



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

MARIA ADELAIDE MOURA DA SILVEIRA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: PESQUISA
CONVERGENTE ASSISTENCIAL A PARTIR DOS SABERES E PRÁTICAS DE
GESTANTES

FORTALEZA-CEARÁ

2017

MARIA ADELAIDE MOURA DA SILVEIRA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: PESQUISA
CONVERGENTE ASSISTENCIAL A PARTIR DOS SABERES E PRÁTICAS DE
GESTANTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues

FORTALEZA-CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silveira, Maria Adelaide Moura da .
Cuidado clínico de enfermagem no pré-natal:
pesquisa convergente assistencial a partir dos
saberes e práticas de gestantes [recurso eletrônico]
/ Maria Adelaide Moura da Silveira. - 2017.
1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 139 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas do
Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde..

Orientação: Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

1. Educação em saúde . 2. Enfermagem. 3. Saúde da
mulher. 4. Gravidez. I. Título.

MARIA ADELAIDE MOURA DA SILVEIRA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: pesquisa convergente
assistencial a partir dos saberes e práticas de gestantes

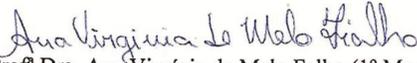
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 30 de janeiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra. Dafne Paiva Rodrigues (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE


Prof.^a Dra. Ana Virgínia de Melo Falho (1º Membro)

Universidade Estadual do Ceará – UECE


Prof.^a Dra. Maria Célia de Freitas (2º Membro)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dra. Mercedes Trentini (Suplente)
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Aos meus pais, Luiz Carlos Silveira e Marylucia Moura da Silveira, que sempre tiveram a educação das suas filhas como prioridade incontestável.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos concedidas a minha vida.

Aos meus pais, Marylucia Moura da Silveira e Luiz Carlos Silveira por me proporcionarem a vida e a educação. Serei eternamente grata pelos conselhos e ensinamentos dispensados diariamente, o que contribuiu para a realização do meu sonho.

Ao meu esposo, Jackson Alves de Oliveira Matos Araújo, pelo amor, companheirismo e incentivo para a vida acadêmica.

Às minhas irmãs, Adelane e Adelise, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha.

À minha sogra, Liduina Alves de Oliveira, que cuidou de mim e de meu esposo enquanto eu finalizava minha dissertação.

À professora Dafne Paiva Rodrigues, professora, orientadora e amiga. Muito grata pela confiança que vem depositando em mim durante toda a minha trajetória acadêmica, além dos ensinamentos para minha vida profissional e pessoal.

À professora Ana Virgínia de Melo Fialho, por ter sempre confiado em mim e por ter dado contribuições valiosas para minha pesquisa.

À professora Maria Célia de Freitas, por ter sido sempre tão solícita quando eu precisei. Grata pelas sábias contribuições para minha pesquisa.

À Dr^a Mercedes Trentini pelo enriquecimento desse trabalho e pela disponibilidade em participar desse momento.

À Janara Pinheiro Lopes pela disponibilidade e grande contribuição da Psicologia.

Aos meus colegas de mestrado, turma XI do PPCCLIS. Obrigada pela parceria nas atividades acadêmicas, auxiliando no meu crescimento científico. Com vocês tenho a certeza que tudo dará certo.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) – Universidade Estadual do Ceará, por transmitir ensinamentos em prol de nossa formação enquanto pesquisadores e docentes

Às gestantes, fonte de inspiração para a concepção desse trabalho. Buscarei diariamente melhorar a forma de cuidar para proporcionar saúde e bem-estar a vocês.

À equipe A UBS Afonso de Medeiros que me apoiou e contribuiu significativamente para a aplicação da pesquisa em nosso ambiente de trabalho.

À gestão de saúde do Município de Caucaia que sempre me deu apoio para a minha qualificação profissional.

À minha amiga Antonia Regynara Moreira Rodrigues pela parceria e amizade que construímos durante o Mestrado. Que essa união se perpetue por muitos anos.

À minha amiga Rosa Danielle Sousa Gomes. Feliz reencontro. Obrigada por ter contribuído para o sucesso da minha pesquisa.

À Jéssica Cunha Brandão pelo apoio à concretização deste trabalho.

As demais familiares e amigos que sempre torcem pelo meu sucesso.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

Objetivou-se Conhecer os saberes e práticas das mulheres grávidas sobre o período gravídico-puerperal; Apreender as representações sociais das mulheres gestantes sobre a gestação e os cuidados no ciclo gravídico-puerperal; Implementar a educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal. Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com utilização da Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico para apreensão das representações sociais das gestantes. Realizada em Unidade Básica de Saúde de Caucaia. Participaram do estudo 11 gestantes. A pesquisa foi composta por duas etapas. A primeira etapa foi a aplicação de entrevista semiestruturada em profundidade e individual no momento da consulta de pré-natal ou visita domiciliar, onde foi traçado o perfil sócio demográfico e obstétrico, além de apreendidas as representações sociais das gestantes em relação à gravidez, e o levantamento das necessidades informacionais sobre o período gravídico-puerperal. Na segunda etapa, foi a aplicação do “Processo dos Quatro Erres” da PCA em grupo de convergência, sendo dividido em quatro fases: Fase do reconhecimento, intitulada Vivenciando a gravidez, com finalidade de apreender as representações sociais das gestantes sobre a gravidez; Fase da revelação, com finalidade de levantamento das necessidades informacionais das gestantes em relação ao período gravídico-puerperal; Fase do Repartir, composto por três dias, com objetivo de aplicar a educação em saúde de acordo com as necessidades das gestantes e Fase do Repensar, com finalidade de refletir sobre a possibilidade da transferência do que foi apreendido pelas gestantes para a vida real. Em cada dia do grupo de convergência foi utilizado o método do Círculo de Cultura de Paulo Freire. Em relação à caracterização das participantes do estudo, evidencia-se que houve um predomínio da faixa etária entre 15-21 anos (5,5%), união estável (54,55%), a maioria com estudo fundamental (54,55%), (63,63%) possuía trabalho remunerado. Sobre o perfil obstétrico, 7 (63,63%) eram múltíparas. A maioria, no momento da entrevista individual, estava no segundo trimestre gestacional (63,63%). Houve número expressivo de gestantes que não planejaram a gravidez (81,81%), 7 (63,63%) haviam feito somente uma consulta. A gravidez foi ancorada na realização de um sonho, na benção divina, nos medos e inseguranças. A gravidez foi representada como estado de mudanças, sendo ancorada nas modificações físicas e psicológicas, na constituição familiar e na responsabilidade das gestantes em relação à gravidez e maternidade, sendo objetivada na mudança de comportamento. Dentre as necessidades informacionais elencadas pelas gestantes na entrevista individual e na Fase de Revelação foram: autocuidado na gravidez, cuidado no

parto, autocuidado no puerpério e cuidados do recém-nascido e aleitamento materno. A apreensão das representações sociais das gestantes, além da revelação de suas necessidades subsidiou a educação em saúde de forma dialógica como ferramenta para cuidado clínico de enfermagem no pré-natal. Foi revelada a possibilidade de transferência para sua vida real do que foi apreendido nos grupos de convergência. A educação em saúde no pré-natal possibilita a troca de saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez, propiciando o empoderamento das gestantes, refletindo na sua autonomia no processo de gestar e parir.

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Saúde da mulher. Gravidez.

ABSTRACT

The objective was to know the knowledge and practices of pregnant women about the pregnancy-puerperal period; To apprehend the social representations of pregnant women about gestation and care in the pregnancy-puerperal cycle; To implement health education in a group of pregnant women as a tool for clinical nursing care in prenatal care. Convergent Care Research (PCA) using the Theory of Social Representations (TRS) as a theoretical reference for the apprehension of the social representations of pregnant women. Held at the Basic Health Unit of Caucaia. Eleven pregnant women participated in the study. The research consisted of two stages. The first step was the application of a semi-structured interview in depth and individual at the time of the prenatal visit or home visit, where the socio-demographic and obstetric profile was traced, in addition to the social representations of the pregnant women in relation to pregnancy. Information on the pregnancy-puerperal period. The second phase was the application of the "Four Errors Process" of the PCA in a convergence group. It is divided into four phases: Recognition phase, entitled Experiencing Pregnancy, in order to understand the social representations of pregnant women about pregnancy; Phase of the revelation, aiming to survey the informational needs of pregnant women in relation to the pregnancy-puerperal period; Phase of Repartir, composed of three days, with the objective of applying health education according to the needs of pregnant women and Phase of Rethinking, with the purpose of reflecting on the possibility of transference of what was apprehended by pregnant women to real life. In each day of the convergence group the method of the Culture Circle of Paulo Freire was used. Regarding the characterization of the study participants, it was evidenced that there was a predominance of the age range between 15-21 years (5.5%), stable union (54.55%), most with a fundamental study (54.55%), (63.63%) had paid work. About the obstetric profile, 7 (63.63%) were multiparous. The majority, at the time of the individual interview, was in the second gestational trimester (63.63%). There were expressive numbers of pregnant women who did not plan for pregnancy (81.81%), 7 (63.63%) had made only one visit. Pregnancy was anchored in the realization of a dream, in divine blessing, in fears and insecurities. Pregnancy was represented as a state of change, being anchored in the physical and psychological changes, in the family constitution and in the responsibility of the pregnant women in relation to pregnancy and maternity, being objectified in the behavior change. Among the informational needs listed by the pregnant women in the individual interview and in the Disclosure Phase were: self-care during pregnancy, delivery care, self-care in the puerperium,

and newborn care and breastfeeding. The apprehension of the social representations of pregnant women, in addition to revealing their needs, subsidized health education in a dialogical way as a tool for clinical nursing care in prenatal care. It was revealed the possibility of transferring to their real life what was seized in the convergence groups. Prenatal health education enables the exchange of knowledge and practices of pregnant women about pregnancy, providing the empowerment of pregnant women, reflecting their autonomy in the process of gestating and giving birth.

Keywords: Health education. Nursing. Women's health. Pregnancy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| Quadro 1 – | Análise de conteúdo referente ao corpus das entrevistas semiestruturadas..... | 28 |
| Quadro 2 – | Grupo de convergência de acordo com o “Processo dos Quatro Erres” da PCA e Círculo de Cultura de Paulo Freire..... | 67 |
| Quadro 3 – | Análise de conteúdo do diálogo da Fase de reconhecimento..... | 71 |
| Quadro 4 – | Análise de conteúdo da Fase da Revelação..... | 73 |
| Quadro 5 – | Descrição da Fase do Repartir..... | 74 |
| Quadro 6 – | Análise de conteúdo da Fase da Revelação..... | 85 |
| Quadro 7 – | Descrição da Fase do Repartir..... | 91 |
| | | |
| Figura 1 – | Resumo dos momentos de convergência e distanciamento de acordo com a Pesquisa Convergente Assistencial. Adaptação de Nogueira, 2012. Fortaleza, 2017..... | 51 |
| Figura 2 – | Desenho-estória 1..... | 77 |
| Figura 3 – | Desenho-estória 2..... | 78 |
| Figura 4 – | Desenho-estória 3..... | 79 |
| Figura 5 – | Desenho-estória 4..... | 79 |
| Figura 6 – | Desenho-estória 5..... | 80 |
| Figura 7 – | Desenho-estória 6..... | 81 |
| Figura 8 – | Cuidados com recém-nascidos..... | 82 |
| Figura 9 – | Desenho-estória 7..... | 90 |
| Figura 10 – | Panfleto Zika Vírus..... | 94 |
| Figura 11 – | Mudanças Esperança..... | 95 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Tabela 1 – | Caracterização das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas..... | 55 |
| Tabela 2 – | Caracterização das participantes de acordo com as variáveis obstétricas..... | 56 |

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GRUPESME | Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNAB | Programa Nacional de Atenção Básica |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PCA | Pesquisa Convergente Assistencial |
| PPCCLIS | Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde |
| RS | Representações Sociais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TRS | Teoria das Representações Sociais |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |
| PDE-T | Procedimento Desenho-estória Tema |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 23 |
| 3 | BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO..... | 24 |
| 3.1 | O PRÉ-NATAL SOB O ENFOQUE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..... | 24 |
| 3.2 | EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: REFLEXÃO SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO..... | 29 |
| 3.3 | REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)..... | 33 |
| 4 | REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)..... | 40 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 43 |
| 5.1 | NATUREZA DO ESTUDO..... | 43 |
| 5.2 | FASE DE INSTRUMENTAÇÃO..... | 43 |
| 5.3 | ESPAÇO A PESQUISA | 43 |
| 5.3.1 | Participantes da pesquisa..... | 45 |
| 5.3.2 | Instrumentos e técnicas de coletas de dados..... | 46 |
| 5.4 | FASE DE PERSCRUTAÇÃO..... | 47 |
| 5.5 | FASE DE ANÁLISE..... | 52 |
| 5.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 53 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 55 |
| 6.1 | ETAPA 1- FASE EXPLORATÓRIA COM ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA | 55 |
| 6.2 | ETAPA 2 - GRUPO DE | 66 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 109 |
| | REFERÊNCIAS | 112 |
| | APÊNDICES..... | 119 |
| | APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PESQUISADAS..... | 120 |
| | APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS..... | 122 |
| | APÊNDICE C - TERMO ASSENTIMENTO A GESTANTE..... | 124 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA..... | 125 |
| APÊNDICE E - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA..... | 127 |
| APÊNDICE F - ETAPAS DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA..... | 128 |
| ANEXOS..... | 130 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UECE..... | 131 |
| ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA ASSINADO PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA..... | 132 |
| ANEXO C – LETRA DA MÚSICA ORAÇÃO DO BEBÊ DE BÁRBARA DIAS..... | 133 |
| ANEXO D – LETRA DA MÚSICA RECONHECIMENTO DE ISADORA CANTO..... | 136 |
| ANEXO E – LETRA DA MÚSICA “DENTRO DE MIM” DE BÁRBARA DIAS”..... | 137 |

1 INTRODUÇÃO

A mulher grávida vivencia a complexidade das mudanças e transformações físicas e psicológicas na gestação que, muitas vezes, são permeadas por curiosidades, dúvidas, medos e inseguranças. Diante disso, a educação em saúde, durante o acompanhamento do pré-natal, torna-se uma boa ferramenta para o reconhecimento da gestação, além de viabilizar o empoderamento da mulher gestante, tornando-a sujeito de suas ações.

Ao considerar a mulher gestante como um ser dotado de necessidades, que devem ser compreendidas e atendidas, alguns conhecimentos devem ser problematizados na gravidez para, assim, melhor conduzi-la para receber seu filho, principalmente, do ponto de vista físico e mental. Diante disso, defende-se a educação em saúde como uma estratégia para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da minimização da insegurança e ansios, que possam estar presentes durante esse período (GUERREIRO, et al, 2014).

Embora a gravidez seja saudável e de baixo risco para a maioria das gestantes, as transformações físicas, emocionais e sociais resultantes desta fase merecem atenção especial, com o objetivo de melhorar a saúde e, principalmente, de fornecer o suporte para a vivência mais prazerosa da gravidez, gerando mais satisfação com a vida e com a assistência recebida (REBERTE, 2012).

Dentre as Políticas Públicas voltadas para a saúde da mulher, podemos citar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional da Atenção Básica e a Rede Cegonha. No decorrer das décadas, esses Programas procuraram programar uma melhor assistência à saúde da mulher em seu período gravídico puerperal, além de cuidados ao recém-nascido, a fim de reduzir os índices de mortalidade materno-infantil.

Tais Políticas Públicas destacam a importância, ao longo dos anos, da necessidade de educar em saúde em todo processo de gestar, parir e cuidar de si e do bebê por se tratar de um momento novo, único e repleto de modificações na vida da mulher e de sua família. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro exerce importante papel nesse processo educativo (GUERREIRO, 2012).

As práticas educativas em saúde no pré-natal são estratégias de promoção e humanização de saúde. Nesse sentido, deveriam fundamentar-se numa prática problematizadora, crítica e reflexiva, propiciando às mulheres gestantes, o fortalecimento de suas capacidades e habilidades para o alcance dessas mudanças (SOUZA, 2011).

A educação em saúde é uma importante ferramenta de cuidado clínico de enfermagem no pré-natal. O cuidado clínico de enfermagem é entendido como aquele prestado pelo profissional enfermeiro habilitado, através de técnicas científicas e olhar clínico, utilizando a escuta ativa, o toque, a fala, a fim de satisfazer as necessidades humanas básicas do ser cuidado, garantindo dessa forma, o respeito à singularidade, sua individualidade e sua história de vida (GUERREIRO, 2012).

Portanto, a criação de espaços de educação em saúde no pré-natal é de suma importância. Nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre o período gravídico-puerperal. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2012).

A educação em saúde como proposta de trabalho nos serviços, sob as lentes da capacidade de transformação e emancipação dos sujeitos, encontra-se no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família, como um terreno fecundo para o entendimento da relação desta. O trabalho na ESF é representado como uma atividade reorganizadora que possui papel crucial nas Políticas de Saúde e, portanto, meio ideal para a aplicabilidade da educação em saúde (BITTENCOURT, 2010).

Nesse contexto, a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal envolve as usuárias da atenção básica em saúde com papel de destaque, por serem o centro do processo educativo, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo. A forma de expressão das gestantes no processo educativo fornece direcionamentos acerca da educação em saúde na gestação e no próprio puerpério (GUERREIRO, et al, 2014).

No entanto, Guerreiro, et al (2014) ressalta que a educação em saúde não deve ser restrita ao momento das consultas. É imprescindível a participação das gestantes em grupos educativos, para dividir seus medos e suas angústias, de esclarecer as dúvidas comuns as

outras futuras mães. Incentiva-se dessa forma o aprendizado coletivo, a rica troca de experiências e conhecimentos entre as mulheres.

Para a implementação da educação em saúde no pré-natal, o enfermeiro apresenta-se como profissional capacitado e sensibilizado para o conhecimento dos significados das gestantes e o cuidado clínico de enfermagem à mulher em todo o período gravídico-puerperal, de acordo com as reais necessidades de cada mulher. Corroborando com a ideia, Progianti; Costa (2012), afirmam que é notório, nos serviços de saúde, que os enfermeiros são agentes potenciais de mudança e frequentemente, desenvolve ações educativas, abrindo grandes possibilidades de discussão entre senso comum e ciência.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012).

Através da escuta qualificada das reais necessidades das gestantes em relação ao período gravídico-puerperal, o enfermeiro tem maior subsídio para utilizar a educação em saúde para o cuidado clínico às gestantes, com vista a empoderar as mulheres sobre o conforto ao binômio mãe-filho.

A educação em saúde é inerente ao cuidado, ou seja, esta relação implica a maneira de fazer e de pensar que, de um ou de outro modo, é sempre pedagógico, pois tem a intencionalidade de promover a informação e possibilitar a transformação. Como consequência, as pessoas envolvidas no cuidado são favorecidas com mais autonomia, quanto mais empoderadas tornarem-se, sendo a autonomia um reflexo do empoderamento. (LEOPARDI, PAIM, NIETSCHE, 2014).

Neste sentido, a educação em saúde como estratégia para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal é compreendida nesse estudo sob o olhar dos significados, saberes e

práticas das gestantes. Jodelet (2001) considera os indivíduos como portadores de um saber construído e partilhado socialmente pela interação.

Diante disso, escolheu-se trabalhar com as representações sociais das gestantes acompanhadas pelas consultas de pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre a gravidez. Acredita-se que a Teoria de Representações Sociais (TRS) seja um bom fundamento para subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

Segundo Sá (1998), para gerar as representações sociais (RS), o objeto deve ser suficientemente relevante culturalmente. Deve ser um fenômeno para o conjunto social escolhido para representa-lo, estando implicado, de forma consistente, em alguma prática do grupo, considerados em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente. A representação e seu objeto são inseparáveis, na medida em que é o objeto que é constituído com uma representação social.

A TRS busca compreender as interpretações e os sentidos que os grupos e os sujeitos têm sobre objetos sociais relevantes, com foco no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2012).

Acredita-se que de posse das representações sociais das mulheres gestantes acompanhadas no pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde, o enfermeiro terá subsídios para compreender os sentimentos e as necessidades dessas mulheres para, a partir de então, proporcionar um melhor cuidado clínico de enfermagem através da educação em saúde. Enfermeiro, atuante no espaço da atenção primária à saúde que promove assistência à gestante, necessita de inovação e alternativas de soluções para problemas cotidianos em saúde com renovação de práticas educativas.

Diante dessa problemática, busca-se neste estudo intervir na realidade social. Portanto, para desenvolver tal pesquisa se faz necessário a utilização de um referencial metodológico, que possa ofertar recursos que possibilitem a identificação de conceitos e ações direcionados ao processo de cuidar e colaborar nas ações assistenciais desenvolvidas nas unidades de saúde no período gravídico. Tal método configura-se na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

Assim, entendendo a educação em saúde como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal como fenômeno social, delimita-se os seguintes questionamentos: Quais os saberes e práticas das mulheres grávidas sobre o período

gravídico-puerperal? Quais as representações sociais das gestantes sobre a gravidez? Quais os receios, as dúvidas e as dificuldades das gestantes em relação ao período gravídico-puerperal? De que modo a educação em saúde em grupo de gestantes contribui para o seu empoderamento no período gravídico-puerperal?

Neste contexto, o interesse pelo tema da educação em saúde para gestantes iniciou ainda quando acadêmica da Universidade Estadual do Ceará- UECE. Como integrante do Grupo de Pesquisa da Mulher e Enfermagem e bolsista FUNCAP, participei de uma pesquisa intitulada “O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros”.

A educação em saúde foi citada como necessária para um pré-natal de qualidade. No entanto, foi vislumbrado atitudes do profissional centradas no modelo de educação tradicional, em que não há espaço para perguntas e para um processo de comunicação efetivo entre profissional e cliente. A dimensão técnica do cuidar assume a prioridade nos atendimentos às gestantes, deixando uma lacuna nesse processo de cuidar, que faz uma diferença muito grande para a mulher ao término do processo gestacional, quando se depara com uma série de dúvidas e dificuldades para desempenhar o papel materno (GUERREIRO, et al, 2012).

Em estudo resultante da minha monografia do Curso de graduação em Enfermagem, vislumbrou-se a importância da educação em saúde como estratégia para o enfermeiro no pré-natal para orientar as gestantes sobre os cuidados necessários para uma gravidez saudável e para cuidados com o recém-nascido (RODRIGUES et al, 2012).

Atualmente, como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Caucaia-CE, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) realiza-se Consultas de Pré-natal para as gestantes cadastradas na referida Unidade, percebo a importância de responder dúvidas das gestantes durante as consultas e em grupos de gestantes, a fim de minimizar a suas ansiedades, medos e angústias, além de prepará-las para a maternidade e maternagem.

Assim sendo, foi eleita a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) para aproximação da prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas e realizar mudanças.

O estudo mostra-se relevante por possibilitar a adoção dos enfermeiros de estratégia educativa como tecnologia para o cuidado clínico de enfermagem para as gestantes

atendidas em Unidade Básica de Saúde, de posse do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS).

Vale ressaltar que esse estudo atende aos critérios da Agência Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008). Traz a perspectiva da necessidade de estudos científicos sobre práticas de cuidado à saúde na gravidez, assistência à gestante no pré-natal de qualidade e estudos que utilizam referenciais metodológicos para implementação da educação em saúde.

Pretende-se que o conhecimento adquirido com o estudo possa ser utilizado pelos enfermeiros que prestam assistência à mulher gestante, a fim de minimizar as dúvidas, receios e dificuldades das mulheres nesse período tão importante de suas vidas, e prepará-las para vivenciar a gestação, o parto e maternidade de forma mais confortável.

2 OBJETIVOS

- Conhecer os saberes e práticas das mulheres grávidas sobre o período gravídico-puerperal
- Aprender as representações sociais das mulheres gestantes sobre a gestação e os cuidados no ciclo gravídico-puerperal.
- Implementar a educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

3 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS DO ESTUDO

Neste capítulo, realiza-se uma incursão bibliográfica sobre a assistência à mulher durante o Pré-Natal sob o enfoque das Políticas Públicas de Saúde, que conduziram a implementação do Pré-natal no Brasil no decorrer das décadas. Na sequência, está apresentada a educação em saúde no pré-natal, refletindo a atuação do enfermeiro e contextualizando os grupos de educação em saúde como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

3.1 O PRÉ-NATAL SOB O ENFOQUE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O pré-natal é uma época de preparação física e psicológica da gestante para a gravidez, parto e pós-parto, que requer dedicação humanizada dos profissionais que a assistem, a fim de proporcionar à gestante mais conforto, confiança nesse momento singular de sua vida.

A implantação da assistência do pré-natal como conhecemos até os dias atuais, só ocorreu em meados de 1983, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde. De acordo com Osis (1998); Mesquita (2010), o PAISM foi lançado em cenário nacional com crescente sentimento de democratização do país, incorporando as reivindicações do movimento sanitário e do movimento feminista foi anunciado como nova abordagem da saúde da mulher.

O PAISM defendia que a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa voltada ao aperfeiçoamento da assistência no pré-natal, parto e puerpério; à abordagem dos problemas relacionados desde a adolescência até a terceira idade; prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de colo de útero e mama, além da atenção ao planejamento familiar. O programa rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo feminino, que deixaram de ser vistas como parideira, ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher (OSIS, 1998).

