferosos, passar a dormir na rede mosquiteira).

Identificados os conhecimentos das mulheres sobre os cuidados com a gravidez, os contextos estruturais de apreensão e os agentes que participam na transmissão dos mesmos, a seguir avançamos com a análise da terceira constatação. Esta constatação refere que os conhecimentos e a experiência que as mulheres têm sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares influenciam na adesão ao pré-natal.

Os depoimentos revelam que, das formas de cuidados com a gravidez identificadas pelas entrevistadas, a forma que diz respeito à procura por serviços de cuidados hospitalares exerce influência na adesão ao pré-natal. É possível verificar esta influência a partir do momento em que constatamos que os conhecimentos que as mulheres têm sobre o período de início e a frequência a esses serviços orientou a que estas mulheres procurassem realizar consultas pré-natais. Com efeito, para além dos conhecimentos sobre o período e frequência aos serviços de cuidados hospitalares influírem na adesão ao pré-natal, verificamos que a experiência da vivência de gravidezes anteriores postula novos e ou diferentes períodos de procura e frequência aos serviços de cuidados hospitalares. Fazendo com que algumas mulheres

procurassem pelo pré-natal em períodos diferentes do que inicialmente aprenderam na família e até mesmo no hospital.

A partir da descrição do processo de adesão das mulheres ao pré-natal, foi possível identificar a existência de outros factores que determinaram a que elas procurassem realizar o pré-natal. Sendo de destacar os seguintes: o mal-estar físico, o interesse em ter a ficha em mãos, o facto de considerarem o pré-natal um direito a ser exercido, a preocupação pelo estado de saúde do bebé e o conhecimento de que é o melhor a se fazer durante a gravidez. Entretanto, um factor comum que também foi determinante na adesão das mulheres ao pré-natal se destaca. Este está relacionado com o conhecimento que estas têm sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares enquanto uma forma de cuidado com a gravidez. Ou seja, o conhecimento que as mulheres têm sobre o período e frequência com que se procura por serviços hospitalares é um factor que influenciou para que as mulheres, independentemente do seu estado de saúde ou de qualquer interesse, aderissem ao pré-natal.

Isto verifica-se quando elas caracterizam os serviços de cuidados hospitalares de forma específica com o pré-natal, identificando-o como um serviço destinado às mulheres em processo de gestação. Considerando, também, que seja um dever da mulher procurar pelo mesmo durante a gravidez. A partir disto foi possível constatar que a adesão das mulheres ao pré-natal foi um processo que tomou como referência os períodos e frequência de procura por serviços de cuidados hospitalares apreendidos durante o processo de socialização.

O pressuposto que nos ajuda a analisar a terceira constatação considera que, ao se realizar dentro de um contexto estrutural específico, o conteúdo e a medida de sucesso da socialização tem condições sociais estruturais e consequências sociais estruturais. Podendo, a socialização, ser bem-sucedida ou mal-sucedida (BERGER e LUCKMANN, 2004:170). Orientados por este pressuposto, verificamos que o processo de socialização pelo qual as mulheres passaram antes e ou durante a gravidez possibilitou que estas aprendessem sobre os cuidados com a gravidez e, de modo particular, sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares durante este período.

Com isso, pode perceber-se que as mulheres aprenderam a identificar o período e frequência de procura por estes serviços. Sendo assim, os conhecimentos sobre o período de procura permitiram-nos distinguir as mulheres em dois grupos. Em que, por um lado, encontramos aquelas mulheres cujos conhecimentos postulam que se procure pelo pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, com cerca de 1, 2 e 3 meses. Por outro lado, encontramos

mulheres que têm o conhecimento de que se pode iniciar o pré-natal com 4, 5 e 6 meses de gravidez. Relativamente à frequência, os conhecimentos convergem ao indicar que se faça o pré-natal mensalmente.

Relacionando os conhecimentos que as mulheres têm sobre o período de procura por serviços de cuidados hospitalares com o período no qual iniciaram a realizar o pré-natal, verificamos a ocorrência de casos de socialização “bem-sucedida” e “socialização mal-sucedida”. A socialização foi bem-sucedida na medida em que o período de início da realização do pré-natal correspondeu efectivamente ao período apreendido no processo de socialização. Ou seja, as mulheres iniciaram o pré-natal tomando como referência o período apreendido. Assim, para aquelas mulheres cujos conhecimentos determinam que se realize o pré-natal no primeiro trimestre, obedeceram a este período padrão. Com a excepção de uma mulher que admitiu ter iniciado o pré-natal neste período porque não se sentia bem. As restantes que iniciaram o pré-natal considerando o período apreendido no contexto estrutural apresentam argumentos que nos permitem inferir que assim agiram pelo conhecimento de que deviam fazê-lo naquele período pois foi assim que aprenderam.

De acordo com Berger e Luckmann (2004), a socialização é “bem-sucedida” quando há um elevado grau de simetria entre a realidade objectiva e a realidade subjectiva. Entende-se, com esta definição, que ocorre a socialização bem-sucedida quando as acções dos indivíduos são consentâneas com os moldes de acção socialmente construídos e objectivados em determinados contextos estruturais. A partir deste conceito podemos verificar que as mulheres aderiram ao pré-natal tomando como referência o período de início e frequência apreendidas durante o processo de socialização.

Por sua vez, deparamo-nos com casos de socialização “mal-sucedida” uma vez que algumas mulheres iniciaram o pré-natal num período posterior ao que lhes foi ensinado nas estruturas de socialização a que estão inseridas. Tal foi verificado quando duas mulheres optaram, por decisão própria, iniciar o pré-natal depois do primeiro trimestre, com 5 e 6 meses de gravidez, concretamente. Os depoimentos destas mulheres demonstram caso de socialização mal-sucedida na medida em que, elas não orientaram sua acção (aderir ao pré-natal) com base no conhecimento que lhes foi transmitido durante o processo de socialização. Contrariamente, elas orientaram suas acções com base em experiências adquiridas em gravidezes anteriores. A partir das quais configuraram novos períodos de início da realização do pré-natal. Assim, ao invés de iniciarem o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, iniciaram já nos finais do segundo

trimestre, havendo uma discordância entre os conhecimentos aprendidos pelas mulheres no contexto estrutural (iniciar o pré-natal com até três meses) e a acção efectivamente levada a cabo (iniciar o pré-natal com 5 e 6 meses).

Diz-se que a socialização é “mal-sucedida” quando há uma assimetria entre a realidade objectiva e a subjectiva (BERGER e LUCKMANN, 2004:170). Ou seja, quando as acções dos indivíduos entram em desacordo com os modelos de acção socialmente construídos e objectivados. Com isso, constatamos casos de socialização “mal-sucedida” pelo facto de algumas mulheres não terem orientado suas acções em função dos conhecimentos adquiridos sobre o período de início da realização do pré-natal.

Assim, elas justificam o desacordo entre o período de procura por serviços de cuidados hospitalares adquiridos no processo de socialização e o período efectivamente considerado para iniciar a realizar o pré-natal, referindo que aderir cedo ao pré-natal é um processo que cansa, uma vez que a mulher terá que ir ao pré-natal todos meses, até dar à luz. E, por outro lado, ir tarde constitui uma atitude preventiva na medida em que, quando se vai cedo há probabilidade da mulher ser mandada de volta para casa dependendo do nível de desenvolvimento da sua barriga. Argumentos que não condizem com os conhecimentos iniciais que as mulheres tinham de que se deve realizar o pré-natal cedo de modo a evitar a contaminação de doenças ao bebé.

Com relação à frequência ao pré-natal, observamos que as entrevistadas, independentemente do período em que iniciaram a realizá-lo, foram a todas consultas pré-natais subsequentes a consulta inicial (abertura de ficha). Ou seja, depois de terem iniciado com o pré-natal não faltaram a nenhuma consulta. Este facto demonstra um de caso de socialização “bem-sucedida” na medida em que a adesão ao pré-natal passou a ser feita obedecendo a uma frequência mensal, em função dos conhecimentos adquiridos antes do início da realização do pré-natal, por um lado, e das recomendações e ou conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde sobre a frequência ao pré-natal, por outro lado. Neste sentido, as mulheres justificaram não ter faltado a nenhuma consulta porque, segundo elas, foi assim que aprenderam, que não se podia faltar ao pré-natal e que também deviam seguir com as datas marcadas nas fichas.