O PAISM, programa, que incorporou o ideário feminista para a atenção da saúde integral, congregou princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção, bem como a participação social. As

práticas educativas foram entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

A adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção à saúde mulher, no entanto, contesta-se que após dois anos do lançamento do programa, as ações voltadas para a nova abordagem de atendimento à saúde da mulher e acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério ainda não tenham sido implementadas na sua totalidade. Por conseguinte, a assistência à mulher, em especial o Pré-Natal, continuou deficiente, tanto no paradigma do atendimento, como na extensão da cobertura.

Diante da baixa cobertura do pré-natal, associada à baixa qualidade de atendimento, fez-se necessário desenvolver e difundir procedimentos normativos para solucionar problemas epidemiológicos, onde estavam inclusos os que afetam a população materno-infantil. Como condições para uma assistência de pré-natal efetiva, os seguintes elementos devem ser garantidos (BRASIL, 1998):

- Captação precoce da gestante na comunidade para iniciar acompanhamento ainda no 1º trimestre.
- Controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo;
- Recursos humanos treinados;
- Área física adequada;
- Equipamento e instrumental necessários;
- Instrumentos de registros e estatística;
- Medicamentos básicos;
- Apoio laboratorial mínimo;
- Sistema de referência e contra-referência;
- Avaliação das ações da assistência pré-natal.

Em 2000, o Ministério da Saúde lança o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal Baixo Risco com o objetivo de oferecer referências à organização da rede assistencial, capacitação profissional dos gestores e profissionais de saúde e normatização das práticas de saúde. As normas devem ser adaptadas, pelas Secretarias estaduais e municipais, visando a melhoria da qualidade da assistência pré-natal em todo país (BRASIL, 2000).

Importantes proposições relacionadas ao Pré-natal foram lançadas na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, tendo como referências os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as propostas aprovadas para a saúde da mulher, destaca-se a garantia da qualidade da assistência à mulher no período

gravídico-puerperal, com estímulo à humanização do parto, com fortalecimento das políticas de atenção ao Pré-natal, parto e puerpério, reafirmando a política de assistência integral à mulher (BRASIL, 2002).

Diante do exposto, subsidiado nas análises das necessidades de garantir melhor assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria/GM nº569, de 01 de junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O programa teve como principal objetivo a ampliação do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência no pré-natal, no parto e no puerpério na perspectiva dos direitos da cidadania. No sentido de aprimorar a saúde da gestante, a educação em saúde é citada como estratégia utilizada no pré-natal de qualidade (BRASIL, 2002). Assim como PAISM, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) segue os princípios para garantir uma melhor assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

Diante do exposto, o modelo de assistência pré-natal referenciado pelo PHPN compreende além do atendimento individual realizado durante as consultas, as práticas de educação em saúde, que oferecem benefícios ao impactar a saúde e acrescenta-se um sentido mais amplo; assegurar o vínculo com a equipe de saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Outra conquista no âmbito da saúde da mulher foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 que incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e tem como objetivos a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; ampliação do acesso aos serviços de promoção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; redução da morbimortalidade materna feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação; além da ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à mulher no SUS (BRASIL, 2004).

Considerando ainda a necessidade de adotar medidas que garantissem o atendimento obstétrico e neonatal de qualidade como direito de toda mulher, o Ministério da Saúde instituiu em 2005 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Tal programa estabelece princípios e diretrizes para o atendimento da mulher desde o pré-natal até o puerpério, assim como nas principais intercorrências possíveis (BRASIL, 2005).

A atenção pré-natal, a partir das recomendações da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, preconiza além do acesso aos serviços de saúde, o acolhimento da mulher e a humanização durante a assistência prestada a ela, que somente será alcançada com

sucesso através da operacionalização de uma assistência de qualidade que englobe as necessidades específicas das mulheres envolvidas e suas famílias, considerando suas diferenças sociais, econômicas e culturais (BRASIL, 2003).

Essa operacionalização é baseada, segundo Brasil (2005) na garantia da realização do pré-natal em conformidade com a captação precoce das gestantes; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; escuta ativa das mulheres e de seus acompanhantes durante as consultas; atividades educativas em grupo ou em individualmente durante toda a gestação; anamnese e exame clínico-obstétrico; exames laboratoriais; imunização antitetânica; avaliação nutricional; prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama e colo de útero; tratamento das intercorrências durante a gravidez; classificação de risco gestacional; registro das consultas em prontuário e em cartão da gestante, além da atenção à mulher e ao recém nascido na primeira semana após o parto.

O acesso à assistência qualificada e humanizada no âmbito da saúde da mulher foi ampliado em 2006 pela Política Nacional da Atenção Básica que considera o Programa Saúde da Família (PSF) a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006). Vale salientar que o PSF constitui-se como cenário estratégico para o acompanhamento do pré-natal de baixo risco.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na sua inserção sociocultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos e sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Visando a operacionalização da atenção básica, a saúde da mulher é definida como uma das áreas estratégicas para atuação em todo território nacional (BRASIL, 2006).

Destaca-se ainda a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que implementa novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança em todos os níveis de atenção com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança; garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte e regulação, a fim de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil. Vale ressaltar, que a implementação de comunicações sociais e de programas educativas são componentes mencionados para o pré-natal de qualidade e humanizado (BRASIL, 2011).

Visando contribuir para a melhoria do acesso e qualidade da atenção básica, em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica (CAB) número 32 –

Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Esse manual, o componente do Pré-Natal está inserido no âmbito da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar a equipe da atenção básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede (BRASIL, 2012). Os dez passos para um pré-natal de qualidade na APS foram descritos no quadro.

Quadro 1 - Os dez passos para um pré-natal de qualidade

- 1º passo:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
- 2º passo:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º passo:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º passo:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º passo:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º passo:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º passo:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º passo:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º passo:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º passo:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal

Fonte: BRASIL, 2012.

Dessa forma, a Atenção Básica, dentro da proposta da Rede Cegonha, tem o papel de coordenar e articular o trabalho da rede de cuidados, integrando os diferentes serviços. Nas unidades de atenção básica, é possível desenvolver ações direcionadas para o acolhimento e avaliação de risco de gestantes, realização de pré-natal e do cuidado à saúde da criança, mas principalmente, oferecer ações de educação em saúde que sejam capazes de estimular e preparar para o parto normal e ampliar o conhecimento sobre o direito reprodutivo (PIO, OLIVEIRA, 2014).

Observa-se, que o panorama das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no decorrer das décadas tenta incluir a integralidade da atenção e da assistência à saúde da mulher como meta e prioridade. Essa realidade também se aplica na assistência do pré-natal,

que além de exames clínicos obstétricos e realização de exames laboratoriais, a educação em saúde apresenta-se como ferramenta de cuidado clínico à mulher gestante.

A assistência pré-natal adequada não deve focalizar apenas no biológico. É imprescindível organizá-la a partir das necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante. Para isso, necessário se faz que os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir as queixas das gestantes e esclarecerem suas dúvidas para melhor oportunizar a educação em saúde e, conseqüentemente, fazerem da mulher partícipe (RIOS, VIEIRA, 2007).

Sendo assim, conforme no contexto da assistência integral da mulher, o acompanhamento pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades da mulher gestante com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, inclusive abordando os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: AÇÕES DO ENFERMEIRO

A educação em saúde, ao oportunizar às gestantes a aquisição e a ampliação de conhecimentos e experiências sobre as transformações fisiológicas e emocionais das gravidez, sobre o parto e nascimento, além do puerpério, favorece o desenvolvimento de suas potencialidades, a identificação de seus receios, dúvidas e dificuldades, levando-as a superarem tal desafio.

Em estudo de Proganti; Costa (2012), observa-se que a educação em saúde é utilizada como instrumento na implementação de práticas obstétricas humanizadas, onde envolve o ensinar e o aprender em via de mão dupla, concretizando e abrindo possibilidades para a construção compartilhada de conhecimentos. As práticas educativas são, portanto, ações transformadoras da vida de muitas mulheres porque colaboram para que elas mudem de forma positiva a maneira de gestar, parir e exercer a maternagem.

Corroborando com a ideia, Barbosa, et al (2015), a educação em saúde pode ser um instrumento indispensável ao cuidado à mulher no período gestacional, pois permite desenvolver atividades direcionadas aos princípios de educar, facilitando, com isso, a sensibilização das gestantes para a tomada de consciência de seus valores, a fim de desenvolver sua autonomia e empoderamento.

O enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo de promoção da saúde da mulher desde o início da gravidez, compondo dessa forma a rede de apoio junto com os

familiares, e no fortalecimento das capacidades da gestante para essa resgatar o seu papel na condução da gravidez e parto e assuma o protagonismo do processo de nascimento (DAROS, et al, 2010).

Em estudo sobre as repercussões das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras em uma Casa de Parto, observou-se que as práticas educativas são capazes de favorecer a vivência tranquila da gestação, o vínculo do binômio mãe-filho, melhor aceitação da gravidez, bem como a livre a expressão sobre a sexualidade na gravidez. A atuação da enfermeira na prática educativa repercutiu de forma positiva na vivência do parto, sendo demonstrada pela desmitificação da dor do parto, empoderamento e a vivência do apreendido (PROGIANTI; COSTA, 2012).

Vale salientar, que a comunicação em enfermagem, utilizada para implementação da educação em saúde, constitui-se como instrumento básico para o cuidado de enfermagem, e apresenta-se como uma necessidade humana básica, uma competência que o enfermeiro deve desenvolver. Esta competência sendo utilizada de modo terapêutico vai permitir ao enfermeiro atender os pacientes em todas as suas dimensões (RIOS, VIEIRA, 2007). No entanto, que para que a comunicação em enfermagem seja efetiva, é imprescindível a utilização da escuta ativa, em que é respeitada a realidade social e cultural de quem está sendo assistido, sem preconceitos por parte do profissional.

Reberte (2012) aponta a educação em saúde durante a gravidez como um instrumento importante que pode influenciar a qualidade de vida, proporcionando recursos às gestantes para a busca de seu fortalecimento pessoal, para assumir novos papéis sociais, lidar com a aceitação da gravidez e com as modificações corporais e emocionais. Neste contexto, o atendimento integral às demandas por assistência à saúde e às expectativas das gestantes, com a ampliação do foco da atenção do pré-natal, mostra-se necessário.

É a partir do pré-natal que a mulher gestante começa a ser preparada para a gravidez, parto e maternidade, e como tal, é um momento de intenso aprendizado e construção de saberes do universo feminino. A realização de educação em saúde no pré-natal mostra-se como uma grande oportunidade de o enfermeiro utilizá-la como instrumento do processo de cuidar, para satisfazer as reais necessidades das gestantes, devolvendo-as a autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, pode prestar assistência à gestante, à parturiente e à puérpera, realizar

consulta de enfermagem, bem como desenvolver atividades educativas pertinentes (Brasil, 1986).

O profissional enfermeiro deve apoderar-se da educação em saúde durante o pré-natal de forma eficaz e continuada, com a finalidade de desenvolver uma consciência crítica nas gestantes, por meio de processos que a levem a emancipação, uma vez que o conhecimento possibilita a mulher a conhecer-se e decidir-se (BARBOSA, et al, 2015).

A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo os profissionais de saúde, dedicar-se à demanda das gestantes de forma individualizada, transmitindo nesse momento mais confiança e apoio necessário para seu fortalecimento para conduzir com mais autonomia a gravidez e o parto (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

É importante que no pré-natal, no cenário de uma unidade básica de saúde, o enfermeiro conheça a percepção que a mulher tem da gravidez em seu contexto familiar, social e cultural para que possa avaliar as reais necessidades de aprendizado das gestantes nesse período e, a partir de então, utilizar a educação em saúde, seja individual ou em grupo, de forma humanizada e individualizada, para promoção da emancipação do sujeito e fortalecimento da autonomia.

Rodrigues (2015) enfatiza o importante papel do enfermeiro como condutor da gestação, através da consulta de enfermagem no pré-natal e o educar em saúde em todo o processo de gestar, parir e cuidar de si e do bebê por se tratar de um momento novo, único e repleto de modificações na vida da mulher e de sua família. Diante disso, faz-se necessário que os enfermeiros tornem-se mais sensíveis às reais necessidades dessas mulheres, para a prestação do cuidado clínico.

Lima (2013) e Moura, et al (2015) ratificam a importância da atenção qualificada da Consulta de enfermagem no pré-natal no cenário do PSF, como espaço exequível de ações educativas, desvelando o valor do processo de formação de vínculo das gestantes com a equipe, fortalecimento do vínculo do binômio mãe-filho, além da valorização da autonomia e acolhimento dessas mulheres.

O PSF é um cenário fecundo para a utilização, pelo profissional enfermeiro, das atividades educativas individuais durante à consulta do pré-natal, como também, as atividades em grupos com gestantes para a prática do cuidado à mulher no período gestacional, além de sua preparação para parto e período pós-parto. Os grupos de gestantes permitem a troca de conhecimentos, saberes e experiências entre profissional e mulheres, possibilitando às gestantes mudanças de ideias e práticas durante a trajetória para o exercício da maternidade.

Em estudo de Zampieri, et al (2010), as mulheres afirmam que ao participar de Grupo com gestantes e casais grávidos, como oportunidade de troca de saberes e experiências, foi facilitada a reflexão e compreensão desse período ímpar de suas vidas. Declararam que o Grupo as ajudou a desmitificar e rever crenças e mitos relativos à gestação, ao parto e ao pós-parto, compreender melhor as transformações ocorridas na gravidez e parto, o autocuidado e cuidado com o bebê, além dos direitos das mulheres em todo esse processo.

A interação em grupo permite a formações de opiniões e atitudes, pois em grupo, as pessoas podem se sentir mais à vontade para dialogar e compartilhar experiências, ensejando um sentimento de ajuda mútua (NUNES, et al, 2014). Assim, a dinâmica grupal, com criação de laços e a troca de vivências comuns, o sentimento de pertencimento e identificação determinados na coletividade fortalecem as capacidades individuais e coletivas, ampliam a visão dos recursos disponíveis e encorajam os indivíduos a buscarem novas estratégias para compreender seus problemas, a fim de minimizá-los ou resolvê-los, além de fortalecê-los para enfrentar os desafios. Dessa forma, a educação em saúde com gestantes, desenvolvidos em ambiente grupal, é um instrumento que favorece a autonomia e o protagonismo das gestantes em todo período gravídico-puerperal. (ZAMPIERI, et al, 2010).

As práticas educativas em grupo, bem como tecnologias sócio-educativas, consideradas como tecnologias leves, emergem como possibilidades para fornecer subsídios para educar-cuidar para a autonomia e emancipação. Diante disso, os grupos emergem como verdadeiras estratégias para produzir o cuidar em saúde. A enfermagem opta pelas práticas educativas em grupos como forma de procurar uma alternativa para atender as pessoas, opondo-se, principalmente, a um cuidado tradicional onde se privilegia o aspecto curativo (TEIXEIRA, 2007).

Moura, et al (2015) destaca a importância de o enfermeiro realizar um trabalho educativo de forma dinâmica durante o pré-natal para educar a mulher sobre os diversos assuntos que envolvem o período gestacional. Dentre os assuntos que podem ser abordados, destacam-se: aleitamento materno, alimentação materna, mudanças fisiológicas no corpo materno, cuidados com a higiene, a realização de atividades físicas, o desenvolvimento da gestação, a prática da atividade sexual durante a gravidez, o preparo para o parto, a importância do planejamento familiar e a contracepção puerperal, a realização de exame citopatológico, a importância das consultas puerperais e cuidados com o recém-nascido.

As atividades em grupo é uma das estratégias para implementar a educação em saúde no acompanhamento do pré-natal no Programa da Saúde da Família pelo profissional enfermeiro na atenção e cuidado integral à mulher gestante. Através de grupos de gestantes,

experiências são compartilhadas e dialogadas e as informações são trocadas de forma que contemplem suas necessidades, garantindo-as a satisfação do cuidado prestado.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

O termo representações sociais designa além do conjunto de fenômenos, o conceito que os engloba e a teoria construída para explica-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociais. A cunhagem desse termo e, portanto, a inauguração do campo devem-se ao psicólogo social francês, romeno de nascimento, Serge Moscovici (SÁ, 2015).

A publicação, na França, em 1961, do livro *La psychanalyse, son image et son public*, de Serge Moscovici (1976), é considerado como marco de inauguração do campo de estudos das representações. O conceito e a teoria que residem nesse campo estão prestes a completar meio século de presença na psicologia social. A partir da tradição da sociologia do conhecimento, o autor começava então a desenvolver o que ele chamou de uma psicossociologia do conhecimento (SÁ, 2015; JESUÍNO, 2011).

O conceito de “representações sociais” teve sua origem numa tentativa de recuperação e atualização do conceito de “representações coletivas”, devido a E. Durkheim. Assim, Moscovici inicialmente com um conceito abrangente e estritamente sociológico, gerado no início do século, que englobava as religiões, a ciência e as noções de espaço e tempo, todas as quais sendo construções coletivas da sociedade, eram concebidas como externas e autônomas em relação aos indivíduos, a estes se impondo coercitivamente. Com cinquenta anos depois, Moscovici deu-lhe e, entretanto, uma feição mais condizente com a realidade social contemporânea, na qual a religião e a ciência perderam seu status unificado e estabilizador das relações sociais e na qual os meios de comunicação de massa passaram a promover uma ampla e diversificada socialização de todas as formas de conhecimento (SÁ, 2015).

O conceito de representações coletivas serviu para Moscovici empreender sua tarefa de análise das teorias ingênuas da realidade. Elas são construídas pelas pessoas para interpretar um contexto cada vez mais complexo, devido aos meios de comunicação de massa, aos sistemas urbanos e à vida moderna sofisticada pelos grandes avanços tecnológicos que

adentram na vida cotidiana de todos, como os computadores. No entanto, o conceito de Durkheim, imbuído de um forte sociologismo, resulta insuficiente para explicar o sentido comum desenvolvido pelos sujeitos sociais de maneira individual (ALBA, 2011).

As representações sociais aparecem como forma de conhecimento de saber de senso comum, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que colabora para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2011).

A TRS surge como orientação alternativa à corrente cognitivista “oficial” da Psicologia Social”, com o propósito de oferecer outros caminhos para o estudo tradicional dos fenômenos sociais e psicossociais. No entanto, a TRS compartilha alguns pressupostos comuns, como: radical anti-positivismo, em favor do reconhecimento do ser humano como agente parcialmente autodeterminado e da dimensão constitutivamente hermenêutica dos fenômenos sociais; grande importância à linguagem e aos significados que enfatizam a racionalidade prática do comportamento e estão interessadas nos processos da vida cotidiana; as práticas científicas não transcendem o plano das produções humanas; a importância atribuída à ação humana, à natureza dialética da realidade social, à perspectiva construtivista, à natureza social do conhecimento científico (PALMONARI, CERRATO, 2011).

A TRS foi formulada como alternativa à maneira dominante de conceber a psicologia Social e o comportamento humano, propondo-se, deliberadamente por Moscovici, como uma nova abordagem para o comportamento humano no seio de uma sociedade ocidental dominada pelo conhecimento, pela comunicação de massas, a globalização e a crescente complexidade. Na sociedade pós-moderna, o velho paradigma da Psicologia Social, que diferencia como algo separado a dicotomia sujeito-objeto, e se baseia no método experimental como método por excelência, deixou de ser útil para explicar adequadamente o comportamento humano e responder as suas reais necessidades (PALMONARI, CERRATO, 2011).

Philogene (2011) distingue a TRS de outras abordagens da psicologia social em dois pontos: Primeiro, quebrou as barreiras da tradição existente e recorreu sistematicamente ao senso comum para entender a sociedade, oferecendo, assim, visão mais dinâmica da vida social, em constante fluxo e mudança. Segundo, por ser uma teoria aplicável a um largo espectro de situações concretas, viabilizou enfoques de aspectos-chaves da vida moderna, permitindo uma interação não só com antropólogos, mas inclusive com estudiosos de outros estudos sociais.

Além de conceituar as representações sociais como um fenômeno que emerge caracteristicamente nas sociedades contemporâneas, diferentemente das representações coletivas, Moscovici conferiu-lhes um caráter essencialmente psicossocial, na medida em que as tomou como resultado de uma construção social realizada pela interação entre membros de grupos na vida cotidiana (SÁ, 2015).

A representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Designada como senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada do conhecimento científico. No entanto, é considerada como um objeto de estudo tão legítimo quanto este devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2011).

A representação, segundo Moreira e Jesuíno (2003) torna possível a reconstrução do real através da interpretação dos elementos constitutivos do meio ambiente, em uma dimensão ordenada e significativa para os membros de uma determinada comunidade. Esta interpretação da realidade é traduzida em um conjunto lógico do pensamento que vai constituir a visão de mundo para uma certa coletividade.

Representação social é o meio pelo qual os seres humanos representam objetos de seu mundo. Portanto, por seu aspecto “representação do objeto”, o conceito de representação social participa do conceito de cognição e apela à filosofia do conhecimento, à epistemologia, às ciências cognitivas. Sendo a representação um processo psíquico, o conceito refere-se à análise dos processos mentais que tratam da percepção e da representação mental de objetos materiais e sociais (LAHLOU, 2011).

As representações sociais, entendidas como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado, tem em seu bojo a ideia de um conhecimento construído por um sujeito ativo em íntima interação com um objeto culturalmente construído, que manifesta as marcas tanto do sujeito como do objeto, ambos inscritos social e historicamente (TRINDADE, SANTOS, ALMEIDA, 2011).

seu objeto, que resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do objeto. Esta atividade pode remeter a processos cognitivos, assim como a mecanismos intrapsíquicos, em que o sujeito é então considerado de um ponto de vista

psicológico. A particularidade do estudo das representações sociais é o fato de interagir na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais, do sujeito (JODELET, 2011).

Moscovici (2012) destaca como funções das RS a orientação e o saber das comunicações, as quais favorecem a opinião do sujeito a um objeto confrontado e guiam suas atitudes, seus comportamentos e suas práticas. Abric (2001) acrescentou ainda duas funções às representações, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais. A função **identitária**, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e a função **justificadora**, que permite aos atores expressarem, manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre os grupos.

As representações sociais são, dessa forma, conhecimentos do senso comum, construídos e mobilizados nos universos consensuais, que diversas vezes consistem em transformações operadas sobre informações oriundas dos universos reificados. Tais representações são construídas através de dois processos basilares: “ancoragem” e objetivação”. Se acrescenta que tais processos são subordinados por Moscovici a um princípio básico que ele sintetiza como “ a transformação do não familiar em familiar” (ALMEIDA, SANTOS, TRINDADE, 2011; MOSCOVICI, 2012; SÁ, 2015).

Moscovici preocupava-se em erigir o conhecimento do senso comum em objeto legítimo de estudo da psicologia social, porque argumentava que tal de forma de saber e de “pensamento natural” que orienta a maior parte das comunicações e comportamentos na vida cotidiana. Assim, no processo de formação das representações sociais, o pensamento conceitual operaria no sentido de “ancorar” os objetos num sistema de conhecimentos preexistente, ao passo que atividade perceptiva trataria de “objetivar” as noções abstratas que lhes são inerentes numa figura quase concreta (SÁ, 2015).

A gênese de uma representação social implica em uma atividade de transformação do não familiar em familiar, de um saber (saber científico – a psicanálise), em outro saber (um saber do senso comum). Moscovici elaborou dois conceitos para explicar como se processa essa atividade. A **objetivação** torna concreto aquilo que é abstrato, transformando um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico. A **ancoragem** corresponde à incorporação ou assimilação de novos elementos de um objeto em um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos, e que lhes estão facilmente

disponíveis na memória. A ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o em função dos laços que este objeto mantém com sua inserção social (ALMEIDA, SANTOS, TRINDADE, 2011).

De acordo com Moscovici (2012), não é fácil transformar palavras não familiares, ideias ou seres, em palavras usuais. Por isso, faz-se necessário dar-lhes uma feição familiar, pôr em funcionamento dois mecanismos: ancoragem e objetivação. O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, coloca-las em um contexto familiar. Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias. O objetivo do segundo mecanismo é objetiva-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está em mente em algo que exista no mundo físico.

Segundo Sá (2015), a função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, “naturalizá-lo”, foi chamado de “objetivar”. A função de duplicar a figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível a objeto, interpretá-lo, foi chamada de “ancorar”.

A noção de representação segue a linha do pensamento conceitual, capaz de se aplicar a um objeto não presente, de concebê-lo, e, portanto, dar-lhe um sentido, simbolizá-lo; e recuperar esse objeto, dar-lhe uma concretude icônica, figura-lo, torna-lo “tangível” (SÁ, 2015).