A partir da análise das principais constatações que acima efectuamos, verificamos que nossos resultados divergem dos resultados do estudo de Gross *et al* (2012), o qual concluiu que o que pode influenciar no período/tempo de aderência aos serviços pré-natais é a baixa qualidade de atendimento, a falta de conhecimento sobre os benefícios do atendimento pré-natal, o reconhecimento tardio da gravidez e factores sociais e económicos. Diferentemente deste

resultado, nosso trabalho revela que as mulheres mães têm conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez e da relevância do seguimento destes durante a gravidez. Neste sentido, verificamos que, o que influencia na adesão ao pré-natal é o conhecimento que as mulheres têm sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares enquanto uma forma específica de cuidado com a gravidez, o qual determina o período e frequência com que devem ser procurados.

Por outro lado, nossos resultados divergem dos resultados do estudo de Costa e Souza (2002) por este ter atribuído um peso relativo ao sentimento de obrigatoriedade que é, inicialmente, imposto pela família e amigos através do conhecimento adquirido no senso comum, enquanto factor que influencia na adesão ao pré-natal. No nosso trabalho identificamos a participação de diversos actores na transmissão dos conhecimentos sobre os cuidados com a gravidez. São eles: no contexto familiar; mãe, sogra e amigas. No contexto hospitalar: médicos, enfermeiros e conselheiros. Os quais apenas cumprem o papel de agentes de socialização. Ou seja, que transmitem os conhecimentos às mulheres sobre os cuidados com a gravidez sem, contudo, imporem a aceitação ou seguimento dos mesmos.

Conclusão

Neste trabalho procuramos compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres mães têm sobre os cuidados com a gravidez na sua adesão ao pré-natal. Para o efeito, apoiamo-nos nos pressupostos e conceitos da teoria da construção social da realidade de Peter Berger e Thomas Luckmann (2004) para fazer a leitura dos dados. Os dados foram colhidos junto a 10 mulheres mães que frequentavam as consultas de suas crianças, quer de vacinação quer de peso, no centro de saúde do hospital José Macamo, a partir da aplicação de entrevista semi-estruturada.

Com o desenvolvimento deste trabalho chegamos a três principais resultados. O primeiro resultado refere que as mulheres mães têm conhecimentos da existência de cuidados a ter com a gravidez. Os quais consistem em identificar formas de cuidado a se ter durante a gravidez, quanto aos seguintes aspectos: cuidado com alimentação, manutenção da higiene do corpo e do meio, adopção de práticas do sexo seguro e procura por serviços de cuidados hospitalares.

Com base no conceito de conhecimento desenvolvido por Berger e Luckmann (2004) verificamos que as formas de cuidado que as mulheres identificam constituem características específicas que atribuem à vivência da gravidez. Pois, conforme postulam Berger e Luckmann (2004), o homem comum, encontrando-se no mundo real, sabe, ainda que com graus variáveis de certeza, que o mesmo possui determinadas características. Com base nesse pressuposto verificamos que as entrevistadas vivenciam a gravidez como uma realidade sobre a qual têm a certeza de que possui certas características. Sendo, portanto, que elas caracterizam a vivência da gravidez pela adopção de uma das formas de cuidado ou de todas em simultâneo.

O segundo resultado do trabalho indica que as mulheres apreendem os cuidados com a gravidez em processos de interacção a que estão sujeitas nas instituições de socialização. A partir do conceito de socialização de Berger e Luckmann (2004) verificamos que a apreensão dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez ocorre dentro de um contexto estrutural específico.

Desta forma, este trabalho demonstrou que as mulheres apreendem sobre os cuidados com a gravidez em dois contextos estruturais. O familiar e hospitalar, respectivamente. Relativamente a cada um dos contextos estruturais, verificou-se que o processo de transmissão dos conhecimentos é feito por determinados actores sociais. No nível familiar, as mulheres aprendem sobre os cuidados a ter com a gravidez através de suas mães, sogras e amigas. Por

sua vez, no contexto hospitalar, aprendem através dos profissionais de saúde materno-infantil, médicos, enfermeiros e conselheiros.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu verificar que em ambos contextos estruturais pode ocorrer a transmissão de mesmos conhecimentos. Isto é, tanto no nível familiar quanto no hospitalar, às mulheres é transmitido mesmas formas de cuidado com a gravidez. Entretanto, verificamos que é no nível familiar que as mulheres têm contacto com as primeiras formas de cuidado com a gravidez. E, por sua vez, com sua frequência ao hospital as mulheres apreendem novas formas ou aprimoram sobre as formas de cuidado inicialmente apreendidas em casa.

O terceiro resultado do trabalho refere que, das formas de cuidado com a gravidez identificadas, a procura por serviços de cuidados hospitalares exerce influência na adesão ao pré-natal. Chegamos a este resultado com a verificação de que algumas mulheres realizaram o pré-natal em períodos e com a frequência apreendidas no contexto estrutural sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares. Assim houve uma simetria entre a realidade objectivada no contexto estrutural com a realidade subjectiva (processo de adesão ao pré-natal efectivamente realizado pelas mulheres mães). Em função do nosso modelo de análise, a adesão às consultas destas mulheres pode ser classificada como recomendável pelo facto de terem iniciado o pré-natal ainda no intervalo do primeiro trimestre da gravidez e, ter obedecido a frequência mensal da realização do pré-natal.

Todavia, verificamos que nem sempre a adesão ao pré-natal tomou como referência o período de início apreendido durante o processo de socialização. Uma vez que algumas mulheres referiram ter optado em procurar o pré-natal num período (meses de gravidez) diferente do inicialmente apreendido. Esta situação traça uma assimetria entre a realidade objectivada (conhecimentos estruturalmente transmitidos e partilhados) com a acção subjectiva das mulheres mães. Visto que sua acção (adesão ao pré-natal) esteve em desacordo com os conhecimentos objectivamente partilhados na instituição de socialização a que se inserem. Nesta situação, o modelo de análise desenhado neste trabalho permite-nos classificar a adesão ao pré-natal destas mulheres como não recomendável. Na medida em que elas procuraram por serviços de cuidados pré-natais num período relativamente tardio, com cerca de 5 e 6 meses de gravidez, e consequentemente por não ter frequentado o número desejado de consultas pré-natais, conforme o recomendado pela OMS.

A proposta teórica de Berger e Luckmann (2004), a construção social da realidade, permite-nos concluir que, ao identificar certas formas de cuidados a se ter durante a gravidez, as

mulheres demonstram seu conhecimento sobre a vivência deste período. Assim, o pressuposto de que os indivíduos sabem que o mundo real possui certas características permitiu que identificássemos as formas de cuidados com a gravidez como sendo as características que denotam a vivência da gravidez. Estas características (formas de cuidados mencionadas) expressam o conhecimento que as mulheres têm sobre a realidade.

A construção social da realidade possibilitou-nos, também, relacionar os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados com a gravidez com a adesão ao pré-natal. Este exercício permitiu-nos verificar que os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados com a gravidez não exercem ao todo mesma influência na adesão ao pré-natal. Pois, dentre as formas de cuidado que as mulheres identificam; cuidado com a alimentação, manutenção da higiene pessoal e do meio, adoção de práticas de sexo seguro e procura por serviços de cuidados hospitalares, o conhecimento destas sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares é que pode ser considerado como tendo estreita relação com a adesão ao pré-natal.

A influência dos conhecimentos desta forma de cuidado verificou-se a partir do momento que algumas mulheres referiram ter iniciado a realizar o pré-natal tomando como referência o período e a frequência que os conhecimentos inicialmente apreendidos sobre o início da procura por serviços de cuidados hospitalares postulam. Através disso, é possível considerar que a adesão ao pré-natal é influenciada pela posse determinada de conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez. De modo particular, pelo conhecimento de que, durante a gravidez, tem que se procurar por serviços de cuidados hospitalares em determinado período da gravidez e obedecendo a certa frequência.