As representações são imersas em um movimento contínuo das incessantes e infatigáveis ondas de comunicação. Elas circulam nos discursos em que dançam as palavras numa coreografia de ideias e de imagens, que se materializam nas condutas. O conjunto de mensagens é organizado cognitivamente, conforme as diferentes modalidades de comunicação, sendo como indutores das representações: a difusão, a propagação e a propaganda. A **difusão** é caracterizada por uma indiferenciação entre a fonte e o receptor da comunicação. Essa noção é reatada à acepção de opinião, já que evoca numa certa descontinuidade e contradição dos temas, tendo como resultados a instabilidade e a fluidez das posições assumidas pelos atores sujeitos à difusão. A **propagação** exige, por sua vez, uma organização complexa das mensagens. Essa modalidade dispõe de uma crença a propagar, enquanto se esforça para acomodar outros saberes ao se quadro de pensamento; tem propriedades semelhantes às do conceito de atitude, que é traduzida como organização

psíquica que tem uma relação com um objeto, manifestando-se através de um comportamento global. A **propaganda** é uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas e que tem por objetivo engendrar a ação relativa à “representação que ele se faz do objeto do conflito” (NÓBREGA, 2003; DOISE, 2011).

Vale ressaltar, ainda, que a TRS mostra-se apropriada para estudos no campo da saúde, e, conseqüentemente, com o presente estudo. Oliveira (2011) afirma que para a compreensão do processo de cuidar em saúde faz-se necessário reconhecer a maneira como os agentes definem os contornos e a dimensão das demandas do cuidado, na mediação da sociedade e saúde, despertando no profissional a consciência de responsabilidade dentro desse contexto. Reconhece-se, dessa forma, que é necessário investir em novos princípios de racionalidade, possibilitando o acesso ao espaço das representações, dos significados, de novas possibilidades de interação interpessoais e de reconhecimento do mundo. Para isso, no entanto, é imprescindível que o profissional de saúde tenha a capacidade de observar e de ouvir, reelaborando conceitos e descrições, a partir de discursos e dos gestos.

Dessa forma, os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, sejam os profissionais de saúde ou os clientes, são vistos como atores que constroem e negociam continuamente arranjos sociais, através da vivência e das representações que criam nas relações cotidianas. Como parte dessa negociação, encontram-se as necessidades de saúde diferentemente concebidas e representadas por uns e por outros (OLIVEIRA, 2011).

A TRS é apropriada em processos de prática assistencial, o que confirma e fortifica a escolha da teoria a ser utilizada com a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).. No campo da saúde, a TRS condiciona a pesquisa a sua utilidade para a prática institucional, para as práticas profissionais e do senso comum, e está mais voltada para o aproveitamento seletivo de orientações teóricas relevantes como orientadoras das práticas. Constituindo as RS conhecimentos compartilhados no âmbito de uma população, torna-se possível relativizar a dicotomia clássica entre “agentes que sabem” e pacientes que não sabem”, ensejando uma adequada potencialização do conhecimento e da responsabilidade grupais na determinação das ações de cuidado e de promoção da saúde (OLIVEIRA, 2011). Diante do exposto, as representações sociais das gestantes acompanhadas em consultas de pré-natal em UBS subsidiarão as práticas assistenciais do enfermeiro através da educação em saúde em grupo de gestantes. O conhecimento do senso comum permitirá ao enfermeiro conhecer as reais

necessidades dessas mulheres para o cuidado no período gravídico-puerperal, para, a partir de então, atuar na resolução de problemas e introduzir mudanças na prática assistencial.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi elaborada pelas pesquisadoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, enfermeiras brasileiras e reconhecidas pela competência no campo da saúde e da educação em enfermagem e por suas fiéis dedicações em prol da investigação como instrumento para promover mudanças e aumentar a qualidade do processo de cuidar nos diferentes contextos em que a enfermagem atua (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA nasceu inspirada no testemunho de que é viável prestar assistência qualificada pela análise de pensamentos teóricos e estudos desenvolvidos com teorizações em práticas assistenciais. A caracterização da PCA como abordagem metodológica se acomoda em bases político-sociais e pretende mostrar a socialização desse modelo investigativo de abordagem intersubjetiva contrapondo-se ao sujeito-objeto, condição mais comum em pesquisas tradicionais, as quais revelam a relação verticalizada entre pesquisadores e participantes da pesquisa (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2016).

A PCA possui os seguintes princípios básicos: **Dialogicidade**, que possibilita a compreensão da existência de 2 lógicas (assistência e pesquisa); **Expansibilidade**, que nos permite expandir os objetivos durante o processo (a pesquisa não é estática); **Interfacialidade**, uma vez que gera mudanças na prática assistencial diante das questões investigativas e vice-versa; **Imersibilidade**, pois insere o pesquisador como parte da assistência visando à produção de mudanças compartilhadas; e **Simultaneidade**, na medida em que garante que tanto a pesquisa, quanto a assistência mantenham suas configurações de instâncias próprias (PAIM; TRENTINI, 2014).

A PCA caracteriza-se como um delineamento dual: por um lado, propõe o desenvolvimento de conhecimento tecnológico para minimização de problemas, introdução e mudanças na prática assistencial e, por outro, requer a inserção do pesquisador na assistência (PAIM; TRENTINI, 2014).

A PCA mantém uma estreita relação com a prática assistencial com o propósito de encontrar alternativas para solucionar problemas, realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação (TRENTINI, M.; BELTRAME, V., 2006). Na presente pesquisa, a prática assistencial consubstanciar-se-á por meio da

implementação de um Grupo de Gestantes em uma UBS no município de Caucaia com a utilização da educação em saúde.

A PCA constitui-se em um instrumento útil no que se refere à educação em saúde para usuárias na construção de conhecimentos para a compreensão de suas problemáticas e com a descoberta de estratégias para minimizá-las ou até mesmo solucioná-las (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas para minimizar ou solucionar problemas renovando práticas para a maximização de situações favoráveis, o que requer o comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida diariamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (PAIM; TRENTINI, 2014).

Dessa forma, comprometo-me como pesquisadora e como enfermeira assistencial, através da “dança” da PCA, para a construção de novos conhecimentos embasados na Teoria das Representações Sociais (TRS) para a inovação das práticas de enfermagem no campo da pesquisa, em prol da qualidade do cuidado clínico de enfermagem à mulher gestante.

O processo investigativo da PCA, no campo da prática assistencial, incorpora ações de pesquisa e assistência, de modo a valorizar a concretização de pontos de convergência entre o saber teórico, predominante na pesquisa, e o saber prático, predominante na assistência. Tal convergência, no olhar da PCA, situa-se como uma configuração matriz da existência de fenômenos sociais a serem investigados realidade emergente do campo assistencial (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2016).

A PCA tem a propriedade de “dança” com a prática assistencial que se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática assistencial, de modo a criar espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência (TRENTINI, PAIM, 1999, 2004, 2014).

Esse fenômeno produzido pela existência complexa de movimentos assistenciais e de pesquisa, teoricamente, como uma “dança” orquestrada entre si, por distanciamentos e aproximações, descrevendo pontos de articulação predispostos a refinamentos da assistência, pontos estes de entrecruzamento pesquisa-assistência que perfazem um conjunto consistente

de pontos que dão lugar a uma dialogicidade produtora de convergência (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

Jovchelovitch (2011), fala da importância do distanciamento em um campo, embora muito difícil, para que o Outro que queremos compreender possa ser melhor reconhecido e possa falar com sua própria voz. O distanciamento é necessário exatamente porque o entendimento do viés do pesquisador, preconceitos e projetos pode contribuir para uma melhor aproximação. Sem a capacidade de retroceder e se distanciar da situação, a própria atividade de ouvir fica comprometida. No campo da psicologia, o manejo da tensão entre distanciamento e participação é central para a eficácia das pesquisas intervencionistas, ao objetivo de produzir reflexão crítica e à ampliação dos parâmetros de todos os saberes vinculados ao processo.

Vale salientar, que o envolvimento do pesquisador como cuidador e pesquisador nas atividades profissionais do local do estudo é uma das peculiaridades da metodologia convergente- assistencial que carece de rigor no seu cumprimento criterioso. O seu envolvimento cumulativo como pesquisador no trabalho assistencial e com os participantes do estudo daquele local é fundamental para o desenvolvimento do processo de construção da pesquisa, de modo que os dados emergentes da prática assistencial possam ser reconhecidos e haja possibilidades de acontecer o real envolvimento dos participantes da pesquisa. Portanto, o contato com o contexto assistencial de desenvolvimento da pesquisa precisa ser prévio e originar a questão de pesquisa. O pesquisador não pode chegar ao contexto de pesquisa com o problema de pesquisa pronto; este carece emergir da prática (PIVOTO et al, 2013).

A PCA apresenta como vantagens a disponibilidade de seus resultados na forma de novas práticas teorizadas no cenário assistencial, onde acontece a investigação; participação do pesquisador em apoio à prestação de serviços assistenciais ao lado da equipe local; o conhecimento produzido pela PCA pode ser considerado um bem público de cooperação social, por agregar valor à sociedade. Diante disso, a PCA configura-se como referencial metodológico de grande relevância para a prática assistencial de enfermagem, baseada em concepções teóricas, propiciando o reconhecimento da comunidade científica (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa foi de natureza qualitativa e do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Buscou-se apreender as representações sociais das gestantes em relação à gravidez. Trata-se de uma pesquisa de campo onde os fenômenos a serem pesquisados acontecem.

A pesquisa qualitativa não se restringe a organizar, de modo simplista, citações literais unidas às falas de sujeitos que responderam a questionários nem sempre bem elaborados. A pesquisa qualitativa deve buscar no fenômeno investigado os seus significados para aquela pessoa ou grupo, as representações psíquicas e sociais e os constructos simbólicos das mesmas (SILVA; ASSIS, 2010).

5.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Esta fase consiste em traçar os procedimentos metodológicos: escolha do espaço do estudo, escolha dos participantes e escolha das técnicas de para obtenção e análises dos resultados (TRENTINI; PAIM, 2004).

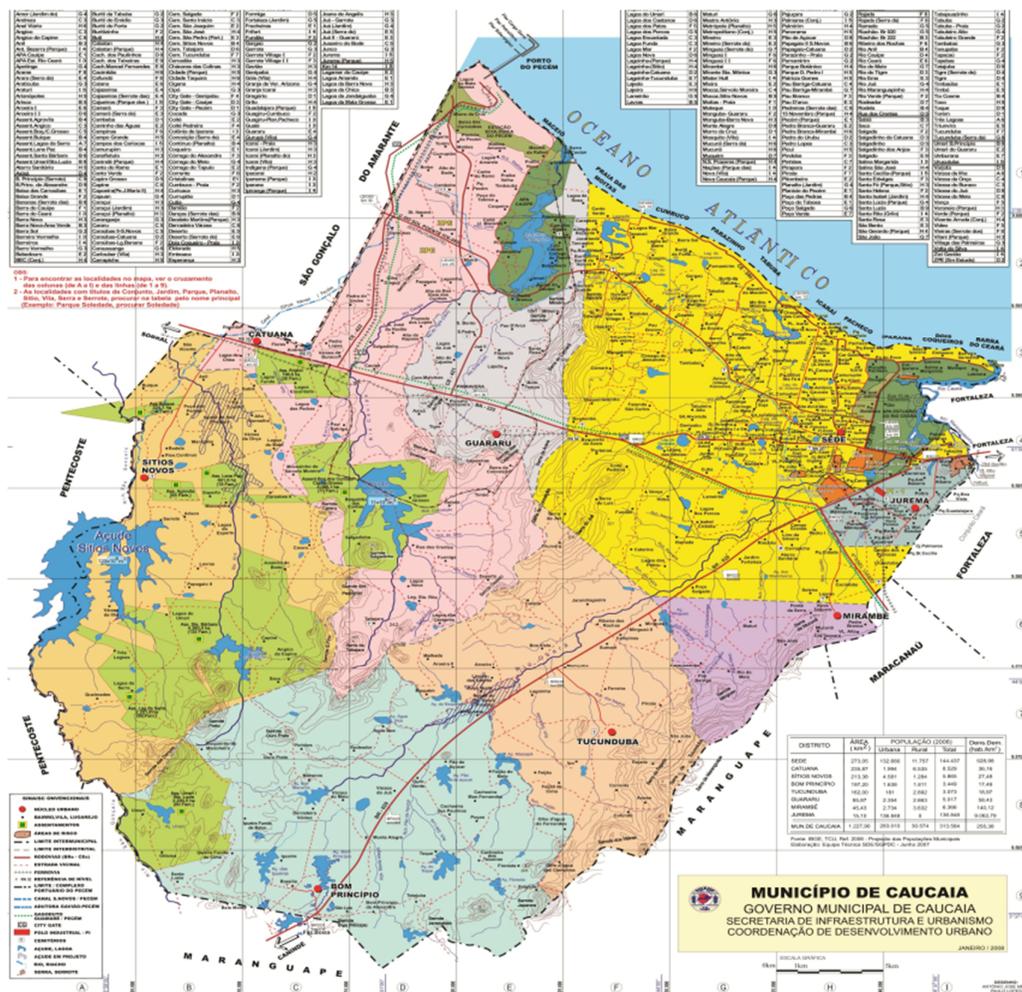
Segundo Rocha; Padro e Silva (2012), a fase de instrumentação corresponde ao momento de definição dos modos de práticas assistenciais e ações de cuidado a serem implementados, ou, seja, ao momento em que a metodologia do modelo de cuidado é desenhada.

5.3 ESPAÇO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa abrangeu uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Caucaia-CE. A escolha da UBS do referido município se deu por ser o local em que trabalho como enfermeira assistencial, realizando consulta de pré-natal e acompanhando as mulheres em todo o período gravídico-puerperal.

De acordo com Trentini e Beltrame (2006), a PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática. Portanto, a pesquisadora deve estar disposta a inserir-se nas ações práticas de saúde no contexto da pesquisa durante o seu processo.

Mapa 1 – Município de Caucaia



Fonte: Prefeitura de Caucaia

O município de Caucaia, com uma área de 1.227.895 km², é parte da região metropolitana da cidade de Fortaleza. Está localizada à 16,5 km da capital, tendo como vias de acesso são a BR-020 e CE-085. Além de Fortaleza, Caucaia faz limite com os seguintes municípios: Maracanaú, Maranguape, Pentecoste e São Gonçalo do Amarante. O município de Caucaia tem população de 349.526 habitantes, segundo senso de 2014.

Em relação à Atenção Básica de Saúde, o município divide-se em seis distritos sanitários: Sede, Praia, Sertão I (BR 222), Sertão 2 (BR-020 e Metrôpole), Jurema I e Jurema

II, sendo composta por 76 equipes de saúde da família, 50 equipes de saúde bucal e 06 equipes de NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família). O cenário da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde Afonso de Medeiros, no Bairro Tabapuá, localizado no Distrito VI (Jurema 2) do município. A UBS é composta de somente uma equipe de PSF e tem, aproximadamente, 2.300 famílias cadastradas. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas agentes administrativas, um porteiro e dois vigias noturnos.

5.3.1 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa atenderam os seguintes critérios de inclusão: gestantes acompanhadas pelo Pré-natal da referida UBS e que residissem na área de abrangência da Unidade, e em qualquer período gestacional. Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes: participantes com déficit cognitivo e auditivo, além de transtornos mentais que pudessem impedir a participação da pesquisa.

A UBS estava com 13 gestantes cadastradas. Todas as gestantes acompanhadas pela UBS foram convidadas a participar de todas as etapas da pesquisa. Inicialmente, participaram da pesquisa as 13 gestantes. No entanto, tivemos perdas de 2 gestantes antes do início do grupo de convergência (2ª etapa da pesquisa): uma por mudança de endereço e, por conseguinte, área de abrangência do cenário do estudo; e a outra, porque pediu para sair da pesquisa, declarando não ter tempo para participar dos encontros. Diante das perdas, o estudo contou com a participação de 11 gestantes.

A PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, já que não valoriza o princípio da generalização. Esse princípio significa que os resultados da pesquisa são válidos para toda a população da qual foi retirada a amostra. Portanto, na pesquisa convergente assistencial a escolha da amostra valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações (TRENTINI; PAIM, 1999). Tratando-se de uma PCA em que o pesquisador desenvolve investigação e assistência ao mesmo tempo, a amostra do estudo geralmente é pequena, pois deverá estar coerente com as condições do espaço e da dinâmica do espaço assistencial. (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.3.2 Instrumentos e Técnicas de coleta de dados

Inicialmente, na consulta pré-natal de cada gestante ou mesmo durante visita domiciliária, foi explicada a pesquisa às gestantes para que a mesma autorizasse a sua participação no estudo. Nesse primeiro encontro, mediante a aceitação das participantes e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelas maiores de idade e Termo de Assentimento pelas menores de idade, após autorização de seus responsáveis, iniciou-se a coleta de dados. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada em profundidade para traçar perfil obstétrico e sócio-familiar e, para apreender as representações sociais das gestantes em relação à gravidez, além de identificar as necessidades informacionais em relação aos cuidados inerentes ao período gravídico-puerperal. Dentre as participantes do estudo, 10 estavam na consulta de pré-natal e 1 na ocasião da visita domiciliária. Nesse mesmo dia, a gestante já levou o agendamento do primeiro encontro do Grupo de gestantes onde foi utilizado o Método de Grupo de Convergência, no decorrer de todos os encontros, e o Método de Círculo de Cultura de Paulo Freire como referencial metodológico para aplicação do grupo diariamente.

Os grupos de convergência têm sido bastante utilizados como instrumento e técnica de coleta de dados e assistência nas pesquisas de PCA e tem como finalidade desenvolver pesquisa simultaneamente com a prática assistencial em educação para saúde ou na prática clínica (TRENTINI, GONÇALVES, 2000).

O método de círculo de Cultura tem uma abordagem inovadora, que fornece aos profissionais a oportunidade de proporcionar educação em saúde de forma dialogada, com a participação através da fala e das ações dos sujeitos inseridos na prática (FREIRE, 2007). Os diálogos estabelecidos nos Círculos de Cultura objetiva o conhecimento de forma ampla, empoderando o sujeito social e politicamente. (BOEHS et al, 2007).

O uso da palavra “círculo” decorre do lugar em que todos se posicionam no encontro e nos significados que assumem. O círculo presume um espaço em que todos ensinam e aprendem, e que a fala tem a liberdade de expressão, estabelecida por meio do diálogo aberto à escuta do outro (FREIRE, 1980).

O Círculo de Cultura é um espaço em que dialogicamente se ensina e se aprende, sem que haja uma transferência de conhecimento, mas a construção do saber do educando com hipóteses do seu senso comum em relação ao mundo (MARINHO, 2009).

O círculo de cultura é formado pelo coordenador animador, no caso desse estudo a enfermeira-pesquisadora, que coordenou de forma não diretiva, animando o trabalho orientado da equipe, além dos demais componentes que participaram ativamente em todos os momentos do Grupo de convergência. O coordenador estimula a fala de todos, criando um clima de confiança e simpatia, possibilitando um ambiente mais dinâmico e produtivo (MARTINS, 2009; MARINHO, 2009).

Diante do exposto, acredita-se que grupos de gestantes, utilizando-se do método do grupo de convergência e com a dialogicidade proposta pelo Círculo de Cultura de Paulo Freire, para a implementação da educação em saúde como prática assistencial de enfermagem no pré-natal atendeu às expectativas da pesquisa.

5.4 FASE DE PRESCRUTAÇÃO

A fase de perscrutação é uma estratégia para obtenção de informações (PAIM, TRENTINI, 2014). Inclui a coleta e o registro dos dados, que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aprimoramento do cuidado prestado pela Enfermagem (ROCHA; SILVA; PADRO, 2012).

Nessa fase, o pesquisador está duplamente comprometido: primeiramente, com o desenvolvimento do conhecimento técnico e sua imediata aplicação, a fim de introduzir inovações e mudanças no contexto da prática assistencial no qual está imerso de acordo com as necessidades, e em segundo, com o desenvolvimento teórico referente à prática assistencial proposta (PAIM, TRENTINI, 2014).

Atendendo as orientações das autoras da PCA, a coesão do grupo de gestantes foi alcançada, percorrendo um processo contendo quatro fases, o qual foi nomeado de “O Processo dos Quatro Erres” (Rs): 1 – Fase de reconhecimento; 2 – Fase de revelação; 3 – Fase de repartir; e 4 – Fase do repensar (TRENTINI, 2014). Em cada fase citada, foi utilizado o Círculo de Cultura de Paulo Freire como referencial metodológico.

Fase do reconhecimento – Nessa fase, intitulada de **Vivenciando a gravidez** iniciou-se o primeiro dia do Grupo de gestantes, em que as participantes se conheceram e foi

apresentada a elas a finalidade dos encontros. Nesse primeiro encontro, para o conhecimento e interação entre as participantes, foi utilizada a seguinte pergunta norteadora: Como você se sente enquanto gestante? Inicialmente, foram validados de forma dialógica e interativa os recortes das entrevistas individuais que respondiam a referida pergunta norteadora. Para a resposta da pergunta que norteou o primeiro grupo, foram entregues folha de papel ofício branco, caneta hidrocor, lápis cera e lápis de cor para elas se desenharem enquanto gestantes. Depois, foi solicitado que cada uma, individualmente, apresentasse ao grupo, explicando o seu desenho. Essa fase possibilitou a apreensão das representações sociais das gestantes sobre a gravidez.

Para coleta de dados dessa fase do grupo de convergência, utilizou-se a técnica dos Desenhos-estórias com tema (PDE-T) que é uma adaptação do procedimento original criado em 1972 por Walter Trinca e que foi desenvolvida por Aiello-Vaisberg (1995). É uma técnica que facilita a expressão da subjetividade e também permite a investigação de qualquer tema, podendo ser aplicado em qualquer faixa etária, individualmente ou em grupo (PRUDENCIATTI; TAVANO, 2013).

O PDE-T consiste em solicitar à participante do estudo um desenho especificado em termos temáticos e, em seguida, pedir-lhe que conte uma estória sobre o que desenhou. Estas produções favorecem a elaboração de experiências relacionadas ao tema, por meio de articulações simbólicas (AIELLO- VAISBERG, 2004).

Para a aplicação do PDE-T no estudo utilizou-se o estímulo indutor: “Como você se sente como gestante?”. A técnica aplicada no estudo permitiu a compreensão da subjetividade das mulheres enquanto gestantes com a expressão de seus sentimentos e simbolizações em relação à gravidez de forma lúdica. Vale salientar, que os resultados do PDE-T do estudo passou por apreciação de uma psicóloga.

Fase da revelação – Essa fase, intitulada **Cuidado no período Gravídico-puerperal**, realizou-se no segundo encontro. Nessa fase, as participantes se identificaram com as outras gestantes através da troca de experiências em comum relacionadas, desvelando os saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez e os cuidados inerentes ao ciclo gravídico-puerperal, proporcionando-as maior confiança no grupo. Inicialmente, nessa fase foi realizada a validação dos recortes das entrevistas em profundidade realizadas anteriormente, que respondessem a seguinte pergunta norteadora: Quais as dúvidas, anseios e dificuldades em relação ao cuidado durante a gravidez, parto e pós-parto? Essa fase permitiu a decisão de

assuntos que foram abordados na próxima fase de acordo com as necessidades informacionais das participantes.

Fase do repartir – Foi realizada a prática assistencial de enfermagem com a educação em saúde de forma dialógica e participativa, onde foram abordadas as temáticas de acordo com as necessidades informacionais das gestantes, de forma que houve a participação das gestantes com indagações e trocas de experiências. Esta fase foi composta por três encontros para atender a necessidades das gestantes. Para a realização da educação em saúde foram utilizadas tecnologias de cuidado educativas como, por exemplo: álbuns seriados, cartilhas, vídeos, recursos áudios visuais, dentre outros. Esses instrumentos tecnológicos foram escolhidos de acordo com as decisões dos assuntos relacionados na **Fase da Revelação**.

Fase do Repensar – Esta fase se caracterizou pela reflexão sobre as implicações do problema em questão e a possibilidade de transferência para a vida real do que foi compartilhado e apreendido nos encontros. Foi solicitado ao grupo de gestantes a refletirem sobre a importância da educação em saúde como ferramenta utilizada pelo enfermeiro no pré-natal, e como os conhecimentos apreendidos irão influenciar na sua vida no período gravídico-puerperal. Essa fase permitiu avaliar as contribuições da educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal e para o empoderamento das mulheres para o cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

O planejamento de todas as fases da pesquisa está apresentado na Figura 1 a seguir, onde foi respeitada a propriedade da “dança da PCA”. Foram revelados movimentos de aproximação da pesquisadora com o cenário e com as participantes da pesquisa, de distanciamento para a análise e teorização dos dados e de convergência com a prática assistencial com a educação em saúde no pré-natal, de modo a criar espaços de superposição entre a pesquisa e a assistência.