Tendo nos proposto a compreender a adesão ao pré-natal a partir dos conhecimentos sobre os cuidados a ter com a gravidez, apontamos como limitação deste trabalho o facto de não explorarmos em que medida os conhecimentos sobre as três primeiras formas de cuidado (alimentação, manutenção da higiene pessoal e do meio e práticas de sexo seguras) mencionadas pelas mulheres podem influenciar na adesão ao pré-natal. Assim, em função dos depoimentos, os resultados desta pesquisa explicam de modo particular a influência que o conhecimento sobre a procura por serviços de cuidados hospitalares, enquanto uma forma de cuidado com a gravidez, exerce na adesão às consultas pré-natais.

Bibliografia

BELLO, José Luz de Paiva. “Metodologia científica: manual para elaboração de monografias”. Rio de Janeiro, 2009.

BERGER, Peter e LUCKMAN, Thomas. “A construção social da realidade: Um livro sobre a sociologia do conhecimento”. 2ª Edição, editora Dinalivro, 2004.

_____. “A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento”. 32ª Edição, Petrópolis. Vozes, 2010.

BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia Jurema. “Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em ciências sociais”. Santa Catarina, 2005.

BOUDON, Raymond et al. “Dicionário de Sociologia”. Editora Dom Quixote. Portugal-Lisboa, 1990.

CARRARA, Gisleangela L.R e OLIVEIRA, Jéssica Priscila de. “A actuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica”. UNIFAFIB, 2013 In: Revista Fafibe on-line- ano VI- n.6- nov.2013. P. 96-109- ISSN- 808-6993. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistafafibeonline>. Acedido à: 13 de Novembro de 2016.

CAVALCANTE, Ricardo Caribé. “Comunicação e realidade: contribuições da sociologia do conhecimento à comunicação organizacional”, S/D.

COSTA, Milena sales e SOUSA, Thaís Oliveira. “Adesão ao pré-natal: A reprodução de um conceito”. Goiânia, 2002.

CRESPI, Franco. “Manual de sociologia da Cultura”. Editorial Estampa, Lisboa, 1997.

FINLAYSON, Kenneth e DOWNE, Soo. “Why do women not use antenatal services in low- and middle income countries? A meta-synthesis of qualitative studies”. Plos Med 10 (1): e 1001373. Do: 10.1371/journal.pmed.1001373. 2013.

GIDDENS, Anthony. “A constituição da sociedade”. Editora Martins Fontes, 2009.

GIL, António Carlos. “Métodos e técnicas de pesquisa social”. 6ª Edição. Editora Atlas, Sao Paulo. 2008.

GUSMÃO, Josiane Lima de; Jr, Décio Mion. “Adesão ao tratamento: Conceitos”. Rev.Bras Hipertens vol.13 (1). 2006.

ROSS, Karin et al. “Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in South-Eastern Tanzania”. 2012. Disponível em: <http://www.biomedical.com/1471-2393/12/16>. Acedido à: 4 de Agosto de 2015.

INE. “Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003”. Maputo-Moçambique, Julho, 2005

_____. “Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011”. Maputo-Moçambique, Março, 2013.

LINCETTO, Ornella et al. “Controle pré-natal”. *In*: Save the Children, “Oportunidades para os recém-nascidos em África: Dados, políticas e apoios programáticos para a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos em África”. 2º cap. 2006.

MARCONI, Maria de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. “Fundamentos de metodologia científica”. 5ª Edição, São Paulo. Editora Atlas, 2003.

MARQUES, Ramiro. “Dicionário Breve de pedagogia”, 2ª Edição, 1998.

MINAYO, Maria Cecília *et al.* “Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade”. 3ª Edição. 1994.

MISAU. “Relatório da Revisão do Sector de Saúde”. Setembro, 2012.

MOTTA, Paloma Cerqueira Vieira. “Relevância da assistência pré-natal para parturientes usuárias do SUS: estudo em uma maternidade de referencia-Salvador/BA”, 2014.

ROSA, Cristiane Quadrado da “Factores associados a não realização de pré-natal no município de pelotas”. RS-2013.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van. “Manual de investigação em ciências sociais”. Paris, 1988.

SAVE THE CHILDREN e colaboradores. “Oportunidades para os recém-nascidos em África: Dados, políticas e apoios programáticos para a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos em África”. 2º cap. 2006.