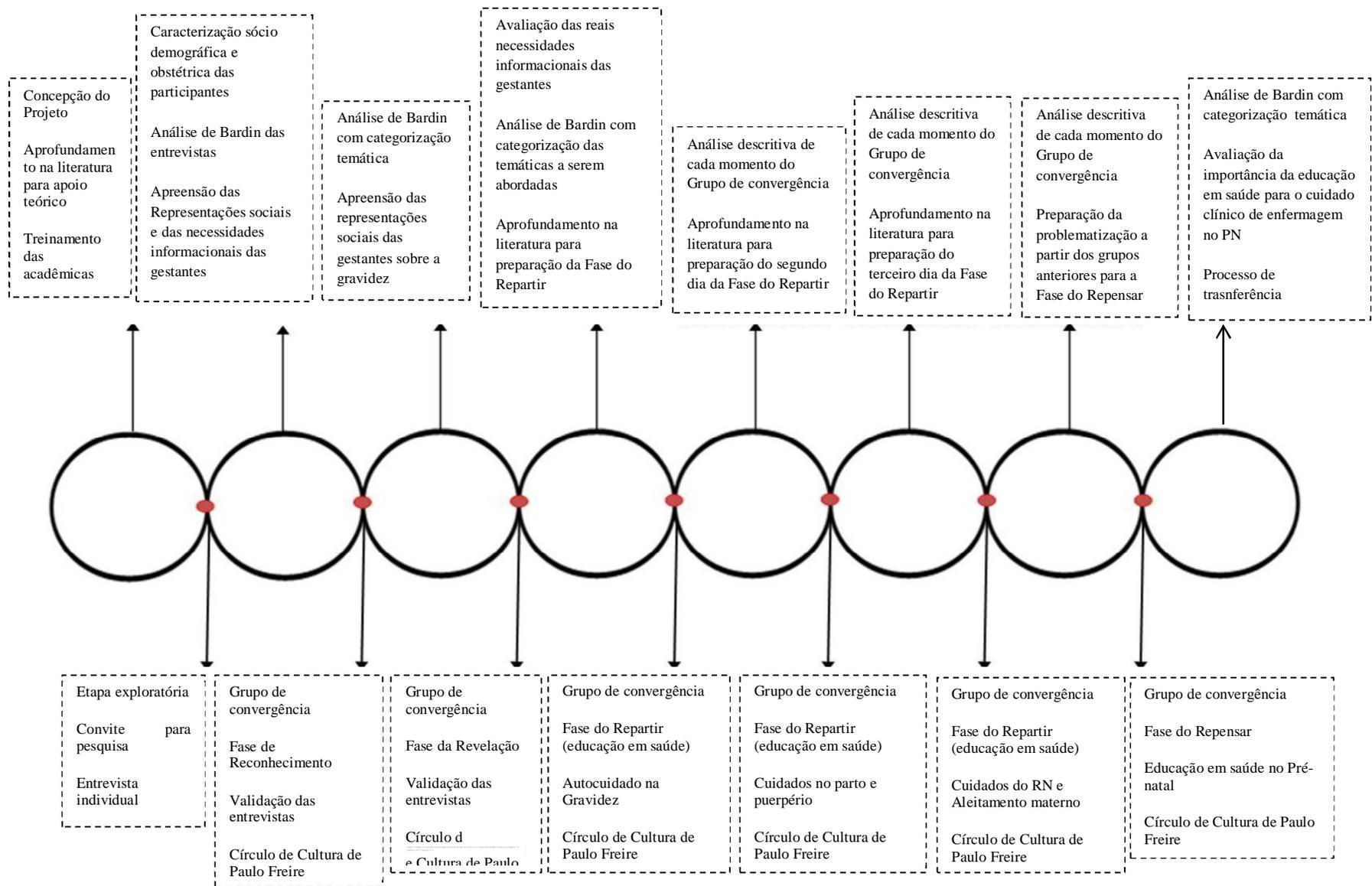
As informações adquiridas a partir da entrevista semiestruturada em profundidade e os discursos das participantes do Grupo de gestantes foram gravadas, com a autorização das participantes, e transcritas para posterior análise. Os aspectos não verbais foram registrados em diário de campo e os desenhos foram fotografados. Os dados sócios demográficos e obstétricos das gestantes foram registrados em quadros e analisados de forma descritiva e analítica para caracterização das participantes do estudo.

Para a aplicação do Método do Grupo de Convergência com o Grupo de gestantes houve a participação de duas acadêmicas de enfermagem, as quais auxiliaram a coordenadora (enfermeira pesquisadora) na gravação dos discursos, registros dos aspectos não verbais, além da preparação e condução de cada momento conforme Círculo de Cultura. As acadêmicas foram orientadas e treinadas antes do início da pesquisa, e após cada Fase do Grupo de Convergência foram reunidas para preparação da fase posterior.

Portanto, o estudo foi dividido em duas etapas: a primeira, a etapa exploratória com a entrevista semi-estruturada individual e em profundidade, e a segunda, a aplicação do “Processo dos Quatro Erres” da PCA.

A Figura 1 a seguir representa um resumo dos momentos de convergência e distanciamento de acordo com a Pesquisa Convergente Assistencial.

Figura 1 - Resumo dos momentos de convergência e distanciamento de acordo com a Pesquisa Convergente Assistencial. Adaptação de Nogueira, 2012. Fortaleza, 2017.



Fonte: elaborada pela autora

5.5 FASE DE ANÁLISE

A análise das informações consiste em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Vale ressaltar que as fases de perscrutação, instrumentação e análise são descritas separadamente por questões didáticas, no entanto, elas estão imbricadas.

A **apreensão** consiste no primeiro estágio da análise e inicia com a coleta dos dados. Na PCA, o pesquisador coleta dados durante sua assistência; portanto, a pesquisa e a assistência, neste caso, são ações complementares (TRENTINI, 2014).

Para análise das entrevistas, utilizou-se o método da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

No **processo de síntese** consiste em reunir elementos diferentes, concretos e abstratos, e fundi-los num todo coerente. A síntese deve revelar dados essenciais para o desvelamento do fenômeno (TRENTINI, 2014). No estudo, a síntese foi subsidiada com o método de análise de conteúdo de Bardin para as entrevistas semi-estruturadas, a Fase de reconhecimento, a Fase da revelação e a Fase do repensar. Para a Fase do Repartir, na qual foi realizada a educação em saúde com cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, a síntese foi descritiva. Posteriormente os dados foram submetidos ao processo de teorização.

Na pré-análise, as entrevistas e os diálogos surgidos das problematizações das Fase de Reconhecimento, Fase da Revelação e Fase do Repensar do Grupo de Convergência foram transcritas após a leitura das gravações, garantindo fidedignidade às verbalizações coletadas. A análise iniciou com a reunião de todos os diálogos de cada fase para a constituição do *corpus* e leituras flutuantes. Em seguida, foi realizada uma leitura mais detalhada para aprofundamento do conteúdo a ser analisado de acordo com o objetivo de cada fase do grupo de convergência. Depois de identificadas as unidades de análise que expressassem o fenômeno, foram estabelecidas a codificação e a decomposição do *corpus* e o agrupamento do material em subcategorias e categorias.

Após a emergência das categorias, as análises das entrevistas individuais e da Fase do reconhecimento foram comparadas e discutidas à luz da Teoria das Representações

Sociais, já que essas fases objetivam a apreensão das representações das gestantes, que servirão de subsídio para o cuidado clínico de enfermagem através da educação em saúde.

No **processo de teorização** possibilita-se a produção de previsões do fenômeno investigado que leva a denominação de teoria. Na pesquisa, no processo de teorização, buscou-se interpretar tais categorias, com base no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS).

No último processo da análise, a **transferência**, consiste na possibilidade de contextualizá-los em situações similares com a intenção de transmiti-las e de socializá-las. A transferência no presente estudo foi realizada na quarta fase do grupo de convergência (**Fase do Repensar**), de forma que a transferência se deu no mesmo cenário da assistência, e posteriormente, quando for transmitida a experiência a outros profissionais de enfermagem do município de Caucaia, a fim de ampliar os resultados para novas práticas que atingem a melhoria do cuidado clínico de enfermagem no pré-natal à gestante.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das maiores de idade ou, Termo de Assentimento pelas entrevistadas menores de idade, após autorização dos pais. O projeto obteve parecer favorável (ANEXO A) nº 1.579.648/2016 e CAAE 56081216.1.0000.5534 Do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Ademais, a Secretaria de Saúde Municipal de Caucaia emitiu anuência (ANEXO B) para utilizar a UBS como campo de pesquisa.

Mediante autorização da SMS de Caucaia e aprovação do CEP da UECE, foi realizado um contato inicial entre a pesquisadora e as gestantes durante a consulta do pré-natal na UBS ou nas residências das participantes, através de visita domiciliar. As participantes do estudo foram esclarecidas para compreensão e entendimento do estudo com seus objetivos, justificativas, assim como com a importância de suas contribuições. Foi assegurado às participantes o direito de entrarem e saírem da pesquisa no momento que quiserem, conhecerem os resultados da pesquisa e opinarem sobre eles após cada fase de exploração de dados. Foi garantido, ainda, anonimato dos nomes das gestantes,

sendo utilizados nomes fictícios para não haver identificação ou constrangimento por parte de quem forneceu os dados. A aceitabilidade implicou na assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento em duas vias, em que ficou uma com a participante do estudo, e outra com a pesquisadora.

Os riscos da pesquisa foram mínimos e a pesquisadora ficou atenta para resolvê-los. Os riscos da participação das gestantes foram: constrangimentos em expor suas opiniões e representações sociais, em ter seus desenhos fotografados e seu discurso gravado, além de sentir-se cansada e desinteressada. Para minimizar os riscos, a pesquisadora recebeu as participantes do estudo em um local reservado quando solicitado, foram utilizados a letra “G” com numeração para identificar os desenhos e entrevistas, garantindo a sua privacidade.

Os benefícios da pesquisa foram significativos para as gestantes participantes do estudo, já que suas representações sociais acerca da gestação e suas necessidades para o cuidado no período gravídico-puerperal foram expressas a fim de subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, utilizando-se a educação em saúde no Grupo de gestantes como ferramenta para tal. A pesquisa também beneficiará enfermeiros que atuam na assistência à gestante no pré-natal em uma unidade básica de saúde, que de posse das representações das gestantes poderão assistir de forma humanizada e singular cada gestante.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 ETAPA 1- ETAPA EXPLORATÓRIA

6.1.1 Levantamento de dados sócio demográfico e obstétrico das participantes do estudo

Evidencia-se que houve uma variação de idade de 15 a 42 anos, predominando a faixa etária entre 15-21 anos (5,5%), com menor frequência de idade entre 36-2 anos (9,09%). Com relação ao estado civil, a maioria tem união estável (54,55%), somente é solteira (9,09%) e 4 são casadas (36,36%).

Quanto à instrução, a maioria tem o fundamental (54,55%), 3 tem ensino médio (27,27%) e duas tem o superior incompleto (18,18%). Quanto ao trabalho remunerado, mais da metade (63,63%) possuía algum trabalho remunerado, seguida de 4 mulheres que não possuíam qualquer trabalho remunerado (36,36%).

As profissões exercidas por ordem de representatividade foram: vendedora (2), representante comercial (1), auxiliar de produção (1), cabeleireira (1), babá (1) e técnica de enfermagem (1).

Tabela 1 - Caracterização das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas. Caucaia-CE, 2016.

| Variáveis sociodemográficas | Frequência | % |
|-----------------------------|------------|-------|
| Idade | | |
| 15-21 | 05 | 45,45 |
| 22-28 | 04 | 36,36 |
| 29-35 | 01 | 9,09 |
| 36-42 | 01 | 9,09 |
| Estado civil | | |
| Solteira | 01 | 9,09 |
| União estável | 06 | 54,55 |
| Casada | 04 | 36,36 |
| Instrução | | |
| Fundamental | 06 | 54,55 |
| Médio | 03 | 27,27 |
| Superior incompleto | 02 | 18,18 |
| Trabalho remunerado | | |
| Sim | 07 | 63,63 |
| Não | 04 | 36,36 |
| Religião | | |
| Católica | 05 | 45,45 |

| | | |
|-------------------|----|-------|
| Evangélica | 06 | 54,55 |
| Raça | | |
| Branca | 02 | 18,18 |
| Parda | 09 | 81,81 |
| Total | 11 | 100 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Sobre o perfil obstétrico das gestantes do estudo, 7 (63,63%) eram multíparas e 4 (36,36%) eram primíparas; a maioria, no momento da entrevista individual, estava no segundo trimestre gestacional (63,63%) e estavam no primeiro semestre gestacional. Houve um número expressivo de gestantes que não planejaram a gravidez (81,81%). Em relação ao número de consultas de pré-natal, no momento da entrevista individual, 7 (63,63%) haviam feito somente uma consulta, somente 1 (9,09%) havia feito duas consultas, e três (27,27%) haviam feito três consultas de pré-natal.

Tabela 2 - Caracterização das participantes de acordo com as variáveis obstétricas. Caucaia-CE, 2016.

| Variáveis obstétricas | Frequência | % |
|-------------------------------------|-------------------|----------|
| Paridade | | |
| Primípara | 04 | 36,36 |
| Multípara | 07 | 63,63 |
| Trimestre gestacional | | |
| Primeiro | 04 | 36,36 |
| Segundo | 07 | 63,63 |
| Terceiro | 00 | 00 |
| Gravidez planejada | | |
| Sim | 02 | 18,18 |
| Não | 09 | 81,81 |
| Nº de consultas de Pré-natal | | |
| 01 | 07 | 63,63 |
| 02 | 01 | 9,09 |
| 03 | 03 | 27,27 |
| Total | 11 | 100 |

Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2 Apreensão das Representações sociais e levantamento das necessidades informacionais das gestantes

A análise de conteúdo das entrevistas individuais resultou em três categorias temáticas e dez subcategorias, conforme Quadro 1. A primeira categoria traz a Descoberta da gravidez, através da qual as representações das gestantes foram ancoradas na realização de um sonho, na benção de Deus e nos medos e inseguranças. A

segunda categoria, apresentando-se como a mais representativa numericamente, refere-se à gravidez como um estado de mudanças, dentre elas as modificações físicas e psicológicas, na constituição familiar e na responsabilidade da gestante em relação à gravidez e à maternidade. A terceira categoria evidenciou as necessidades informacionais das gestantes, sendo elencadas as temáticas autocuidado na gravidez, parto, autocuidado no puerpério e cuidados do recém nascido.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias elaboradas a partir das entrevistas semiestruturadas. Caucaia, 2016.

| Categorias | Sub-categorias | Codificação | Unidades |
|---|--|--------------------|-----------------|
| 1. Descoberta da gravidez (DG) | Realização de um sonho | DGRS | 08 |
| | Benção de Deus | DGBD | 04 |
| | Medos e Insegurança | DGMI | 04 |
| 2. A gravidez como estado de mudanças (GEM) | Modificações físicas e psicológicas | GEMMFP | 22 |
| | Constituição familiar | GEMCF | 6 |
| | Responsabilidade da gestante em relação à gravidez e à maternidade | GEMR | 9 |
| 3. Necessidades informacionais | Autocuidado na Gravidez | NIAG | 04 |
| | Parto | NIP | 03 |
| | Autocuidado no Puerpério | NIAP | 05 |
| | Cuidados do Recém-nascido e Aleitamento materno | NICRNAM | 15 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Categoria 1: Descoberta da gravidez

A primeira categoria traz a descoberta da gravidez como a realização de um sonho de uma mulher, sendo representada como uma benção de Deus. Além dos aspectos positivos, a descoberta da gravidez também suscita medos e inseguranças.

Realização de um sonho

A gravidez foi representada pelas gestantes como uma fase feliz, que simboliza um evento mais esperado pelas mulheres e que proporciona a concretização do sonho da maternidade.

“Eu também sempre quis ser mãe, sempre quis.[...] Um momento mais feliz assim que uma mulher pode ter. Não tem felicidade maior para mim do que ter meu filho, pegar ele no colo. Não existe felicidade maior maternidade... ser mãe”. G1; “[...] Ah sempre foi desejado. Ah feliz porque era um sonho [...] Acho que um sonho de toda mulher né. É tudo na vida da gente ...um filho”.G5; “A única palavra, assim, que eu tenho a dizer é felicidade, né? Estou muito feliz, foi uma coisa que planejei e que eu queria muito, né? E que estou adorando. Já, estou gostando muito”. G10

A representação da gravidez no estudo de Araújo, Mandú (2015) é ancorada no amor, na alegria, na felicidade e objetiva na maternidade e maternagem à medida que a gravidez se materializa em manifestações de vida do filho.

Os discursos das gestantes trazem a representação da gravidez, embora nem sempre planejada, ancorada na felicidade, no amor e objetivada no filho que estão gerando.

“Apesar de não ter sido uma coisa esperada né, não planejada. Mas a partir do momento que eu descobri que estava realmente grávida...pra me é uma maior felicidade porque eu saber que tem uma vida dentro de mim”.G4; “[...] Você já sente um amor... assim. É bom. Por mais que tenha sido fora do tempo mas... tô bem, eu tô me sentindo bem, graças a Deus. Tá dando tudo certo. Felicidade”. G6

A descoberta da gravidez suscita um forte sentimento de satisfação e felicidade pela meta alcançada, o que se percebe no desejo da maternidade (LEITE et al, 2014). A maternidade é ancorada pelas gestantes na felicidade, apresentando-se como um fenômeno predominantemente subjetivo, vinculado mais aos aspectos psicológicos e socioculturais do que a eventos externos. A felicidade parece estar relacionada aos valores culturais, estimados pela capacidade de gestar e parir (BARBOSA et al, 2013).

Benção de Deus

Observa-se nos discurso das gestantes a referência à Deus, relacionando a gravidez à benção divina, evidenciando uma forte crença religiosa nas representações em relação à gravidez, o que pode ser justificado no fato de todas serem adeptas às religiões cristãs. As gestantes revelam gratidão à Deus pela realização do sonho de gerar um filho e ser mãe.

“Estou muito muito feliz. Tenho mais que agradecer a Deus. Pra mim é uma experiência positiva. Só em saber que vou ser mãe, tipo a palavra mãe”. G4; “Meu sonho era ter um menino. Eu tô feliz, eu tô feliz...Gratidão a Deus pelo meu filho. Gratidão a Deus”.G8; “Eu tenho muita a agradecer a Deus por essa gravidez. Vai dá tudo certo”. G11

Medo e Insegurança

A descoberta da gravidez, no entanto, não foi esperada e recebida com alegria por todas as entrevistadas. As gravidezes não planejadas são ancoradas no medo, no desespero, e objetivada no choro e até mesmo na vontade de suicidar-se. Essa realidade é apresentada nas seguintes falas:

“No começo não foi muito.... assim...logo que eu descobri, foi bem difícil, porque não estava esperando”. G3; “Eu chorava tanto eu, eu dizia assim [...] Eu disse que ia me jogar num carro. A casa caiu. Eu dizia “meu Deus, e agora?”. A gente pensa em tudo. Ainda mais que eu engravidei de um menino de 17 anos, ai eu ficava mais assim “meu Deus e agora?”.G11

Corroborando com o estudo, Leite et al (201) afirma a descoberta da gravidez nem sempre desperta sentimentos positivos pelas gestantes. Sentimentos de culpa, arrependimento, tristeza, assim como, preocupação, medo, desespero e insegurança com a chegada do bebê, também são identificados. Esses sentimentos decorrem das experiências vivenciadas durante a gravidez, que muitas vezes impossibilitam uma interação verdadeiramente prazerosa com o bebê, reveladas pelas histórias de vidas, por influências de suas crenças e valores e expectativas diante da gravidez como processo definitivo no seu viver.

As verbalizações das gestantes demonstram o expressivo medo e preocupação das gestantes, ao descobrirem que estavam grávidas em relação à doença Zika vírus na gravidez e à microcefalia nos bebês. O receio é ainda maior pela prevenção não depender somente da gestante, e sim de toda uma comunidade circunvizinha no combate ao mosquito transmissor da doença.

“É tenho medo devido às doenças ai que tá aparecendo muito, mas eu tô me prevenindo de todo jeito, tô me cuidando né. Porque a gente tá ai, todo mundo tá sujeito né, a essa... A gente não tem como combater, se eu combato aqui em casa, e o vizinho não, ai fica difícil”. G5; “O que eu posso dizer que eu tava tendo muito medo, mas eu tenho muita Fé sabe. Coloco tudo nas mãos de Deus. Mas algo que me preocupou muito quando eu soube foi a questão da microcefalia” G7; “O medo é das doenças que tem no mundo, como Zika, microcefalia”. G3

A Zika é uma arbovirose (doença transmitida por inseto) causada pelo vírus da Zika. O conhecimento sobre sua dinâmica tem grandes repercussões e vem mudando dia a dia e a doença despertou a atenção de pesquisadores em diversas partes do mundo, principalmente pela possibilidade de causar graves malformações congênitas como a microcefalia no recém-nascido. O que já se sabe até o momento é suficiente para direcionar o foco da atenção para as gestantes, principal alvo de atenção das ações de prevenção da doença (FENASAÚDE, 2016).

Observou-se no presente estudo que a trajetória da gestação é permeada de sentimentos ambíguos, ora representado como felicidade, realização de um sonho, dádiva de Deus, ora, por sentimentos de tristeza, medo, desespero, preocupação e insegurança. Estudo de Leite et al (2014) obteve resultados semelhantes e afirma que tais sentimentos não estão relacionados somente ao bebê, mas também a outros fatores sociais, como a vivência de situações limitantes, falta de apoio, de afeto do companheiro e da família e temores quanto ao futuro.

Diante disso, estudos revelam a ideia de que o processo gestatório, desde a sua descoberta até a sua aceitação, envolve um cenário emblemático e multifacetário em que na mistura de crenças, mitos, conhecimentos empíricos e científicos ainda estão imbricados aspectos como o apoio familiar, do companheiro e profissionais de saúde, aspectos financeiros, sentimentos de ambivalência, preocupações e insegurança (LEITE et al, 2014; BARBOSA et al, 2013).

A representação social é uma forma de conhecimento elaborado, sendo expresso através de um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações em relação a um fenômeno influenciado pelos seus vínculos sociais a que está inserido (JODELET, 2011; MOSCOVICI, 2012). Nesse estudo, as representações sociais da gravidez apontaram as formas de interpretação da realidade de acordo com as experiências e conhecimento do senso comum das gestantes em relação à gravidez em seus contextos de vida cotidiana.

Categoria 2: Gravidez como estado de mudanças (GEM)

Essa categoria em que a gravidez é representada pelas diversas modificações físicas e psicológicas das gestantes é numericamente mais expressiva. Contudo, a gravidez é ancorada no estado de mudanças, sejam físicas e/ou psicológicas.

A mudança psicológica é objetivada ora na emoção, no carinho, ora no choro, na irritação, o que retrata a ambivalência de seu simbolismo.

“Melhorei bastante, eu era meio explosiva, melhorei bastante. Fica mais emotiva mais carinhosa”. G5; “Sou variável, triste não. Às vezes, eu me estresso. Eu acho que eu fiquei menos sentimental. Antes, eu era mais emotiva”. G6; “Ah... já sou muito sensível, fiquei mais. Então, qualquer coisa, quero chorar, entendeu. Eu sei que isso é da gravidez, então nem me preocupa tanto”.G7

As representações da gravidez são relacionadas a sentimentos e sensações como dedicação, amor e cuidado com o filho e a além da dor. A gravidez apresenta-se com repletas significações, uma experiência além do orgânico, do físico e, sim muito mais os aspectos emocionais. Trazem muito mais o aspecto emocional, com o vínculo afetivo associado ao fenômeno (RODRIGUES et al, 2013).

Como também retratado no estudo de Silva et al (2014), gravidez é revelado no estudo com ambivalência de seu simbolismo entre as gestantes; modificações emocionais como o aumento do nervosismo, da sensibilidade, da ansiedade, além do choro mais frequente, são citadas nos depoimentos das gestantes (SILVA et al, 2014)

A gravidez, como estado de mudanças, é representada através das mais variadas transformações físicas elencadas pelas gestantes, como o aumento do peso, o crescimento da barriga, dos seios, escurecimento da aréola e das axilas.

“Já tá mudando. As roupas já já deixam de servir, começaram a ficar pequena; o peso já muda”. G3; “É diferente. A barriga sempre vai crescendo”. G4;” Só os seios que aumentaram mais um pouco, só a barriga mesmo que desenvolveu bastante”.G5; “Eu acho que peguei mais corpo, só corpo mesmo...meus seios cresceram mais. Eu tô pegando mais corpo mesmo, perna, bunda. A barriga cresceu”. G6; “O aumento da barriga, o escurecimento da aréola, as axilas estão ficando muuuito escuras [...]acho que os seios aumentaram também”. G7

A gravidez é ancorada na transformação do corpo, e objetivada no crescimento da barriga e no movimento do bebê dentro de seu corpo, evidenciando-se a simbologia da barriga nas representações das gestantes.

“Eu acho assim é... super bacana, e uma coisa que não tem explicação de você está com um corpo e de repente o seu corpo se transformando, a barriga crescendo. Uma coisinha mexendo dentro de você. Eu me sinto bonita tb” . Com esse barrigão. G7

No presente estudo, a gravidez é ancorada nas transformações do corpo e objetivada no crescimento da barriga e nos movimentos fetais do bebê. Os resultados do estudo de Vargas (2012) mostram semelhanças quando afirmam que as representações da gravidez convergem para enfatizar o corpo grávido como lugar de expressividade dos significados da maternidade. O barrigão à mostra costuma ser a maior simbologia da gravidez representada nos meios de comunicação atualmente.

À destarte, no atual estudo e em estudo anterior de Esteves et al (2016) tal representação é objetivada no barrigão e nos movimentos fetais do bebê, sendo verbalizado com contentamento pelas gestantes.

Os discursos também revelam a gravidez sendo objetivada na dor, no incômodo e no desconforto. Contudo, mesmo sendo considerada desconfortante, a gravidez é representada de forma positiva.

“Hoje, eu sinto muita dor nas costas nas pernas. Hoje eu sinto muita dor[...] Eu tô sentindo muita dor nas costas, nos peitos tb. O peso é que o que está me incomodando mais”. G2; “Tirando os incômodos, eu me sinto bem. No começo foram os enjôos, eu sofria de, sofro de enxaqueca e aumentou muito no comecinho, mas depois parou graças a Deus. E ultimamente o que mais me incomoda são as dores na região pélvica, que incomoda demais”.G7; “Tá diferente, que do outro eu não sentia nada. Dor de cabeça enjôo. Só os peitos enchendo direto. O que eu sinto muito, muito mesmo é dor de cabeça”. G9; “É um pouco desconfortante, mas é muito bom, entende?”G11

A gestação é especial na vida da mulher; embora possa ser considerado um período conturbado, no qual ocorrem diversas transformações físicas e alterações substanciais no seu peso e na sua imagem corporal (TEIXEIRA et al, 2015).

Os autores ainda reiteram que durante toda a gravidez a mulher passa por inúmeras transformações ao conciliar o papel de gestante e de mulher na sociedade. Nesse período, surgem muitas dúvidas e questionamentos pertinentes ao estado físico e emocional da gestante, entre eles a satisfação ou a insatisfação com as transformações físicas e com a imagem corporal advinda das semanas em que decorre a gestação (TEIXEIRA et al, 2015).

Constituição familiar

Os discursos revelam a gravidez ancorada na constituição familiar e objetivada na felicidade. É evidenciada a realização do sonho do casal de possuir um casal de filhos, e também do filho ganhar um irmão tão desejado.

“É uma coisa que a gente...não tem nem como decifrar né, porque agora a gente não é mais dois, agora né somos três agora”. G2; “[...] Mas está sendo uma maior felicidade, tanto para mim como para meu marido. Apesar da gente não ter filho homem só temos meninas. No caso se for um menino, a felicidade será maior ainda”. G4; “É. Eu tô muito alegre, é uma alegria grande, porque, assim, tinha uma menina eu queria um menino para ficar um casal, agora é um menino. Meu sonho era ter um menino. Eu tô feliz, eu tô feliz...”G8; “Para mim é uma coisa boa, né? Só tenho um filho, ele já tem 10 anos e ele era doido para ter um irmãozinho”. G10

Além dos significados emocionais e físicos relacionados ao fenômeno da gravidez, o estudo revelou a constituição familiar como representação da gravidez e da maternidade, corroborando com a ideia de estudos de Vargas (2012); Cáceres-Manrique, Molina-Marín, Ruiz-Rodríguez (2016) onde afirmam que a gravidez tem uma importância simbólica do filho não só como uma realização individual da mulher, mas de extrema relevância para o fortalecimento de vínculos com seu filho, seu companheiro e com familiares, proporcionado uma constituição familiar, frequentemente, como fruto de um projeto de vida do casal.

Responsabilidade

Observa-se nas verbalizações das entrevistadas que a gravidez suscita maior responsabilidade das gestantes em relação à gravidez e à maternidade, sendo objetivadas na maturidade e nas mudanças de comportamento. A saúde e a educação do filho estão pautados na responsabilidade que a mulher dedica na gravidez e na maternidade, respectivamente.

“A gente muda bastante, muda bastante. Eu não sou mais a pessoa que eu era antes. A pessoa amadurece mais... saber que vai ser mãe, saber que vai ter que cuidar do filho que a gente tem...tem que ter responsabilidade[...]” G2; *“Compromisso, responsabilidade muito grande, muito muito grande, que é poder educar uma criança né, aconselhar ele no momentos que for preciso”.G1;* *“[...]uma responsabilidade muito grande [...]. É transformação, é amor. Porque a gente se entrega né, se a gente tem qualquer hábito que não é bacana, você abre mão para tentar dá o melhor antes mesmo do seu filho nascer, para que ele venha com saúde, para que ele se desenvolva bem”. G5*

O senso de responsabilidade atribuído à gravidez, relatado nesse estudo e abordado por Leite et al (2014) e Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez (2014) é edificado sobre as preocupações em relação às novas responsabilidades, inclusive ecocômicas, advindas com a gravidez e com o nascimento de um filho, o que leva a gestante a refletir como irá criar e educar seu filho, de forma que não lhe falte nada.

Categoria 3: Necessidades informacionais

Os depoimentos das gestantes revelam diversas necessidades informacionais sobre o período gravídico-puerperal, processo pelo qual estão vivenciando.

O autocuidado na gravidez, sendo especificado o cuidado com o corpo gravídico, foi citado nas falas seguintes como conhecimento que desejam adquirir.

“Como eu tô grávida, eu sempre gostei de me cuidar. Eu uso descolorante, mas dizem que faz mal. Ai eu também não sei o porquê que ela disse que faz mal. Ai a pessoa deixa de fazer muitas coisa e de se cuidar por causa disso”.G4; “Queria saber como cuidar do meu corpo durante a gravidez” G3.

Os discursos retratam a curiosidade e o interesse em aprender sobre o processo de parturição, além das diferenças existentes entre os dois tipos de parto, vaginal e cesariano. Observa-se ainda a preocupação com o bem-estar do bebê durante o parto e nascimento, como exemplificado na fala de G3.

“Queria saber como é realmente é o parto, né. Porque é minha primeira gravidez. E não sei como lá na hora né. Assim...Eu queria que me esclarecesse como é , como ... o que vai acontecer, o que os médicos vão dizer, o que eles vão fazer na hora, entendeu”. G2; “Em relação ao parto, qual melhor método para não machucar o bebê, G3;Falar dos dois partos para a gente saber diferenciar”. G4

O autocuidado no puerpério foi citado como necessidade informacional nas entrevistas das gestantes. As mulheres manifestaram interesse em se alimentar corretamente durante a amamentação, em cuidar da incisão cirúrgica nos casos de uma cesariana e ainda, revelaram a curiosidade em saber como seu corpo irá se comportar no período pós parto.

“Como me cuidar, mais na alimentação porque vou amamentar, mais sobre isso”. G1; “Como ela se cuidar né. Porque tem mulher que não sabe cuidar da cirurgia né. Porque querendo ou não, é um cirurgia, então sobre os cuidados”. G6; “ Como o corpo da gente vai reagir após o parto, quais os cuidados que a gente tem que ter porque eu não tenho isso muito esclarecido. E se pode ta acontecendo alguma coisa que e normal como o sangramento, o tempo de sangramento, tudo isso”. G7

As falas revelam que as gestantes não restringem as suas necessidades informacionais aos cuidados com elas próprias. Os cuidados dos recém-nascidos foram citados de forma expressiva, já que algumas das gestantes são primíparas e, que por isso, referem não ter experiência com o cuidado de recém nascidos. Essa falta de conhecimento e de vivência resulta na insegurança, evidenciada na fala da G1.

“A minha insegurança é porque eu nunca cuidei de um bebê, nunca troquei uma fralda, nunca dei um banho, nunca dei uma mamadeira, essa é minha única insegurança, em relação ao cuidado do bebê. Talvez só porque nunca ter passado por isso”. G1; “Eu tenho um pouquinho de dúvida no banho. Eu penso muito no banho, como vai ser. A criança recém nascida é mais frágil, é mais delicada” G6; “[...] diferenciar o menino homem pra menina mulher. O menino home tem que ter cuidado quando for banhar. Ai sempre é diferente da menina...porque são os dois, tanto a menina quanto o menino”. G4.

Ainda foi citada pelas gestantes a necessidade de aprender a diferença do banho e da higiene íntima entre os sexos das recém-nascidos, o que foi exemplificado no discurso da G4.

Os cuidados com a amamentação foram citados nos depoimentos das gestantes como temática que suscita muitas dúvidas. A G11 mostra preocupação em saber como proceder em caso de o bebê se engasgar com o leite materno.

“Assim ... acho que só em relação à amamentação e os modos né de cuidar né, de banho, Se posso estar amamentando em qualquer canto...o ambiente”. G2; “A amamentação. É algo que geralmente causa mais dúvida né. A forma de amamentar”. G6; “Tipo, se ele tivesse engasgado ou com falta de ar, o que é que eu ia fazer, porque “ave maria” eu ia ficar desesperada assim”. G11

Ainda, em relação à temática da amamentação, os discursos retrataram da necessidade de se aprender como conservar o leite materno após o desmame, no casos das mulheres que voltarem ao trabalho, aos estudos, como exemplificado na fala de G7.

“Eu vou ter direito a três meses de licença, só que eu não vou perder os estudos né. [...]eu pretendo tirar o leite e deixar armazenado para que a minha mãe possa tá dando para minha neném para que nem eu nem ela se prejudique. Então seria interessante que a gente tivesse algumas dicas de como a gente deve fazer para poder ta preservando esse leite né para que ele não estragar”. G7

A TRS reconhece o conhecimento do senso comum, o valor da dimensão subjetiva, o aspecto cognitivo do indivíduo nas práticas sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto de representação, considerando a sociedade em que o mesmo se insere e sua história. (SILVA, CAMARGO, PADILHA, 2011; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012). Dessa forma, a pesquisa presente focou na apreensão das representações sociais das gestantes em relação ao fenômeno da gravidez, enquanto subsídio importante para adentrar nos seus universos imaginários e simbólicos e, a partir de então, promover um cuidado clínico de acordo com sua realidade e necessidades.

6.2 ETAPA 2 - GRUPO DE CONVERGÊNCIA

Essa fase do estudo foi a aplicação do Grupo de convergência com as gestantes, percorrendo “O processo dos Quatro Erres” com quatro fases. No primeiro encontro, primeira, Fase do reconhecimento, intitulada Vivenciando a gravidez; no segundo encontro, a segunda fase, Fase da revelação, intitulada Cuidados no período gravídico-puerperal. Nos três encontros subsequentes, Fase do repartir, tiveram as seguintes temáticas centrais como foco da educação em saúde: Autocuidado na gravidez; Cuidados no parto e Autocuidado no puerpério; e Cuidados dos Recém nascidos e Aleitamento materno. No sexto encontro, quarta e última fase, Fase do Repensar, intitulada Educação em Saúde no Pré-Natal. Em cada encontro citado, foi utilizado o Círculo de Cultura de Paulo Freire como referencial metodológico, sendo divididos em quatro momentos cada: acolhimento, problematização, construção do saber com atividades lúdicas ou oficinas, e avaliação, conforme Quadro 2 a seguir:

QUADRO 2 – Grupo de convergência de acordo com o “Processo dos Quatro Erres” da PCA e Círculo de Cultura de Paulo Freire

| FASE DO RECONHECIMENTO | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|--|------------------------------|
| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
| 25/07/16 | VIVENCIANDO A GRAVIDEZ | ACOLHIMENTO Apresentação dos objetivos da pesquisa. Dinâmica: apresentação e interação do grupo “O que você trouxe para este grupo?” e “O que você espera levar?” | PROBLEMATIZAÇÃO Validação das entrevistas. Perguntas norteadoras: O que é para você estar gestante? Como você se sente gestante? Oportunizar diálogos com trocas de experiências | ATIVIDADE LÚDICA: DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA Estímulo indutor: Desenhe como você se sente como gestante. Conte-nos a estória do seu desenho | AVALIAÇÃO Oportunizar diálogo para avaliar os resultados do encontro | 05 gestantes |
| FASE DA REVELAÇÃO | | | | | | |
| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
| 03/08/16 | CUIDADO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL | ACOLHIMENTO Dinâmica do Desafio | PROBLEMATIZAÇÃO Validação das entrevistas. Pergunta norteadora: Quais seus medos, dúvidas e dificuldades em relação ao cuidado durante a gravidez, parto e pós parto? Oportunizar diálogos com trocas de experiências | ATIVIDADE LÚDICA: MASSINHA DE MODELAR | AVALIAÇÃO Síntese das necessidades informacionais Definição das temáticas para educação em saúde na Fase do Repartir | 05 gestantes |
| FASE DO REPARTIR | | | | | | |
| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
| 10/08/16 | AUTOCUIDADO NA GRAVIDEZ Zika/microcefalia Modificações fisiológicas da gravidez Autocuidado na gravidez | ACOLHIMENTO Música Oração do Bebê de Bárbara Dias | PROBLEMATIZAÇÃO Exposição com educação em saúde | ATIVIDADE LÚDICA Construção de tela Mudanças ... esperança | AVALIAÇÃO Oportunizar diálogo para avaliar os resultados do encontro | 05 gestantes + 1 companheiro |

| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
|------------------|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| 17/08/16 | PARTO E AUTOCUIDADO NO PUERPÉRIO Parto Normal x cesária Lei do acompanhante Autocuidado no puerpério | ACOLHIMENTO Música Reconhecimento de Isadora Canto | PROBLEMATIZAÇÃO Exposição com educação em saúde Caderneta da Gestante e Cartilha Saúde e Bem estar no Pós Parto | OFICINA COM BOAS PRÁTICAS DO PARTO Participação dos acompanhantes | AVALIAÇÃO Oportunizar diálogo para avaliar os resultados do encontro | 02 gestantes + 1 companheiro |
| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
| 24/08/16 | CUIDADOS DO RECÉM NASCIDO Aleitamento materno / Alimentação complementar Ordenha e armazenamento do leite materno Banho Troca de fraldas | ACOLHIMENTO Música “Dentro de mim” de Bárbara Dias. | PROBLEMATIZAÇÃO Exposição com educação em saúde Vídeos sobre Banho, Troca de fraldas, higiene íntima, higiene do coto umbilical Álbum seriado sobre aleitamento materno do MS | OFICINA PARA CUIDADOS DO RN Participação das gestantes e dos acompanhantes | AVALIAÇÃO Oportunizar diálogo para avaliar os resultados do encontro | 06 gestantes + 01 companheiro |
| FASE DO REPENSAR | | | | | | |
| DATA | TEMA | 1º MOMENTO | 2º MOMENTO | 3º MOMENTO | 4º MOMENTO | Nº DE GESTANTES |
| 31/08/16 | EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL | ACOLHIMENTO Música “Dentro de mim” de Bárbara Dias | PROBLEMATIZAÇÃO Retrospectiva dos encontros anteriores Oportunizar diálogos com trocas de experiências Pergunta norteadora: Como os conhecimentos apreendidos durante os encontros do Grupo de Gestantes irão influenciar na sua gravidez, parto e pós-parto? | AVALIAÇÃO Pergunta norteadora: Qual a importância da educação em saúde utilizada pelo enfermeiro no pré-natal? | RELAXAMENTO E DESCONTRAÇÃO | 07 gestantes |

Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.1 Fase do Reconhecimento

Nesse primeiro dia, estiveram presentes cinco gestantes, além da enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem. Esse encontro teve duração de aproximadamente duas e meia.

Vale salientar que por motivos pessoais das gestantes que participaram do estudo, como mal estar, indisposição, dificuldade para serem liberadas do trabalho, não houve a participação de todas as 11 gestantes do estudo em todos os encontros com o grupo de gestantes, havendo uma variação do número de gestantes e companheiro no decorrer das fases do grupo de convergência.

1º Momento- Dinâmica do acolhimento

Nesse primeiro momento, foi realizado um acolhimento das gestantes presentes. Inicialmente, foram apresentados os objetivos do estudo. Posteriormente foi realizada uma dinâmica para proporcionar a apresentação das gestantes, além da interação entre elas. Foram utilizadas duas perguntas norteadoras: “O que você trouxe para este grupo?” e “O que você espera levar desse grupo?”.

Ao serem perguntadas sobre o que trouxeram para o grupo de gestantes a qual estavam participando, as gestantes que já são mães verbalizaram a vontade de repassar suas experiências para as outras gestantes do grupo, principalmente, para as primíparas, que ainda não vivenciaram esse momento.

“Eu acho assim por eu já ter uma filha né, por ter alguma experiência, eu posso ajudar de alguma forma” G8; “Eu acho que... por ser mãe, por ser mãe de segunda viagem né, acho que o que eu passei, eu posso tá ajudando algumas mães que estão aqui, é pela experiência que eu já tive, alguma coisa que elas tiverem dúvida, acho que eu posso tá ajudando dessa forma né?” G7; “[...] eu acho que, que todos nós dialogando né, acho que traz pra todas assim mais confiança né?” G2

Percebe-se pelos discursos das gestantes, exemplificado na G2, que o diálogo entre as gestantes com a troca de sentimentos e experiências é importante para aquisição de maior confiança e segurança de todas.

Ao responderem sobre o que esperam levar do grupo de gestantes, observou-se que as gestantes desejam adquirir conhecimentos através dos relatos das experiências das mulheres que já são mães.

“Aprender com elas, as experiências de cada uma delas”. G8; “Aprendizagem assim né, porque tem pessoas aqui que já tem filhos né?” G2; “É eu acho assim, que mais, é conhecimento porque acho que a gente pode ser mãe de dez filhos, né, mas a gente sempre vai tá aprendendo alguma coisa, sempre! [...]” G7; “É aprendizagem é ganhar, só tenho a ganhar né, se juntar pra saber. Só tenho a ganhar, é experiência”. G5

No entanto, foi relatado no grupo, que mesmo a mulher já sendo mãe de muitos filhos sempre tem o que aprender, o que mostra a importância da troca de experiências, através de diálogos entre as gestantes, sejam elas múltíparas ou primíparas.

A gestante a seguir reitera a relevância dos conhecimentos adquiridos no grupo, já que estarão reunidas várias mulheres experienciando os mesmos sintomas, sentimentos e dúvidas, proporcionado, assim, maior tranquilidade para elas. Ela relata que as informações vindas de pessoas que estão vivenciando a gravidez é diferente das transmitidas por aquelas que não estão gestantes, como as representadas pela rede de apoio.

“Assim todas as informações que a gente vai em busca, tudo a gente quer saber sobre o bebê, sobre a gestação, e o grupo... eu acho assim que é muito positivo pra gente, porque é diferente digamos, da gente tá em casa: conversar com a mãe, conversar com o marido, com o pai da gente, mas assim eles não tão na mesma situação que a gente tá, e aqui não é diferente, porque são várias mulheres gestantes com as mesmas dúvidas né? Com as mesmas experiência, o que sinto a minha colega pode tá sentindo também [...] E saber que outras grávidas passam pelo mesmo, acho que dá mais uma tranquilidade pra gente”. G7

2º Momento- Problematização

Utilizou-se para a problematização da Fase do reconhecimento a validação dos recortes referentes às seguintes perguntas norteadoras da entrevista individual “O que é para você estar gestante?” e Como você se sente como gestante? Inicialmente, as gestantes presentes realizaram a leitura dos recortes das falas referentes às entrevistas individuais da primeira fase do estudo.

A problematização oportunizou diálogos com trocas de experiências, sendo desveladas as representações sociais das gestantes em relação à gravidez. A análise do conteúdo pela técnica de Bardin resultou em duas categorias e seis subcategorias, conforme o Quadro 3. A primeira categoria revela os sentimentos surgidos com a descoberta da gravidez, sendo ancorada na realização de sonho, na benção divina e na

revelação da gravidez. A segunda categoria, com maior expressividade numérica de unidades temáticas, traz a gravidez como estado de mudanças, sendo representado através das modificações físicas e psicológicas, aumento da responsabilidade em relação à gravidez e à maternidade, além das repercussões na sexualidade do casal. Observa-se a similaridade das categorias surgidas nessa primeira fase com os recortes das entrevistas individuais, o que nos indica a validade das mesmas.

Quadro 3 - Análise de conteúdo do diálogo da Fase de reconhecimento. Caucaia, 2016.

| Categorias | Sub-categorias | Codificação | Unidades |
|---------------------------------------|--|--------------------|-----------------|
| 1. Descoberta da gravidez | Realização de um sonho | DGRS | 08 |
| | Benção de Deus | DGBD | 05 |
| | Revelação da gravidez | DGRG | 12 |
| 2. A gravidez como estado de mudanças | Modificações físicas e psicológicas | GEMMFP | 44 |
| | Responsabilidade em relação à gravidez e à maternidade | GEMR | 14 |
| | Sexualidade | GEMS | 05 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Categoria 1: Descoberta da Gravidez

Realização de um sonho

A gravidez foi representada pelas gestantes como a realização de um sonho, pois simbolizou em evento esperado na vida da mulher, além da concretização do desejo de ser mãe. Observa-se pelos discursos das gestantes, exemplificado na G7, a valorização dos exames diagnósticos de gravidez, uma vez que a gravidez esteve ancorada na positividade do teste imunológico da gravidez.

“[...]não tomava nada, tô há dois anos sem tomar nada, como não ia querer né, quase dois anos”. G8; “[...] tava conversando sobre gravidez eu, ela (G7) e minha mãe, que ela é cliente da minha mãe, a gente tava conversando sobre gravidez, eu ficava olhando assim “cara eu quero ser mãe”, uma semana depois eu descobri que tava grávida [...]” G2; “Eu fiz a tarde aí eu peguei o teste e fui quando eu fiquei olhando e que eu vi duas listrinha meu coração faltou sair”. G7

Benção divina

Os discursos das gestantes trazem a referência à Deus, relacionando a gravidez à benção divina, sendo evidenciada a forte crença religiosa nas representações

em relação à gravidez e objetivado no nome bíblico dado ao filho que está por nascer, como gratidão à Deus.

“Eu sou grata a Deus, todo dia eu agradeço a Deus, que eu queria muito ter um menino, aí eu até te falei lá fora naquele dia. É um menino, é o Lael, é o meu Lael. e o significado é, ele é consagrado a Deus”.G8

As mulheres que tinham dificuldade para engravidar, exemplificada na G5, a partir do momento em que se torna real, consideram a gravidez um milagre atribuído à Deus. Observa-se o quanto a espiritualidade é evidenciada nas representações acerca da gravidez. O discurso da G2 ratifica esse sentimento quando confere à Deus o milagre de tornar a mulher capaz de gerar um filho.

“Na realidade eu também, não tomava, mas o que sempre eu fazia transvaginal e dava que, meu ovário um era emborcado e o outro era de lado né, ou seja, tinha que fazer um tratamento e eu nunca fiz e desvirou. Foi uma benção então. Foi coisa de Deus mesmo” G5; “Pra todas, pra todas é uma benção né? E você saber que tem mulher, que não tem o ventre aberto né, e tem problema. Quando Deus abre as portas é que você vê que é milagre mesmo” G2;

A gravidez é representada como uma dádiva de Deus, evidenciando a interrelação entre o divino e a maternidade. Referem-se à divindade como “ser” responsável pela capacidade de reprodução humana, da gestação saudável e pela superação das mudanças físicas e psicoemocionais que a gravidez e maternidade proporcionam (LEITE et al, 2014; BARBOSA et al, 2013).

Revelação da gravidez

A gravidez revelada aos familiares e companheiro é ancorada pelas gestantes no medo e insegurança da reação que a notícia pudesse causar e, objetivada na vontade de abortar. A notícia transmitida para os pais é relatada como se as mulheres adolescentes estivessem cometendo algum erro na sua vida, ou não tivessem seguindo as orientações familiares, como exemplificados nas falas de G2 e G6.

“[...]assim a gente fica com medo eu fui uma, eu fui uma fiquei com medo, o que eu vou dizer pra minha mãe cara eu tô grávida o que vai ser da minha vida agora, e agora minha mãe vai me matar, eu pensei logo assim: eu vou ter que abortar” G2; “[...]tava com pouco tempo que tinha saído de casa, eu sai de casa em janeiro e engravidei em fevereiro, então foi tudo muito rápido, tanto eu perdi minha virgindade rápido com engravidei rápido[...]eu não me preocupava nem tanto com a minha mãe porque eu sabia que ela ia compreender, mas o meu medo maior era meu pai. Meu pai quando minha mãe contou pra ele, ele disse assim: “ é isso mesmo, se você tá estudando você vai ser uma doutora, se você se junta, se você arranja um marido, você

vai ser mãe, tinha que acontecer” ele falou, mas ele não é muito conformado não, ele é meio revoltado”. G6

O desejo de engravidar de uma adolescente surge como uma concretização de um projeto de ter um filho, como a realização de um sonho, mas devendo ser efetivado somente em condições planejadas. A revelação da gravidez na adolescência resulta em medo de uma possível reação negativa da família e do companheiro. Nesse sentindo, reportam-se à ideia de que a gravidez na adolescência é algo indevido. Diante disso, as representações da gravidez para as adolescentes deixam transparecer certa ambivalência, entre as fantasias e a condição da realidade em que se encontram como futuras mães (ARAÚJO, MANDÚ, 2015).

Quando a gravidez não faz parte de um planejamento do casal, suscita insegurança e medo em relação à aceitação e ao apoio do parceiro, como revelado por G2.

“Ai meu Deus não vai voltar mais não, sei quê, vai me abandonar, deve tá com outra, eu dizia desse jeito assim[...]É insegurança, você fica, aí será que ele vai me querer porque eu tô buchuda” G2

Moscovici confere às representações sociais um caráter essencialmente psicossocial, na medida em que as adotou como resultado de uma construção social realizado pela interação entre grupos na vida cotidiana (SÁ, 2015). A gravidez na adolescência em condições não planejadas, é representada numa dimensão social e culturalmente construída como indevida e, por isso, causa maior insegurança, exigindo maior maturidade e mudanças de comportamento.

Categoria 2: A gravidez como estado de mudanças

Modificações físicas e psicológicas

Essa categoria em que a gravidez é representada pelas diversas modificações físicas e psicológicas é, numericamente, a mais expressiva. Portanto, a gravidez é ancorada no estado de mudanças, sejam elas físicas e/ou psicológicas.