SAVE THE CHILDREN. “Saving newborn lives initiative Mozambique” Crenças, atitudes e práticas socioculturais relacionadas com os cuidados ao recém-nascido: estudo em Chibuto, Búzi e Angoche. 2007.

SCHUTZ, Alfred. “Fundamentos de fenomenologia”. Zahar ed. Rio de Janeiro, 1979.

SEQUE, Camila Araújo, *et al.* “Assistência pré-natal e ao parto de mães de crianças usuárias do serviço de vacinação de unidade de saúde da Cidade de São Paulo”. (S/D).

SILVA, E. L. da. e MENEZES, E. M. “Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação”. 3ª Edição . Florianópolis, 2001.

SILVA, João Luís Pinto e SURITA, Fernanda Garanhani. “Idade Materna: resultados perinatais e via de parto”. Revista Brasileira de ginecologia e obstetricia. Rio de Janeiro, Julho, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7a01.pdf>>. Acedido à: 3 de Fevereiro de 2016.

UNICEF e colaboradores. “Saúde e vida”. 4ª Edição. 2010.

Apêndices

Apêndice 1:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta entrevista faz parte de uma pesquisa que é feita para a aquisição do grau de licenciatura em Sociologia, curso leccionado na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. A pesquisa subordina-se ao tema “*Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo*”. Tem como principal objectivo compreender a influência dos conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados a ter com a gravidez na sua adesão às consultas pré-natais. Por isso, a realização da presente entrevista visa a recolha de informações que tornarão possível a materialização da pesquisa.

É solicitada a participar deste estudo pelo facto de ser jovem mãe, que está participando de sua primeira consulta pós-parto neste centro de saúde, e que, por isso, reúne esses requisitos principais para fazer parte do nosso estudo. Contamos com a sua colaboração, respondendo às questões do nosso guião de entrevista, estas que serão úteis para a materialização da presente pesquisa. A informação que nos prestar será, inicialmente, gravada no nosso aparelho electrónico (telefone móvel), e depois seguir-se-á a sua íntegra transcrição em *word*. Onde, no fim procedermos a sua organização e análise. Sendo que, esta análise será possível considerando os objectivos que orientam o nosso estudo. Para efeito, a organização desta informação será em função da ordem de nossos objectivos.

Comprometemo-nos a manter sigilo quanto à qualquer informação que nos prestar, servindo-nos dela somente para fins académicos, assim como damos o direito de interromper e/ou não responder com as questões que não lhe convir. Mas antes, pedíamos permissão para começarmos com a entrevista com a assinatura do presente termo de consentimento.

Maputo, aos _____ de _____

Entrevistadora: _____

Apêndice 2:

Declaração de Consentimento do Entrevistado

Eu _____ manifesto meu interesse em participar da denominada “*Adesão às consultas pré-natais: Um estudo dos conhecimentos que orientam a procura por cuidados com a gravidez no Hospital Geral José Macamo*”. Tendo sido explicada devidamente os objectivos que dizem respeito a mesma. Desta feita, confirmo minha participação através da assinatura da presente declaração de consentimento.

Maputo, ao ____ de _____

Entrevistadora: _____

Apêndice 3:

Bom dia, meu nome é Ana Pedro Siteo, finalista do curso de sociologia na Universidade Eduardo Mondlane. Estou neste local a fazer a recolha de dados para a realização do meu trabalho de final de curso. O tema do trabalho é “*Adesão ao pré-natal: Um estudo sobre a procura pelos cuidados com a gravidez no hospital José Macamo*” e tem como principal objectivo compreender a influência dos conhecimentos das mulheres mães sobre o pré-natal na sua adesão a esse serviço de cuidado com a gravidez. Para tal, elaboramos um guião contendo perguntas cujas respostas poderão nos ajudar a alcançar este objectivo. Este guião é direccionado a si, mulher mãe, que se encontra neste hospital a realizar consulta pós-parto da sua recente gravidez. Esperamos que participe deste estudo, respondendo às perguntas que apresentamos neste guião.

Apresentamos antecipadamente, o nosso muito obrigado pela vossa colaboração!