A mudança psicológica apresenta-se, por vezes, de forma contraditória, sendo objetivada ora na sensibilidade, ora no estresse, como falado por G2.

“Meu pai disse que a maior prova de amor que meu marido me dá, é me aguentar todo dia, porque eu sou sensível né, aí fiquei mais [...]aí do nada eu me estresso, fico mulher que nem eu me aguento [...]”. G2

A gravidez, como estado de mudanças, é bem representada pelas transformações físicas e objetivas na dor e no desconforto, conforme elencados nos depoimentos a seguir:

“Você senta dói, você levanta dói, você vira dói, tudo dói. Você fica toda dolorida, tanto por dentro como por fora. O peso tá me matando eu não consigo, mas nem subir no ônibus [...]” G2; “Eu tô sentindo dor agora, muita dor, ela falando aí né, em relação à dor pélvica”. G8.

O discurso de G7 revela a adaptação da família em prol do seu conforto, já que ela que está apresentando muitas dores e desconforto ao caminhar.

“A questão das dores, a minha família teve que se adaptar a mim, porque antes a gente saía né, e como eu tenho muita dificuldade, aí todo mundo ia lá na frente, e eu ia lá atrás igual uma patinha né”. G7.

Os resultados dos discursos das gestantes do presente estudo estão em consonância com estudos de Araújo et al (2012); Esteves et al (2013) que mostram que as gestantes retratam a gravidez como desconfortável, em virtude das mudanças físicas em decorrência do processo gestatório. No entanto, revelam que já era esperado e ficam tranquilas por acreditarem que essas mudanças e desconfortos podem ser revertidos após nascimento do bebê. Dentre as mudanças referidas pelas gestantes do estudo como desconfortos são citadas dores nas mamas, costas, pernas, crescimento abdominal, aumento do peso, enjoos e cefaleia, o que gera uma experiência desagradável, interferindo nas suas atividades diárias.

A dor experienciada em todo o ciclo gravídico puerperal é retratada na literatura como consequência da adequação fisiológica das mulheres necessárias para dar suporte à reprodução humana. O significado da dor para as gestantes refere-se a um sintoma proveniente de alguma alteração relacionada ao período gravídico-puerperal, que emerge em decorrência do esforço físico e parece originar medo e preocupação (BARBOSA et al, 2013).

Evidencia-se que a gestante sofre mudanças no aspecto emocional e pode vivenciar a gravidez de maneiras distintas durante sua vida. Esta experiência pode variar dependendo da relação com o companheiro, outros filhos, situação de aborto, etc. A grávida também se torna mais sensível e emotiva, experimentando sentimentos e sensações novas, chorando e rindo com mais facilidade. A ideiação do parto e a mudança

da vida com a chegada do bebê contribuem para o aumento da ansiedade, gerando sentimentos e representações ambivalentes como a vontade de tê-lo, paralelo com o desejo de estender a gestação adiando a necessidade de novas adaptações com a vinda da criança (SOUZA, PEDROSO, 2011).

Responsabilidade em relação à gravidez e à maternidade

Observa-se nos depoimentos que a gravidez suscita maior responsabilidade das gestantes em relação à gravidez e à maternidade, sendo objetivas nas mudanças de comportamentos e no planejamento do futuro para proporcionar uma vida de qualidade, prioritariamente, para o filho.

“[...] Quem me conhece sabe né, eu realmente mudei, pra ser mãe, mudar noventa por cento não só fisicamente, mas cem por cento fechando logo tudo. Comportamento, jeito de falar, tudo. É uma experiência única né. [...] mas quando você vê assim minha amiga que você entra pra realidade e a realidade é essa: é mãe, tá tu vai ser mãe”. G2; “[...] é responsabilidade né pra todos. E quando a gente tem um filho, a gente sempre fica em segundo plano, sempre, é a gente quer sempre o melhor, pra poder proporcionar uma vida de qualidade pra aquela criança né, porque é totalmente dependente da gente”. G7; “[...] Até porque o filho, o filho é uma coisa que é pro resto da vida, não é uma roupa que você: aah eu não vou vestir mais e rebola ali”. G5

Sexualidade

Observa-se nos depoimentos das gestantes que a gravidez proporciona mudanças inclusive na relação íntima do casal. Conforme, as falas das gestantes as atividades sexuais acontecem com menor frequência e com mais cautela, em virtude dos desconfortos ocasionados pelas transformações físicas.

De acordo com os relatos, como exemplificado por G2, faz-se necessário adaptar as posições para o sexo de acordo com o corpo gravídico, que muitas vezes é carregado de dor e de desconforto. Isso reflete nas ações e comportamentos do parceiro, que apresenta-se temeroso em machucar sua companheira.

“[...] a gente passou um mês sem ter relação nenhuma porque tinha medo, ele tinha medo [...]”. G5; “Eu tô mais parada esses dias, eu não tô aguentando não G9; Eu assim agora dependendo das posições se eu, se eu, se eu inventar minha filha ou se ele inventar, não meu filho não dá certo não [...] vamo só essa daqui mesmo”. G2; “Eu acho que meu esposo também ele tem esse medo, de machucar o bebê do mesmo jeito da primeira gestação, só que eu

vejo que nessa aqui a gente faz sexo com mais frequência, mas eu vejo que ele é todo medroso na hora de me tocar, eu acho até que por causa dessas dores que eu sinto, que eu tenho muito desconforto, aí acho que ele mesmo fica receoso sabe? A gente tem quando eu tomo a iniciativa, é, mas ele ainda fica que meio que travado”. **G7**

Corroborando com o atual estudo, a sexualidade suscita em adaptações das posições durante a relação do casal. As dificuldades, limitações nas posições e redução da frequência das relações sexuais justifica-se, principalmente, nas alterações anatômicas, que se encontram mais perceptíveis e desconfortáveis a partir do segundo semestre, além do medo do casal de machucar o bebê. (ROCHA, et al, 2014; VIANA et al, 2013; CASTRO; FRACOLLI, 2013). Além disso, normalmente os parceiros se sentem rejeitados pela mulher quando essa vivencia uma redução da libido. Assim, é perfeitamente compreensível que a atividade sexual seja um ponto crítico na gestação (CASTRO; FRACOLLI, 2013).

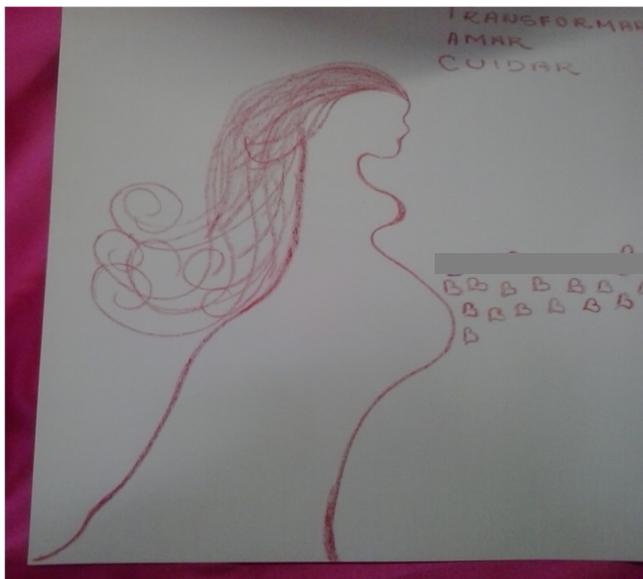
Vale salientar, que o pré-natal é importante para o profissional de saúde para detectar e tratar problemas que poderão surgir durante a gravidez, devendo ser considerada a sexualidade na gestação como forma de auxiliar na redução de dúvidas e medos, articulando com o casal gravídico sobre o amplo contexto da gestação e suas implicações. A atuação do enfermeiro, por sua vez, é de suma importância na identificação de quais fatores interferem na sexualidade do casal gravídico para, a partir de então, conduzir orientações às gestantes e parceiros sobre a sexualidade na gravidez (VIANA et al, 2013).

3º Momento – Atividade lúdica (desenho estória)

Nesse momento do grupo, foi utilizada a técnica projetiva do desenho-estória com tema como instrumento de coleta de dados, com vistas à ampliação dos dados referentes à apreensão das representações sociais das gestantes em relação à gravidez. Para o desenvolvimento dessa atividade lúdica foi aplicado o estímulo indutor: Desenhe como você se sente como gestante. Foi oferecido às gestantes folhas de ofício A4 branco, lápis de cor, giz de cera e canetinha para produzirem seus desenhos. Ao término do desenho, foi solicitado às gestantes “conte-nos uma estória sobre seu desenho”. A aplicação da técnica projetiva teve uma duração de aproximadamente vinte minutos.

A aplicação da técnica transcorreu de forma positiva, não havendo nenhuma dificuldade de entendimento por parte das gestantes e também não houve nenhuma resistência em participar da atividade lúdica.

Figura 2 - Desenho-estória 1



Fonte: elaborada pela autora

“Esse rabisco que eu fiz, foi mais pra... mostrar a transformação que tá tendo no meu corpo. E a parte que eu mais gosto dessa transformação é a barriga enorme, apesar dos incômodos, mas eu acho fantástico esse negócio de ver a barriga crescer e ficar sentindo o bebê, assim é só um momento meu e dela sabe, de sentir e tentar identificar que parte é essa que ela tá mexendo e até porque eu sei que depois que nascer o negócio vai ficar meio que complicado né, porque tempo que é bom não vai ter muito, porque eu vou ter que dedicar meu tempo todo à ela. Então, foi mais a parte da transformação mesmo que eu quis colocar aqui. Aaah bom, aí eu foquei mais na barriga (corações), que é a parte que eu mais gosto. Eu acho bacana, eu adoro ficar [...]Aí eu coloquei transformar, amar e cuidar, os três palavras que eu coloquei no desenho”. G7

A transformação física que simboliza a gravidez aparece no grafismo, sendo objetivada no barrigão e nos seios crescidos. A representação da gravidez é ancorada no amor e objetivada nos corações direcionados para o bebê que está dentro da barriga da gestante.

A gravidez, apreendida nesse estudo, é capaz de proporcionar sentimentos positivos como amor, desejo, realização, crescimento, aprendizagem e amadurecimento, em função do novo papel social que as gestantes devem assumir como futuras mães.

Figura 3 - Desenho-estória 2

Fonte: elaborada pela autora

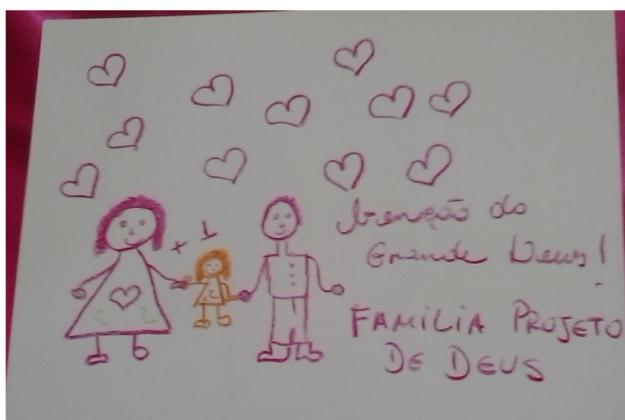
“Essa tela de circo aqui [...]. Foi assim [...] aqui eu botei ela já, bem esperta dentro da minha barriga (risos do grupo), que é o que ela já tá, ela tá bem esperta, e botei que a mamãe ama mais que tudo, que já tá amando mais, mais que tudo mesmo. Aí botei o nome dela aqui. Porque eu acho assim que pra mim várias cores são, várias cores são, uma, uma alegria, como se fosse uma alegria e pra mim tá sendo, tá sendo mó bastante, alegria, né? Várias cores assim, uma explosão de cores né. Por isso eu decidi fazer uma explosão de cor. Botei...Botei que eu amo mais que tudo (risos)”. G2

A figura da gestante é desenhada com uma riqueza de detalhes, em que a representação da gravidez é ancorada no amor, alegria e felicidade, sendo objetivada no colorido da imagem e nos corações em vermelho; ancorada também na transformação fisiológica, objetivada na imagem do bebê dentro da barriga da gestante.

Figura 4 - Desenho-estória 3

Fonte: elaborada pela autora

“Hum.. ficou. Eu botei ele (espos), eu botei ele cheio de coraçõzinho já amando (risos). É ele amando. Os olhos e todos os corações voltados pra ela. Os olhos e os corações virados pra ela”. G2

Figura 5 - Desenho-estória 4

Fonte: elaborada pela autora

“O meu, que eu fiz a minha família. Eu não sei desenhar muito só (risos)... Aí o corações representa né o meu amor pela minha família, aí eu fiz eu aqui, aqui eu fiz eu, eu eu fiz, aí depois eu coloquei um coraçõ, né, pra representar o bebê, a minha filha no meio e o meu esposo. Aí eu coloquei uma frase, eu coloquei aqui Benção do grande Deus; E Família projeto de Deus. Porque

família é projeto de Deus né, foi Deus que criou, família, e é isso. E esse mais um(+1), pois é representando aqui o bebê (risos), fiz o coração aqui eu não sei desenhar muito bem. Mais um representando o bebê, mais um representando ... e a minha filha no meio aqui de laranjinha, que é a cor que ela gosta. É ela gosta muito de laranja, no caso mamãe eu quero laranja, tudo é laranja...Os corações representam amor...O amor pela minha família". G8

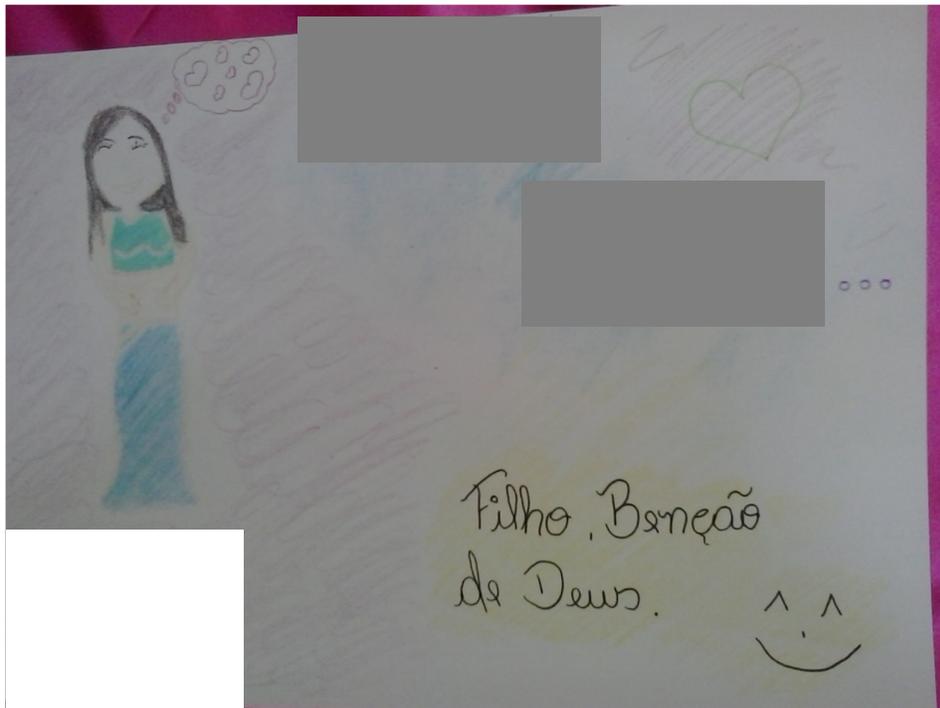
Figura 6 - Desenho-estória 5



Fonte: elaborada pela autora

“Eu desenhei, eu e meu esposo e o nenê na minha barriga, que representa um presente que Deus colocou na minha vida, a honra de ser mãe, o amor entre duas pessoas depositado todinho em uma terceira pessoa que é o nenê”. G3

Nas figuras 3, 4 e 5 emergem as representações da gravidez ancorada no amor e objetivada nos corações, além de está associada à constituição e ao vínculo familiar. Nos desenhos 4 e 5, as gestantes revelam a gratidão à Deus pela família, sendo evidenciada a espiritualidade nas representações das gestantes.

Figura 7 - Desenho-estória 6

Fonte: elaborada pela autora

“Não não preciso mais eu já coloquei os pés dele dentro da gestante e botei uma coisinha de você comigo (risos) ... Tem uma aceitação muito boa. Daqui os coraçõezinhos que a gente faz sentir mais amor né? Acho que até por si mesmo você passa se amar mais. É. É, meu bebê. [...]” G6

O grafismo ilustrado evidencia a ancoragem da representação da gravidez no amor, na divina e objetivada nos corações, na barriga. Diferentemente dos desenhos anteriores 3, 4 e 5, não foi desenhado o companheiro, não sendo feita alusão à família.

Figura 8 - Desenho-estória 7

Fonte: elaborada pela autora

“Não, é porque a gente fica morta de preguiça, é um sono .. Ai você tá dormindo lá e você acorda, o menino se mexendo. A gente fica sem .. Eu tô sentada que eu “tô” no trabalho(risos) é como se eu tivesse assim ó ... Morta de cansada, descabelada e o menino se mexendo lá, pulando dentro, entendeu? É desse jeito mesmo, quinta feira foi desse jeito. A gente acabada e ele na maior felicidade.[...]” G11

O desenho 7, revela uma riqueza de detalhes, estando de acordo com a produção da história. A representação da gravidez é ancorada no sono, na preguiça, no cansaço, sendo objetivada nos olhos fechados e corpo largado na cadeira. A gestante relata que enquanto está dormindo, o bebê está se movimentando, pulando de felicidade, sendo representado pelos traços ilustrados saindo da barriga. Não foi evidenciado, no grafismo, representações ancorados no amor como nos demais. Foram revelados, no entanto, sentimentos menos românticos acerca da gravidez, sendo manifestado o cansaço e a indisposição física como uma realidade do período gravídico.

Os resultados apreendidos pelo instrumento desenho-estória revelam as representações da gravidez ancoradas na esfera fisiológica e psicossocial. Na esfera fisiológica, a gravidez é representada na sua dimensão simbólica das imagens do corpo gravídico, sendo mais evidenciado o barrigão, como foi ilustrado em todos os desenhos. Na esfera psicossocial, as representações da gravidez foram ancoradas no amor e objetivadas no coração como exemplificado nos seis primeiros desenhos. Nas

representações ilustradas nos grafismos, a gravidez foi relacionada à constituição familiar, sendo esta atribuída à benção de Deus.

Na produção das histórias emergiram as mesmas representações, a qual vem corroborar com os achados dos grafismos.

Como também retratado em estudo de Rodrigues et al (2013), a gravidez é revelada através das ilustrações e das estórias das gestantes desse estudo como fenômeno repleto de significações, uma experiência além do orgânico, do físico; trazem muito mais o aspecto emocional, com o vínculo afetivo. As representações da gravidez são ancoradas no amor, dedicação, cuidado com o filho.

4º Momento – Avaliação do encontro

As gestantes avaliaram o encontro como positivo, já que puderam expressar seus sentimentos, além de trocar suas vivências e experiências. Revelaram sentir-se muito bem acolhidas pelo grupo, suscitando boas expectativas para os próximos encontros.

Acredita-se que a partir do conhecimento das representações sociais das mulheres gestantes do presente estudo em relação à gravidez, o enfermeiro terá elementos que lhe permitam ampliar o olhar para os sentimentos e as necessidades dessas mulheres e aperfeiçoar as estratégias para cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

FASE DA REVELAÇÃO – Cuidado do período gravídico puerperal

Nesse encontro estiveram participaram cinco gestantes, além de uma enfermeira e três acadêmicas de enfermagem. As atividades tiveram uma duração de duas horas.

1º momento- Acolhimento

Foi realizado um acolhimento das gestantes com uma dinâmica intitulada “Dinâmica do desafio”, que serviu como quebra-gelo do grupo de gestantes e moderadoras.

As Gestantes ficaram de pé passando um envelope, enquanto uma música de caráter infantil tocava. Foi dado o comando de quando a música parasse, a pessoa que estivesse segurando o envelope decidisse abrir ou não, mesmo sem saber o que tinha dentro do mesmo. O envelope parou nas mãos da G2, que prontamente decidiu encarar esse desafio de abrir o envelope: *“Eu vou abrir porque gosto de desafios”*. A mediadora questionou se a gestante realmente iria querer abrir o envelope, e gestante confirma que vai abrir o envelope. Ao abrir o envelope ela encontra um papel com a seguinte frase escrita: *“Você não tem medo de desafios, parabéns o presente é seu”*.

A G2 revela para o grupo:

“Acho que o meu primeiro desafio foi enfrentar a família, acho que foi o pior de todos por isso acho que agora não são mais desafios, são só consequências. Mas agora pra mim vai ser só cuidar. Meu próximo desafio será quando nascer né, que vai ser um desafio e tanto!”

A dinâmica serviu para além de quebrar o gelo do grupo para iniciarmos o encontro refletindo sobre os desafios que o fenômeno da gravidez faz as gestantes e seus familiares passarem; e para superá-los faz-se necessário que as gestantes tenham suas necessidades informacionais alcançadas.

Diante disso, essa Fase da Revelação objetiva o levantamento das necessidades informacionais das gestantes para que na próxima fase, Fase do Repartir, as informações sejam compartilhadas de forma dialogada.

2º Momento – Problematização

Utilizou-se para a problematização da Fase da revelação a validação dos recortes referentes às seguintes perguntas norteadoras da entrevista individual: Qual seus medos, dúvidas e dificuldades em relação aos cuidados durante a gravidez, parto e pós parto? A problematização oportunizou diálogos com compartilhamento de experiências, sendo elencadas as maiores necessidades informacionais em relação ao período gravídico-puerperal.

A análise do conteúdo pela técnica de Bardin resultou em quatro categorias, conforme Quadro 6. A primeira traz a necessidade das gestantes em se cuidarem durante o período gestacional; a segunda categoria revela a curiosidade das gestantes em

conhecer o processo de parturição e a diferença entre os tipos de parto; a terceira categoria mostra o interesse das gestantes se cuidar no período pós parto; e a quarta categoria demonstra as necessidades informacionais sobre os cuidados com os recém nascidos e sobre o aleitamento materno. Observa-se a semelhança das necessidades informacionais reveladas nas entrevistas individuais, o que nos sugere a validade dos depoimentos utilizados na problematização da Fase da revelação.

Quadro 6 – Análise de conteúdo do diálogo da Fase da Revelação

| Categorias | Codificação | Unidades |
|---|--------------------|-----------------|
| 1. Autocuidado na gravidez | AG | 20 |
| 2. Parto | PA | 24 |
| 3. Autocuidado no puerpério | AP | 6 |
| 4. Cuidados ao RN e Aleitamento materno | CRNA | 18 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Categoria 1: Autocuidado na gravidez

Essa primeira categoria foi a numericamente expressiva, com 20 unidades temáticas. Observou-se nos depoimentos a insegurança pela falta de uma informação mais precisa sobre a utilização de produtos químicos na pele e nos cabelos como recurso estético. As gestantes preferem deixar de fazer uso desses produtos em prol da saúde do bebê.

“É abrir mão desse cuidado de ter o pêlo sempre loirinho, de ter uma progressiva no cabelo, de ter uma tintura no cabelo, tudo isso ne. Porque a gente vai abrir Mao, porque eu acredito que a gente não quer que faça mal ao bebê. E por mais que a gente diga assim, ah não tem problema, tem produto químico que pode ser usado e que não vai afetar ao bebê, acho que a gente assim nunca confia, então acho que a cabeça da mulher fica meio que confusa com isso”.G7

Os discursos trouxeram que as gestantes tem dificuldade de aderir aos hábitos saudáveis de alimentação, causando receio das mesmas em causar alguma complicação na gravidez em virtude desses maus hábitos, como relato pela G3.

“Tava comendo muito doce agora to controlando”. G7; “Tive medo assim, porque assim o doce trás o risco de desenvolver a diabete gestacional e minha vida é chocolate, doce”. G3

O que os relatos mais trouxeram em relação ao autocuidado na gravidez foi as necessidades informacionais sobre a doença Zika vírus e a microcefalia. Foi revelada a preocupação em combater o mosquito transmissor da doença, já que é uma ação que deve ser realizada por toda a vizinhança, não dependendo somente das gestantes.

“Ela falou né, às vezes a gente se cuida mas o vizinho não cuida do ambiente, deixa água parada”. G3; “Uma realidade e tanto. Porque na minha vizinha, é um caos. Eu passo todo dia principalmente a noite antes de dormir. Eu passo tanto o spray quanto o em gel”. G2; “Agora doutora me tira uma dúvida. Em relação à microcefalia. A zika vírus na gestação, até que mês ela é prejudicial a criança?”. Esposo da G3

O assunto suscitou muitas perguntas, principalmente do esposo da G3. O mesmo mostrava-se interessado em saber até qual idade gestacional a doença Zika vírus na gestação podia causar malefícios ao bebê.

Observa-se que essa é uma temática e uma realidade emergente que necessita ser muito bem transmitida e discutida com o grupo de gestantes e companheiros.

Vale salientar, que conhecer as práticas e as reais necessidades de autocuidado exercida pelas gestantes subsidia aos profissionais de saúde o reconhecimento dessas modificações e intervir por meio da educação em saúde durante o acompanhamento do pré-natal, contribuindo assim para um período gestacional mais saudável, com menos riscos de intercorrências, impactando na saúde do binômio mãe-filho. (SILVA, et al, 2014).