Guião de entrevista

I- Dados sociodemográficos

- 1- Nome (Opcional) _____
- 2- Idade _____
- 3- Naturalidade _____
- 4- Bairro de residência _____
- 5- Número de membros do agregado familiar _____
- 6- Com quem vive? _____
- 7- Estado civil _____
- 8- Número de filhos _____
- 9- Religião _____
- 10- Nível de escolaridade (ou classe actual) _____
- 11- Ocupação profissional _____
- 12- Outras fontes de renda _____

I- Explorando os Conhecimentos das mulheres mães sobre o pré-natal

II- Sobre os cuidados a ter com a gravidez

- 1- O que a mulher grávida deve fazer para cuidar da gravidez?

2- Onde aprendeu?

3- Com quem aprendeu?

3- O que pode acontecer se a mulher grávida não tomar esses cuidados?

I.II- Sobre o Pré-natal

1- A mãe já ouviu falar de pré-natal?

2- Se sim, quando ouviu falar dele, antes ou depois de ficar grávida?

2.1-Se ouviu falar antes, onde ouviu falar sobre o pré-natal?

2.2- De quem ouviu falar sobre o pré-natal?

2.3- A pessoa lhe falou para que serve o pré-natal? Se sim, para que serve?

2.4- Se ouviu falar do pré-natal depois de ficar grávida, onde ouviu falar?

2.5- De quem ouviu?

2.6- A pessoa lhe falou para que serve o pré-natal? Se sim, para que serve?

3- Para si, o que é pré-natal?

4- Para que ele serve?

5- Quem pode procurar fazer o pré-natal?

6- Porquê?

7- Quando é que se pode procurar pelo pré-natal (com quantos meses)?

8- Porquê?

9- O que pode acontecer a pessoa que não fizer consulta nesse período?

10- Com que frequência (de quanto em quanto tempo) deve-se fazer o pré-natal?

11- Porquê?

II- Processo de Adesão ao Pré-Natal da Mulher Mãe

II.I- Razões para realizar o pré-natal

1- Fez alguma consulta pré-natal na sua última gravidez?

2- Porquê fez a consulta pré-natal?

3- Com quantos meses fez o pré-natal?

4- Porque iniciou a consulta pré-natal com esses meses?

5- Alguém te disse/aconselhou para fazer a consulta pré-natal?

6- Quem?

- 7- A pessoa que lhe aconselhou a fazer a consulta pré-natal, disse porque devia o fazer?
- 8- Quantas consultas fez?
- 9- Porquê?
- 10- Faltou a alguma consulta?
- 11- Porquê?
- 12- Com que frequência (de quanto em quanto tempo) foi a consulta?
- 13- Porquê?
- 14- Alguém recomendou/aconselhou?
- 15- Quem?
- 16- A pessoa lhe falou porque devia ir a consulta com essa frequência?

II.II Sobre os cuidados recebidos durante a assistência pré-natal

- 1- Fale-nos da experiência de ter participado da consulta pré-natal no primeiro dia na recente gravidez. (Como se sentiu? / Foi importante para si? Porquê)
- 2- Com quem foi à consulta?
- 3- Quem lhe atendeu (médico ou enfermeiro)?
- 4- A pessoa que lhe atendeu perguntou porque você ia fazer a consulta?
- 5- Perguntou o que você sabia sobre o pré-natal?
- 6- Falou sobre os cuidados que você passaria a receber a partir daquele dia?
- 7- Se sim, diga-nos quais!
- 8- A pessoa que lhe atendeu te disse quantas consultas teria de fazer?
- 9- Se sim, quantas?
- 10- A pessoa que te atendeu disse porque devia fazer esse número de consultas?
- 11- Se sim, porquê?
- 12- O que você recebeu, logo no primeiro dia, como cuidado?
- 13- A pessoa que lhe atendeu disse para que servia (qual é a importância) esse tipo de cuidado?
- 14- Quem lhe atendia nas consultas seguintes?
- 15- O que sabia sobre os cuidados que as mulheres grávidas devem ter durante a gravidez, foi o mesmo que passou a ser transmitida no hospital?
- 16- Se não, o que há de diferente?
- 17- Recomendaria a outra pessoa a ir ao pré-natal? Porquê?

Obrigada pela colaboração!