Categoria 2: Parto

Essa categoria foi numericamente a mais expressiva com 24 unidades temáticas. Os discursos também revelam a relevância das informações, da educação em saúde no pré-natal para o empoderamento da mulher e na conquista de sua autonomia no momento de parir. Observa-se na fala da G7 a necessidade das informações sobre o processo de parturição para que a gestante tenha condições de avaliar a necessidade ou não de uma cesárea, algo nem sempre muito bem esclarecido pelos médicos na maternidade.

“Porque como eu tive cesárea ne, eu quero demais ter o parto normal e aí assim a ansiedade que eu to sentindo é pra eu começar o trabalho de parto, os sintomas. Porque eu não consiga sentir medo, eu quero passar por isso e ter essa experiência. E se a mulher não tem o apoio, ela não tem informação suficiente para ela conseguir passar por esse processo, quando ela chega no hospital as chances de ela passar por uma cesárea desnecessária eu acho que é enorme. Então a gente tem que se educar mesmo nisso, porque os médicos nunca tem aquela paciência de querer esperar”. G7

Quando aproxima-se do nascimento de seu filho, uma gama de sentimentos começam a florir. A mulher possui vários motivos para ter essa preocupação, como: da dor, de que o parto seja difícil, de não reconhecer os sinais do trabalho do parto, de má assistência médica, de estar sozinha na hora do parto como também evidenciado no presente estudo (SOUZA, VIEIRA, ALVES et al., 2015).

Nesse sentido, o enfermeiro precisa dar apoio informacional à mulher durante o acompanhamento do pré-natal transmitir o maior número de informações e orientações sobre o trabalho de parto e parto, principalmente para as primíparas, para que durante o tão esperado momento a mulher para que ela possa reagir de maneira positiva ao trabalho de parto e parto (SOUZA, VIEIRA, ALVES et al., 2015).

Os depoimentos trazem o interesse das gestantes em conhecer a Lei do Acompanhante para que empoderadas, possam exigir seus direitos na maternidade de ficar acompanhada no momento do parto de alguém que faça parte de sua rede de apoio. Os relatos mostram que o medo de ficarem sozinhas, sem acompanhantes no momento do parto, gera maior medo do que a própria dor do parto.

“Foi assim, o medo maior foi só em eu ter passado 5 dias sozinha La no quarto, no hospital. Sozinha, sentindo dor e não ter ninguém perto de você. G4; Eu já ate imprimi a lei do acompanhante, e coloquei na minha pastinha como a Adelaide falou pra eu imprimir tudo e deixar na pastinha. [...] Eu já disse a ele, quando eu começar a sentir dor tu pega esse papel, que é pra eu não ficar sozinha. Só que tem hospital que realmente não aceita, que não faz valer o seu direito”. G7

Os resultados dos discursos do presente estudo estão em consonância com estudo de Souza, Vieira, Alves et al. (2015), que relata o benefício da presença de acompanhante durante o trabalho do parto e parto, na promoção de maior tranquilidade e segurança para as gestantes. Atualmente, as mulheres possuem o direito de escolher um acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto, constituindo um respaldo legal através da Lei 11.108 de 2005, que garante a escolha e presença de um acompanhante em todo processo do parto e nascimento.

Categoria 3: Autocuidado no puerpério

Os discursos das gestantes revelaram a necessidade informacional sobre a autocuidado no puerpério. No entanto, essa foi a de menor expressividade numérica de unidades temáticas. Acredita-se que tal fato justifica-se por ainda ser de pouco conhecimento das gestantes a importância do autocuidado no período pós parto. Foi relatado a inquietação em relação ao tempo de repouso necessário no pós parto e com os cuidados com os pontos em caso de uma cesárea.

“Tem que ter todo aquele cuidado né, porque quebrar um ponto, principalmente se for cesariana [...] só depois, os cuidados, o que fazer”. G2; “O cuidado é maior né, tem que passar 3 meses, assim, sem fazer nada”.G8

O depoimento a seguir revela a preocupação dos hábitos alimentares no puerpério para que a sua alimentação não faça mal ao bebê, causando as desagradáveis cólicas no recém-nascido.

“Eu me preocupo muito com isso também porque a minha alimentação, só Jesus na causa. Porque o que você comer vai ser o seu leite. Então se você não quiser que sua filha tem cólica adoeça, tudo isso, você tem que se cuidar na alimentação”.G7

Os discursos trazem a necessidade informacional sobre a prática de relações sexuais após o parto, e sobre os métodos contraceptivos adequados.

“E depois da gestação eu já posso ter relação sexual? Porque minha mãe falou que eu não vou poder ter relação depois do bebê, ai eu não”. G2; “Ai a gente só pode tomar a injeção depois de 45dias né ?” G3

Categoria 4: Cuidados ao RN e Aleitamento materno

Dentre as necessidades informacionais elencadas pelas gestantes, os cuidados ao recém-nascidos e o aleitamento materno suscitam verbalizações em que revelam insegurança pela falta de experiência das primíparas ou até mesmo das multíparas que julgam não saber de tudo e que sempre é necessário aprender.

É perceptível nas verbalizações das gestantes o interesse de buscar por informações para aprender a cuidar de seu bebê. A prática de banhar um recém-nascido é transmitida de forma plausível através de vídeos na internet, como relatado por G2.

“Eu tava até vendo um vídeo na internet, assim porque eu pesquiso demais, muita coisa na internet. Eu fui ver na internet o primeiro banho, né[...]Aí eu sempre fico procurando pra mim saber, né. Meu Deus como é que essa mulher faz isso com uma criança, teve uma que nem chorar, chorou, viu”. G2

No entanto, em relação à higiene do recém-nascido, o que mais suscitou dúvidas e discussão foi a diferença da higiene íntima em ambos os sexos, conforme exposto nas falas seguintes:

“O sexo foi uma das coisas que eu fiquei mais...porque na minha visão, né? Menino acho que é bem mais simples. E menina, não. Acho que é bem mais complexo, assim porque tem que ter todo um cuidado, é um órgão totalmente diferente. Depois que eu descobri que era uma menina, eu fiquei assim mais... é uma das coisas que fica mais na minha mente”. G7; “Eu que sou mãe de menino e de menina, eu não tenho essa experiência toda pra falar, mas a diferença é muito grande mesmo. O menino, da higiene dele pra menina. [...] aí fica complicado, fica sempre aquele pouco de dúvida na cabeça da gente”. G4

Em relação ao aleitamento materno, os depoimentos trazem mais dúvidas em relação ao desmame e a conservação do leite para as mães que precisarem se ausentar, seja para estudar ou trabalhar. Observa-se o empenho das mulheres em manter o aleitamento materno exclusivo por seis meses.

“Na questão da amamentação eu optei por amamentar exclusivamente até os 6 meses, e assim como a licença só vale três, e eu não quero deixar de amamentar e nem quero perder a faculdade e nada disso, aí eu vou deixar meu bebe com a minha mãe e vou querer desmamar pra minha mãe dá pra ela. Só que assim eu não tenho nenhuma base, e nenhuma noção sobre isso. Acho que assim seria legal ter um dos encontros pra gente falar sobre isso, porque pode ter até mais de uma mãe que precise fazer isso”. [...] G7; “Vai que você precise ir em alguma emergência e não poder está perto da filha. Ou caso você tenha saído pra algum canto. Pra alguma coisa e não chegar a tempo. Acho que não só pra quem estuda e trabalha, mas pra uma emergência”. G2

O acompanhamento pré-natal é o lugar onde a gestante pode falar abertamente dos seus anseios, medos, das suas preocupações em geral com um profissional de sua confiança sem ser criticada por isso. Faz-se necessário, que o enfermeiro utilize atividades educativas que deem voz às mulheres como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem à mulher gestante. Questões, como as elencadas pelas

participantes desse estudo, são importantes que sejam abordadas: técnica de relaxamento, dor, ansiedade, preocupações, medo que a gestante possa ter e prepará-la da melhor forma possível para o momento de trabalho de parto, parto e pós parto (SOUZA, VIEIRA, ALVES, et al, 2015).

3º Momento- Atividade lúdica com massinha de modelar

Esse foi o momento em que as gestantes revelaram através da modelagem da massinha alguns dos cuidados dos recém-nascidos que elas julgaram importante. Foram modelados recém-nascidos sendo banhados, recebendo aconchego da mãe, como ação de amor e, bebê sendo cuidado pelo pai na figura de um super-herói, por que a gestante julga que o pai é capaz de promover cuidados ao filho melhor do que ela mesma. Foi uma prática que teve duração de aproximadamente vinte minutos. As gestantes verbalizaram a fim de descrever o que haviam modelado.

FIGURA 09 – Cuidados com recém-nascidos



Fonte: elaborada pela autora

“Aqui eu tentei fazer a minha neném, ela não tem braço nem tem perna porque ela está enroladinha, certo, vamos imaginar assim. Aí eu tentei desenhar ela dentro de um coração que quer dizer o aconchego, quer dizer o amor, então acho que pra mim conseguir cuidar dela eu vou ter que ter tudo isso. Porque é uma experiência nova, né, diferente”. G7; “Eu fiz como se estivesse dando banho, porque eu acho que essa vai ser a principal prática”. G3; “Eu fiz ele (pai) sendo o super-herói dela, ela toda no bebe conforto. Eu quis representar os cuidados do pai. Porque eu acho que ele vai ser mais cuidadoso que eu”. G2

4º Momento- Avaliação

Esse encontro foi avaliado positivamente pelas gestantes, porque foi dada a elas a oportunidade de expressar suas inseguranças e necessidades informacionais em relação ao período gravídico-puerperal. As participantes relataram que gostaram de se sentir na infância novamente, referindo-se à atividade lúdica com massinha de modelar.

FASE DO REPARTIR

Essa terceira fase do “processo de Quatro erres” da PCA, representada no Quadro 7 é a fase em que as necessidades informacionais reveladas pelas gestantes serão atendidas através da educação em saúde de forma dialógica com troca de experiências. Essa fase foi composta por três dias com as seguintes temáticas: Autocuidado na gravidez; Parto e autocuidado no puerpério; Cuidados do RN e Aleitamento materno.

Quadro 7 - Descrição da Fase do Repartir

| FASE DO REPARTIR | | | | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|---|--|---|
| 1º DIA | | 2º DIA | | 3º DIA | |
| Autocuidado na gravidez | Recursos utilizados | Parto e Autocuidado no puerpério | Recursos utilizados | Cuidados do RN e Aleitamento materno | Recursos utilizados |
| Zica / microcefalia | Série de vídeos do Dr. Dráuzio Varella | Sinais do Trabalho de Parto | Recurso áudio Visual | Aleitamento materno – ordenha e armazenamento | Álbum seriado do MS Prótese mamária e boneco |
| | | Parto normal x Cesariana | Recurso áudio -visual | Higiene íntima e Banho – diferenciar higiene de ambos os sexos | Vídeo Prática com banheira e boneco (Oficina) |
| Combate ao Aedes | Panfletos MS | Práticas para alívio da dor | Recurso áudio visual Oficina com massagens e bola suíça com a participação das gestantes e companheiro. | Higiene do coto umbilical | Vídeo Prática com boneco (Oficina) |
| Modificações | Caderneta | Leis | Discussão e | Troca de fraldas | Vídeo |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|---------------------------------|--|------------------------------|
| fisiológicas da gravidez | da gestante do MS Recurso áudio visual | (estudante, acompanhante, licença maternidade e licença paternidade) | Distribuição das Leis impressas | | Prática com boneco (Oficina) |
|--------------------------|---|--|---------------------------------|--|------------------------------|

Fonte: elaborada pela autora

1º dia da Fase do Repartir – Autocuidado na gravidez

Estiveram presentes nesse encontro cinco gestantes, um companheiro, a enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem, e uma duração de aproximadamente três horas.

1º Momento: Acolhimento

O acolhimento foi realizado com a Música Oração do Bebê de Bárbara Dias (ANEXO C), que retrata o bebê conversando com a mãe, revelando seus sentimentos e transformações pelas quais sua mãe gestante e ele dentro de sua barriga estão passando. Revela que mesmo no desconforto ou na tristeza existe o amor no binômio mãe-filho.

2º Momento: Problematização com a exposição dialógica da educação em saúde

A educação em saúde foi realizada de forma dialogada pela enfermeira moderadora utilizando-se dos conteúdos da Caderneta da Gestante (BRASIL, 2016), sendo, demonstrada através de recursos áudio visuais, para facilitar a visualização das imagens e conteúdo.

Primeiramente, foi conversado sobre a descoberta da gravidez, sendo este um período de transformações não só para a mulher, mas como para toda a família. Despertando muitas inseguranças no início, principalmente quando não planejada, conforme foi relatado pelas gestantes e companheiro abaixo:

“Eu fiquei nervosa quando eu fiz o exame. Ai eu fiquei pensando no que ia acontecer”. G1; “Eu pensei logo que o menino ia passar fome”. G11; “Ela disse “ ahh mais vai que tu me abandona” e eu disse que não era doido de fazer isso não. Esposo de G1; “Até a ultrassom, eu ouvir o coração dele bater, eu até que não tinha caído a ficha ainda. Ai eu vi a felicidade dele”. G1; “Só cai a ficha quando agente vai fazer a ultrassom, quando eu vi o coração bater comecei a chorar”. Esposo de G1; [...]

As modificações fisiológicas da gravidez foram elencadas por trimestre gestacional, com sensações ora de satisfação, ora de desconforto. No primeiro trimestre gestacional, o autocuidado na gravidez não se apresenta como ação fácil de se cumprir,

em virtude dos desconfortos como presentes nesse período gestacional como expressos nos depoimentos a seguir:

“A parte mais difícil é escovar os dentes. G11; No começo eu sentia desconforto. Quando eu tava indo trabalhar. Aí eu me levantava pra ir ao banheiro”. G8; “Um dia Adelaide ele não mexeu de jeito nenhum. E essa menina passou o dia chorando. Ai é porque o neném não tá mexendo. Aí eu disse, Claro você passa o dia dormindo, o menino vai ficar preguiçoso também. Aí quando foi no outro dia, eu disse tá vindo foi só você se levantar”. Esposo da G1.

Falando sobre o segundo trimestre gestacional, onde as modificações físicas são mais perceptíveis como o crescimento dos seios e da barriga e no quadril, além da sensação de bem estar e quando os primeiros movimentos do bebê na barriga são perceptíveis.

“Tem dia que o bebê tá se encaixando e se você mexe dói, levanta dói, isso aqui vai enlarguendo e ela vai se encaixando, né? A minha já meche tão desesperadamente, que quando não meche, eu já sinto falta. Ela fica com o pé no meu umbigo, fica empurrando, ai ele beijou, beijou. Eu não consegui ver, mas ele viu, ele se emocionou na hora até”. G2

Quando foi dialogado sobre o terceiro trimestre gestacional em que a sensação peso e desconforto aumentam, redução do sono, além de ser período de preparação para o parto, revelando a ansiedade das mulheres, companheiros e família em relação ao parto, o que e foi identificado nos depoimentos abaixo.

“Eu não queria nem que ela sentisse dor. Se ela sentir dor eu fico com pena”. Esposo G1; “Lá em casa ninguém quer que eu tenha normal. Tá sendo uma briga porque minha mãe todo dia ela fala, você não vai ter normal”. G8.

Foi abordado sobre os dez passos para a alimentação saudável para sua gravidez como foi elencado como necessidade informacional de forma mais expressiva na Fase de Revelação.

“Compro leite, pega a banana e coloca no leite. Lá em casa tem carne, tem frango, tem tudo aí ela pega e diz: Eu quero comer carne de lata, eu quero comer lingüiça. [...]Teve uma vez que ela passou foi mal, lá no posto porque ela tava comendo direto comida salgada, essas coisas”. Esposo G1
 “Lá em casa todo mundo comendo pastel e eu tomando sopa”.G11; “Tudo demais é veneno. Eu como quase todo dia pizza. Eu tiro todo o recheio da pizza e como só a massa”. G2; “Eu como coxinha com tanto ketchup. Eu uso tempero completo, mas é bem pouquinho”. G8; “Tem que entrar a família toda na dieta”. G11.

Os depoimentos revelam seus hábitos alimentares, que dificilmente é realizada de forma adequada, sendo influenciada pelos hábitos alimentares da família.. Estudo anterior também revela a preocupação das gestantes com relação à alimentação saudável e ao uso de tinturas nos cabelos e descolorante no corpo, como evidenciado também no presente estudo (SILVA, et al, 2014).

Para colocar o assunto do Zika vírus e da microcefalia em pauta foram utilizados uma série de vídeos do Drº Dráuzio Varela, onde o mesmo e outras mulheres através de suas vivências abordam sobre a disseminação, o quadro clínico e a profilaxia da doença, além de tirar dúvidas mais frequentes sobre o Zika vírus na gravidez e as possíveis repercussões para a o bebê, como a microcefalia.

Foram distribuídos panfletos informativos do Ministério da Saúde sobre o combate do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da doença, como apresentado na Figura 8 abaixo:

Figura 10 – Planfleto Zika Zero



Fonte: elaborada pela autora

Esse foi um assunto que suscitou muitas reflexões e questionamentos, como revelados nas falas a seguir:

O combate ao mosquito como forma mais eficaz de combate da doença foi representado na trabalho dos agentes de endemias. Os depoimentos revelam a preocupação na descoberta da gravidez em virtude da grande incidência da doença na

gravidez. O exame ultrassonográfico é citado como forma de diagnóstico e de descarte da microcefalia do bebê, como revelado pelo esposo da G1.

“Aqui de 15 em 15 dias os rapazes passam. G2; Um bichinho tão pequenininho, capaz de fazer tanto mal” G2; “Dá uma preocupação tão grande que foi logo no auge da zika que ela engravidou. A ultrasson, aquela que dá pra ver o nenenzinho todinho, ela pode fazer?” Esposo da G1

É notório o fato de que a gestação é um momento decisivo na vida de uma mulher e como este momento pode influenciar no psiquismo da gestante; as representações geradas neste período, sobre o feto e com os dados concretos que o exame ultrassonográfico disponibiliza a respeito do bebê, a grávida pode, desde então, confrontar o bebê imaginário com o bebê real (SOUZA, PEDROSO, 2011).

Quando foi discutido sobre o autocuidado com a utilização de repelentes e roupas cobertas e de cor clara durante toda a gravidez para prevenir a doença, foi revelado por algumas gestantes, como exemplificado no depoimento de G8 que acreditam que após o quinto mês gestacional não tinha mais risco do Zika vírus causar microcefalia nos bebês. Pensando dessa forma, as gestantes deixavam de se cuidar nesse período gestacional, tornando-se alvo fácil para o mosquito.

“Pois é, eu escutei muita gente falando que depois do quinto mês tinha mais isso e eu até me descuidei um pouco. Não passava mais repelente, não cuidava mais como no início da gestação. Eu ainda tenho repelente lá em casa, dois vidros”. G8

3º Momento- Atividade lúdica com construção de uma tela

Para essa atividade foram oferecidos lápis de cor, giz de cera, canetinha e uma cartolina branca. Nesse momento, foi solicitado que as gestantes e o acompanhante presente desenhassem algo que lhes chamou atenção nesse dia. Essa atividade teve duração de aproximadamente meia hora.

Figura 11 - Mudanças ...Esperança



Fonte: elaborada pela autora

Foi desenhado um mosquito *Aedes aegypt* cortado, no canto esquerdo superior do papel, representando o seu combate. *Vou desenhar o Zika.G2*. A gestante simboliza a doença Zika com o mosquito transmissor da doença.

A palavra ansiedade foi escrita, distribuída pelo papel, por três gestantes.

“Pode ser uma palavra? Vou botar minha palavra” G1; “E eu também, tô tão ansiosa. Quando tá se aproximando parece assim que o dia não passa; Eu escrevi que tô ansiosa e eu estou mesmo”. G8

Uma gestante associou a palavra ansiedade ao medo, no lado direito do papel, sendo atribuída à gravidez não planejada:

“Porque assim eu tava com medo de eu não querer a gravidez no começo entendeu até os nove meses, só que hoje eu compreendi que tem muita gente que pode querer e que não pode querer. A gente tem que querer, né. Mas às vezes você fica assim, meu Deus pra quê eu fui engravidar agora, como é que eu vou terminar minha faculdade, como é que eu vou ter dinheiro pra cuidar do meu filho. É e eu ao mesmo tempo sinto ansiedade e medo”. G11

Foi desenhado um feto de cabeça para baixo, representando a posição cefálica, no canto direito superior do papel.

“Aqui eu desenhei meu filho na barriga da mãe, de cabeça para baixo”. Esposo da G1

Para representar a alimentação saudável como forma de autocuidado na gravidez foram desenhadas frutas e verduras, no canto esquerdo inferior do papel:

“Sobre a alimentação importante porque as meninas tudo falando aí do sal, ela aqui pelo amor de Deus, não pode ver um saleiro. Eu tô até me controlando, domingo eu não comi pizza, colocaram três pizzas na minha frente. [...] Pronto é isso, a alimentação, eu vi que a comida, essa daqui a pressãozinha alta né, também tem que cuidar”. G8

Demonstra a preocupação que a G8 teve com as outras gestantes do grupo que relataram os maus hábitos da alimentação. Simbolizou a alimentação ideal para o autocuidado das gestantes com frutas e verduras.

A escolha do título “Mudanças...Esperança” foi realizada pelos participantes depois de terminadas as ilustrações. As verbalizações revelam a esperança de mais estudos e estratégias para o combate do mosquito transmissor do Zika vírus, promovendo mudanças na realidade atual que inspira medo aos casais, especialmente às gestantes.

“Esperança que dê certo. Que possa achar solução pro mosquito. Esposo da G1; Mudanças”.G11; “Esperança mais mudanças”. G2.

Observa-se com essa atividade lúdica que os aspectos psicossociais, como ansiedade e medo, os hábitos alimentares na gravidez e a atual realidade de grande incidência de microcefalia em bebês associada ao Zika vírus na gravidez foram temas que mais tiveram repercussão no encontro intitulado autocuidado na gravidez.

4º Momento- Avaliação

O primeiro dia da Fase do repartir foi muito bem avaliado pelos participantes do encontro. Foi salientada a importância de participar de um grupo para se empoderar de muitos conhecimentos, antes não adquiridos.

“Gostei mais sobre o vídeo do doutor Dráuzio que a gente nunca sabe o suficiente, se vai ter”. G1; “Gostei demais assim. Serve só pra aprimorar mais né, a convivência, o cara acaba até amadurecendo um pouco, bastante”. Esposo da G1; “O dia de hoje foi diferente dos outros, acho porque tá chegando mais perto né. Porque nunca é demais, sempre é de menos, você vim pra saber mais coisas, você saber que tem pessoas lhe ajudando, pra você não fazer nada de errado, que tá aqui pra ajudar [...]”. G2

2º dia da Fase do Repartir – Parto e Autocuidado no Puerpério

Nesse dia, estiveram presentes somente duas gestantes e um companheiro, além da enfermeira moderadora e três acadêmicas de enfermagem. Esse encontro teve uma duração de aproximadamente duas horas.

1º Momento- Acolhimento

O Acolhimento foi com a música Reconhecimento de Isadora Canto, que retrata a espera da gestante pelo seu filho que está por nascer. A música causou muita emoção nas gestantes e no companheiro presente, sendo representada nos olhos marejados de água.

2º Momento: Educação em saúde sobre o Parto e Autocuidado no puerpério

A educação em saúde foi, inicialmente, sobre as preparações para o parto, sobre o trabalho de parto e parto. Para proporcionar discussões dialógicas sobre o assunto, foi utilizado o conteúdo da Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) utilizada no pré-natal com a ajuda do recurso áudio visual como para transmissão. Posteriormente, foi falado sobre o autocuidado no puerpério. Para isso, foi utilizada a Cartilha Saúde e Bem estar no Pós Parto como mediador da educação em saúde em grupo.

Os depoimentos revelam a experiência desagradável que as duas gestantes tiveram ao conhecerem a maternidade de referência do município.

“Infelizmente tive a oportunidade de conhecer a Maternidade de Santa Terezinha.G3; Eu já fiz o toque três vezes. Fui porque tava sangrando, lá no Santa Terezinha. Lá não tinha ninguém pra atender, eu rodei o hospital todinho e o hospital vazio, ai eu fiquei lá fora chorando ai a mulher veio e me ajudou. Lá dentro ele foi assim, super bruto” .G11

Quando estava sendo falado sobre como identificar o trabalho de parto, o discurso mostra a ansiedade delas e do companheiro em saber o que vai acontecer nas horas que antecedem o momento do parto.

“[...] é meu esposo perguntou sobre o tempo até o parto. Tem também a questão da ansiedade”. G3; “Quem vai conseguir controlar ne ? Nem se for cesariana pode comer também?”. G11

Ao ser conversado sobre o que pode ser feito para favorecer o parto, mostrando imagens com exercícios para alívio da dor, além das posições variadas de parto, as gestantes relataram:

“Essa bola é a do Pillates, né ? Essa posição fica em cima da cama?” G3; “[...] eu fico imaginando é a gente com dor e fazendo essas posições. Deve ser muito ruim e doer demais. Não é nem a vergonha, é a dor.. Essa posição ai é em cima da cama?” G11; “[...] ahh vou ate dizer pra pegar uma declaração pra mim poder começar a hidroginástica. [...] é bom também pra fazer pillates, né, é muito bom. Vou pedir pra minha sogra uma bola dessa [...]”.G3

O desconhecimento de tais práticas pelas gestantes como promotoras de bem-estar e alívio da dor do trabalho do parto e parto, demonstrado no discurso da G11 que refere que a utilização da bola suíça faz é proporcionar dor, aumentando o desconforto no trabalho de parto.

A G3, por sua vez, mostra o interesse em praticar exercícios durante a gravidez, citando a hidroginástica e o pillates como boas opções e ainda refere que vai adquirir a bola suíça para utilizar em sua residência.

Terminada a educação em saúde sobre o trabalho de parto e parto, foi realizada a discussão sobre o autocuidado no pós parto.

Um dos cuidados que mais chamou atenção das gestantes foi os dispensados às mamas, sendo demonstrado nas verbalizações das gestantes G3 e G11.

“Não é pra passar hidratante? Nessas regiões dos seios? G11; Nem sabonete pode usar nas mamas?”.G3; “Meu bico não é grande, é bem pequenininho. É

bem pouquinho mesmo e ainda é rachadinho no meio, bem pequenininho mesmo. É difícil ver uma mãe que deu de mamar até os 6 meses. Não é que geralmente dão mingau também, chega nos 3 meses aí já para”.G11

A G11 indagou sobre a utilização da cinta, se é adequado para o bem estar e após os dois tipos de parto.

“A cinta ela num atrapalha não né ? [...] e se for cesárea posso usar?”. G11

O puerpério é representando como uma fase que precisa de cuidados e de ajuda da rede de apoio, o que revela a fala da G3, abaixo:

“Ainda bem que a minha mãe vai vir pra cá. Acho que o meu esposo tá mais preocupado que eu. Minha mãe vai vir no final do mês”. G3

A mãe e o marido são citados como rede de apoio, sendo a mãe a pessoa que terá mais preparo psicológico nesse momento, já que seu marido está mais ansioso do que a própria gestante.

O significado da rede de apoio no puerpério é construído antes da maternidade, como evidenciado no presente estudo, e se concretiza diante de sua vivência. A sua relevância está atribuída a possibilidade de minimizar os sentimentos adversos, bem como contribui no exercício da função materna (CARVALHO, BRITO, 2016).

Esse quarto encontro foi o de menor número de participantes e de menor tempo utilizado. A gestante G11, que foi com seu namorado, chegou mais tarde no local, o que justificou o atraso do início do Grupo de convergência. A mesma nos relatou, sigilosamente, antes de entrar na sala, que seu namorado estaria somente de corpo presente porque estava com depressão por causa da sua gravidez. Além disso, nos pediu para não fazer perguntas a ele, para que não corresse o risco de ele querer ir embora.

No entanto, observou-se que apesar de ele não ter participado com verbalizações, mostrou interesse pelo assunto e satisfação em estar presente no grupo através de comunicações não verbais, permanecendo até o final do encontro. Além disso, a G3 estava preocupada com o horário, porque ainda ia trabalhar e tinha receio de ser prejudicada se chegasse atrasada. Diante disso, acredita-se que o diálogo não se estendeu tanto como nos encontros anteriores, influenciando, dessa forma, na quantidade de registros de falas das participantes dos estudos.

3º Momento – Oficina

Foi realizada uma oficina com as gestantes para demonstrar práticas de alívio da dor que podem ser realizadas durante o trabalho de parto ainda em casa com a participação do companheiro. Foram demonstrados exercícios com a utilização de utensílios domésticos como cadeira, além da bola suíça, cedida por outra gestante G7 que não estava presente no dia para a Oficina.

Foi um momento que suscitou muita curiosidade das duas gestantes, além da descontração das mesmas. A G11 fez vários exercícios com a bola suíça, relatando sensação de conforto e bem estar, contrapondo com o que ela acreditava e foi verbalizado anteriormente. A G3 afirmou o seu interesse em adquirir uma bola suíça para utilizar em casa no decorrer da gravidez para aliviar suas dores lombares e no quadril.

4º Momento- Avaliação

Apesar de ter sido um encontro de menor participação e de diálogo mais restrito, percebeu-se a relevância da assistência de enfermagem com a educação em saúde com a temática do parto e do autocuidado no puerpério para o empoderamento das mulheres e companheiro. A oficina com a demonstração de práticas de alívio da dor quebrou o gelo do grupo e promoveu maior interesse das gestantes em si cuidar para amenizar as dores do corpo.

“Gostei muito do dia de hoje. Não sabia de nada do que vimos aqui hoje. G3. Foi ótimo. Apesar de ter vindo pouca gente foi muito legal, divertido. Hoje, me sinto mais preparada”. G11

3º dia da Fase do Repartir – Cuidados do recém nascido e Aleitamento materno

Nesse encontro, estiveram presentes seis gestantes e um companheiro. Foi proporcionado um rico diálogo com trocas de experiências sobre os cuidados com o recém nascido e sobre o aleitamento materno com duração de duas horas e meia.

1º Momento – Acolhimento

O acolhimento foi proporcionado com a Música “Dentro de mim” de Bárbara Dias” (ANEXO E). A canção representa uma conversa da mãe com seu filho que ainda está na sua barriga. Fala da ansiedade em conhecê-lo, poder cuidá-lo. A música causou muita emoção no grupo, sendo demonstrado em vários olhos marejados d’água.

2º Momento – Educação em saúde

Foi abordado os cuidados do recém-nascido elencados pelas gestantes nas entrevistas individuais e na Fase da revelação, como banho, troca de fraldas, higiene íntima, aleitamento materno, ordenha e armazenamento do leite materno, além da manobra para desengasgar o bebê.

Foram utilizados vídeos instrutivos sobre banho, troca de fraldas, higiene íntima, limpeza do coto umbilical, além de bonecos, banheira, fralda, fita adesiva, prótese mamária e álbum seriado do Ministério da Saúde sobre o aleitamento materno como recursos para a educação em saúde.

Primeiramente, foi conversado sobre o aleitamento materno, com seus benefícios, pega correta, desmame e conservação do leite materno.

As falas das gestantes retratam experiências anteriores com amamentação, sendo manifestadas algumas dificuldades relacionadas ao mamilo não protuso, como relata G4 e mamas ingurgitadas, exemplificado com o relato da G8.

“Eu nem cheguei a amamentar, porque o menino era tão esfomado e eu não tinha paciência não, derramava leite, chorava. E eu não consegui fazer o bico, eu tinha bico mas era muito pouco. Quanto mais a criança chupa, mas vai criando ne”. G4; “Os meus seios ficaram dessa altura aqui, eu tive muito leite, eu tive que levar uma enfermeira lá em casa pra desmamar, porque tava pedrando já, era muito leite”. G8

O depoimento da G8 mostra a importância dos cuidados clínicos de enfermagem no manejo do aleitamento materno.

Observa-se nos relatos das gestantes a satisfação que tiveram em amamentar seus filhos, evidenciando-se o vínculo do binômio mãe e filho.

“A minha já tinha 1 ano e não queria deixar de mamar, Ela mamava bem, [...] ela é bem saudável e se eu deixasse até hoje ela mamava ainda. É uma experiência até boa né, ver que ele tá se alimentando, que ele gosta, que ele tá sentindo a quentura da mãe, ele adora. É uma sensação muito boa”.G4; “Do meu foram dois anos fechados. Bico, mamadeira nunca quis é tanto que pra ela eu comprei, mas eu sei que não precisa”. G7

Percebe-se nos depoimentos das gestantes primíparas que suas participações referiam-se às dúvidas e indagações, demonstrando falta de experiência e de conhecimento em relação à amamentação, como exemplificado na fala da G2.

“Eu queria saber né assim do peito, se na hora que ela tá mamando ela vai chupar todo esse peito, aí o peito seca na mesma hora, como é que eu sei ? Tô aqui treinando com esse bebê, é bem pesadinho. [...] Na hora que o bebê se engasga, tem mãe que se desespera tanto”. G2; “Eu só não me desespero porque eu já tenho experiência”.G4

A G2 demonstra apresentar dúvidas quanto à pega correta, em que momento reverter o peito e o que fazer em caso de o bebê se engasgar com leite materno. Observa-se no relato da G4 que a experiência reduz o medo de cuidar do recém-nascido.

Utilizou-se uma prótese mamária e um boneco para demonstrar a pega correta do bebê no momento da amamentação. A G2 aproveitou para treinar as posições da pega correta.

Diante disso, defende-se que, além da troca de experiências em um grupo de gestantes múltiparas e primíparas, a educação em saúde como estratégia para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal reduz a insegurança das gestantes proporcionada pelo desconhecido.

Concluídas as discussões dialógicas sobre o aleitamento materno, utilizou-se de vídeos educativos para demonstração do banho, higiene íntima em ambos os sexos e troca de fraldas e limpeza do coto umbilical.

Os discursos das gestantes revelam o desconhecimento sobre a higiene do coto umbilical, além de sentimentos de repugnância e medo de causar dor ao pegar para limpar.

“Eu pensei que doía (umbigo) G8; Pois, diz ai, que eu era capaz de nem pegar.G2; Chega dá gastura G8; É pra passar só no umbigo?” G7.

Em relação à higiene íntima dos bebês, os relatos relacionam às diferenças dos cuidados em cada sexo. Fica evidenciado que as mães que nunca experienciaram o cuidado de um bebê masculino ou feminino apresenta dúvidas e curiosidade, o que foi desmitificado após assistirem o vídeo educativo e escutaram os relatos das outras.

“Principalmente quem já tem menina ne, é totalmente diferente. Eu ate andei cuidando do meu primo esses dias pra ver, mechi la nos ovinhos dele. Principalmente quem já tem menina ne, é totalmente diferente”. G8; “É isso que eu pensava que o meu menino tivesse, ai levei no medico e ele só passou pomada[...]”. G4; “ É também tem o caso dos ovinho né”. Esposo da G8

As gestantes verbalizaram sobre a preparação da mala do bebê para levar para a maternidade como um dos cuidados a serem considerados.

“Eu já preparei a mala dela, botei a fralda, um pacote de fralda recém-nascido ne, o lenço umedecido, um pacote de algodão, o alcoozinho, a pomada”. G2; “Tem maternidade que nem permite ne a entrada da bolsa, minha cunhada quando foi ter a menina dela não deixaram na maternidade”. G8

3º Momento – Oficina com os Cuidados do recém-nascido

Após a enfermeira facilitadora do grupo e as acadêmicas de enfermagem demonstrarem com o boneco, o banho, a troca de fraldas e a higiene do coto umbilical, a G2 espontaneamente foi demonstrar como trocar a fralda do bebê e como dá o banho no recém-nascido.

Os depoimentos das gestantes falam de suas experiências de formas diferentes de dá um banho em um bebê. É revelado no discurso da G8 que esses conhecimentos são transmitidos de mãe para filhos.

“Eu já dei vários banhos nas minhas sobrinhas”. G2; “Já dei banho nos meus filhos claro e nos meus primos”. G4; “Eu não faço assim não, eu faço igual ou a minha mãe ou minha vó faz”. G8

Foi demonstrada a manobra para desengasgar o bebê. Nos discursos dos encontros anteriores, as gestantes mostram muito medo de o bebê se engasgar com o leite materno e não saberem o que fazer para desengasgá-lo.

4º Momento- Avaliação

O quinto encontro foi avaliado pelas gestantes de forma satisfatória, sendo evidenciada a importância da educação em saúde para o empoderamento da mulher gestante.

“Hoje foi o dia que eu mais gostei”. G2; “Hoje foi tirado todas as duvida pra quem tinha duvidas ne, foi esclarecido [...] nunca teve o que tá acontecendo agora aqui, se fosse pra saber tinha que ir atrás pra saber ne”. G4; “Foi muito rico o dia de hoje, podemos trocar nossas experiências e aprender bastante”.G7

FASE DO REPENSAR

Essa é a última fase do grupo de convergência da PCA. Nesse encontro estiveram presentes sete gestantes e teve duração de aproximadamente três horas de duração.

1º Momento- Acolhimento

O acolhimento foi proporcionado com a Música Dentro de mim de Bárbara Dias (ANEXO E). Como as gestantes já haviam escutado essa música no encontro anterior, elas cantaram também, demonstrando muita emoção.

A música com letra que descreve a espera pelo nascimento do bebê, para conhecê-lo, colocá-lo no braços, ouvir sua voz, acalmar seu choro, ver seus primeiros passos, rir e fazer rir. Fala do planejamento do seu quarto.

As gestantes espontaneamente verbalizaram, mostrando-se muito emocionadas, e identificando-se com a gestante da música que está ansiosa para conhecer seu bebê.

“Linda ..Linda...Linda. Parece que ela tá falando o que a gente tá passando né? G2; É porque a ansiedade Ave Maria só em você saber que falta onze dias, eu tava pra ficar doida. Eu tô no nível assim de chorar muito. Bem mais, bem mais, assim do nada eu tô assim em casa aí começa, aí eu sem pensar né. Chegar, não sei, assim a ansiedade, finalmente chegou o mês de setembro sabe”. G7; “Eu acho que depois que a gente vê o rostinho, que nasceu bem com saúde né, a gente fica agradece a Deus”. G8.

2º Momento- Problematização

A problematização foi realizada primeiramente com a retrospectiva dos encontros relatada pela enfermeira, oportunizando diálogo entre as gestantes presentes. Utilizou-se como pergunta norteadora para esse momento “Como os conhecimentos apreendidos durante os encontros do Grupo de Gestantes irão influenciar na sua gravidez, parto e pós-parto?”

Essa fase tem como principal objetivo proporcionar reflexões sobre a possibilidade de transferência para a vida real do que foi compartilhado e apreendido nos encontros.

Observa-se nas falas das participantes que a troca de experiências entre as gestantes proporciona o conhecimento da realidade do processo de gerar e parir.

“Porque uma coisa é a gente conversar em casa, a gente pegar e pesquisar alguma coisa na internet assim né, mas outra história é você vivenciar mesmo com outras, com outras gestantes né, pra saber o que eu elas tão passando, o que eu a gente tá passando, porque é algo real né”. G7

Os depoimentos revelam a possibilidade da transferência do que foi apreendido em relação ao autocuidado na gravidez e no puerpério e aos cuidados com o recém-nascido para a vida real, quando os conhecimentos forem colocados em prática.

“Até em relação ao banho, Eu até falei com minha mãe ontem que depois ia mostrar o vídeo pra ela pra minha vó” G8; “O cuidado do seios também, banho de sol, agora já sei. Vou colocar em prática”.G2; “Eu descobri várias coisas que eu não sabia né, agora eu posso botar em prática, vai ser bom”. G9; “Eu quero muito ter um parto normal, mas digamos que por algum, algum motivo, alguma indicação, eu tenha que fazer uma cesárea né, é o cuidado com os pontos, é, porque o primeiro eu acho que passei o quê uma semana cobrindo, fazendo curativo, porque eu não sabia, se eu precisar passar por isso, eu já vou saber como cuidar [...] Então acho que ajudou desde a gestação e até quando eu tiver a nenê”. G7

A gestante G2 verbaliza a vontade de transferir suas vivências durante o período gravídico-puerperal e seus conhecimentos apreendidos nesse grupo de gestantes para as futuras mães do próximo do grupo que for formado. A gestante G7 reitera a

relevância de haver um reencontro com as gestantes desse grupo para que fossem trocadas as experiências vivenciadas no parto e pós-parto para avaliar se as expectativas de cada uma foi alcançada após terem suas necessidades informacionais atendidas no pré-natal.

“No próximo grupo de gestantes que vem quando eu tiver meu bebê eu faço questão de vir pra dá dicas né. Faço questão ó gente. Eu sei o quê que vocês tão passando [...]”. G2; “E seria interessante também, não sei né [...] pra gente tirar um dia para se encontrarÉ pra vê se foi... A expectativa da gente, não sei se, se aconteceu como a gente esperava né”. G7

3º Momento- Avaliação

Para esse momento de avaliação foi utilizada uma pergunta norteadora “Qual a importância da educação em saúde utilizada pelo enfermeiro no pré-natal?”. O objetivo desse momento, na realidade, não está restrito a avaliar somente esse último encontro, e sim a estratégia da educação em saúde como cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, que foi implementada durante todos os encontros do grupo de convergência.

Observa-se nos discursos que a educação em saúde oportuniza a troca de experiências, resultando na identificação com a outra colega que está vivenciando momentos semelhantes. A palavra troca é verbalizada de forma expressiva, o que aponta a sua significância no âmbito da educação em saúde dialógica, conforme defendida por Paulo Freire. A aplicação da educação em saúde através do método “Círculo de Cultura” de Paulo Freire proporcionou uma convivência participativa com ênfase no diálogo entre enfermeira, acadêmicas de enfermagem, gestantes e companheiros.

“Eu acho que o primeiro ponto positivo foi a gente ter um espaço, pra poder se reunir né, pra poder trocar experiência porque por mais que a gente tenha vários filhos sempre vai ter algo novo né, e ... (diferente). Ter essa troca de informação, que tem né...”. G7; “Principalmente as a troca né, porque a partir do momento que a gente conversa com outra gestante, a gente vai se identificando né, o que sinto ela sente também, o que eu tenho dúvida ou não passei a outra já passou”. G9.

Além da troca de experiências, a educação em saúde no pré-natal é uma forma de buscar conhecimento, empoderar-se, refletindo-se na maior segurança e autonomia da gestante nesse processo de gestar e parir.

“Buscar conhecimento, buscar troca de experiência, é muito importante pra pessoa se empoderar daquele momento, fica mais fortalecido, mais seguro, porque realmente a pessoa precisa ser corajosa”. G7; “Você ter uma orientação maior”. G5; “Bastante, bastante mesmo, é porque foi muito foi assim, eu passei a conhecer muita coisa assim diferente”. G4

A necessidade da prática da educação em saúde durante todo o ciclo gravídico-puerperal é revelada nas políticas voltadas para a saúde da mulher, por se tratar de um momento novo, único e repleto de modificações na vida da mulher e de sua família (RODRIGUES et al, 2013).

As ações educativas como estratégias para o cuidado clínico de enfermagem foram entendidas como proposta geradora de mudanças na prática assistencial de enfermagem com a perspectiva de atender as necessidades informacionais das gestantes.

A educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal envolve as mulheres com evidência, por serem o centro do processo educativo, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo. (RODRIGUES et al, 2012). Entende-se, portanto, que a forma de expressão das gestantes no processo educativo durante o acompanhamento do pré-natal fornece direcionamentos acerca da educação em saúde na gestação como cuidado clínico de enfermagem.

O depoimento a seguir demonstra a satisfação das gestantes com os cuidados de enfermagem dispensados no pré-natal da atenção primária de saúde, em virtude da atenciosidade, da escuta dedicada à gestante e aos seus familiares, além das necessidades informacionais esclarecidas.

“Foi importante eu gostei. Acho que a melhor coisa que minha mãe fez, foi ficar mexendo comigo pra é eu iniciar o pré-natal no posto. [...] E bem melhor, e bem melhor, não me arrependo, [...] Mas assim a questão da atenciosidade, da escuta, das dúvidas”. G7

Acredita-se que os profissionais e os serviços de saúde têm papel fundamental neste processo de cuidado, que envolve a saúde do binômio mãe-filho. A criação de programas educativos e a reorganização do atendimento dos serviços de saúde são estratégias que podem contribuir para efetivar a qualidade da assistência prestada no pré-natal (SILVA et al, 2014).

7 CONCLUSÃO

Ao considerar as gestantes como um ser dotado de necessidades, que devem compreendidas e atendidas, as práticas e saberes devem ser desvelados e compartilhados para minimizar a insegurança, dúvidas e dificuldades das mulheres em relação aos cuidados no período gravídico puerperal. Diante disso, defende-se a educação em saúde como ferramenta do cuidado clínico de enfermagem no pré-natal capaz de promover mudanças na assistência de enfermagem e no processo de gerar e parir das gestantes.

Através da dança da PCA, foi possível apreender as representações sociais das gestantes em relação à gravidez, onde o conhecimento do senso comum das gestantes foi reconhecido, o que serviu de subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

A descoberta da gravidez gera sentimentos de satisfação e felicidade, ancoradas na realização de um sonho, no fortalecimento dos vínculos familiares, na bênção divina, evidenciando-se uma forte crença religiosa nas representações sociais em relação à gravidez. A gravidez é representada como um estado de mudanças, sejam elas físicas e psicológicas, constituição familiar e responsabilidade em relação à gravidez e à maternidade, objetivada nas mudanças de comportamento. Dentre as inúmeras transformações físicas imbricadas ao fenômeno, o barrigão é apresentado como a maior simbologia da gravidez.

No entanto, como fenômeno multifacetário, a gravidez também desperta sentimentos negativos como a dor, o desconforto causados pelas modificações físicas, e o medo e a insegurança relacionadas, principalmente, às gravidezes não planejadas, como verbalizadas pelas adolescentes do estudo.

Foi revelado no estudo de forma expressiva o medo das gestantes em relação aos riscos da doença Zika vírus e a microcefalia, como realidade emergente. O autocuidado na gravidez como profilaxia da doença é enfatizada, no entanto, é muito discutida a responsabilização dos vizinhos no combate ao mosquito transmissor. Diante dessa realidade, cabe ao enfermeiro incluir em suas atividades educativas essa temática emergente.

A implementação da educação em saúde em grupos de gestantes como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal por meio do “Processo

dos Quatro Erres” da PCA possibilitou a revelação dos saberes e práticas das gestantes, sendo compartilhados com o grupo de gestantes.

O método do Círculo de Cultura em cada encontro do Grupo de Gestantes oportunizou a utilização da educação em saúde de forma dialógica, permitindo o empoderamento das gestantes.

Na Fase do Reconhecimento, as representações sociais das gestantes em relação à gravidez foram apreendidas através do diálogo proporcionado na problematização e pelo método projetista desenho-estória com tema.

Na Fase da Revelação, as necessidades informacionais imbricadas aos cuidados no período gravídico-puerperal foram reveladas pelas gestantes, dentre eles: autocuidado na gravidez, cuidados no parto, autocuidado no puerpério, cuidados com os recém-nascidos e aleitamento materno.

Na Fase do Repartir, foi aplicada a educação em saúde com as temáticas reveladas anteriormente, com o compartilhamento de saberes e práticas do grupo de gestantes, enfermeira e acadêmicas de enfermagem.

Na Fase do Repensar foi alcançada uma reflexão sobre a possibilidade de transferência do apreendido pelas gestantes para a vida real, permitindo avaliar a sua aplicabilidade em seu cenário familiar. Nessa fase, a educação em saúde foi avaliada de forma positiva pelas gestantes, como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal capaz de minimizar as dúvidas, medos e dificuldades das mulheres e realizar mudanças em todo período-gravídico puerperal.

O estudo atendeu aos pressupostos da PCA, em que alcançou-se a dialogicidade da prática assistencial e da pesquisa com o potencial gerador de mudanças às mulheres gestantes; a expansibilidade, em que houve a flexibilidade na prática assistencial a medida que surgiram temas emergentes; a imersibilidade, já que a pesquisadora esteve imersa em seu cenário de prática assistencial, e a simultaneidade, uma vez que a pesquisa e a assistência através da educação em saúde tiveram suas instâncias próprias respeitadas, não havendo a dominância de uma sobre a outra.

O estudo possui algumas limitações, como o fato de ser uma pesquisa realizada em uma única Unidade Básica de Saúde e restrita à mulher no período gestacional, não sendo apreendidas suas representações após passarem pelo processo de parturição e maternagem. Outra limitação foi a não participação de todas as gestantes do estudo em todas as fases do grupo de convergência. Faz-se necessário a realização de outro estudo com as mesmas mulheres para avaliar a eficácia da prática assistencial

dedicada durante o pré-natal, além de confirmar a revelação da transferência dos conhecimentos apreendidos pelas gestantes na vida real, durante seu parto e puerpério.

Ainda seriam relevantes outros estudos sobre o fenômeno da gravidez e maternidade, incluindo a rede de apoio da mulher gestante, como o companheiro e familiares, já que os mesmo participam desse processo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.155-171.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. **Psicologia USP**, v. 6, n. 2, p.103-127. 1995.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.& AMBROSIO, F. F. O ser e o fazer: enquadres na clinica Winnicottiana. **Mudanças- Psicologia da saúde**, v. 13, n. 2, p. 343-363. 2004
- ALBA, M. de. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 393-430.
- ALBUQUERQUE-SOUZA, A. X.;NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p.588-596. 2012.
- ARAÚJO, N.M., et al. Body and sexuality during pregnancy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.
- ARAUJO, N.B.; MANDÚ, E.N.T. Social construction of meanings about pregnancy/motherhood among adolescents. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1139-1147, 2015
- BARBOSA, L.N. et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo em Cuiabá – MT. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 147-153, 2015.
- BARBOSA, N.R., et al. Da gestação ao nascimento: percepção do casal grávido. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 108-23, 2013
- BITTENCOURT, I.S. **Educação em saúde**: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários/Isaiane Santos Bittencourt. 2010, 87f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2011b. 240p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.569 de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré natal de baixo risco**: Ministério da Saúde; 2012 A. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.32.

BITTENCOURT, I.S. **Educação em saúde**: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

BOEHS, A. E; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 307-314, abr./jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

CÁCERES-MANRIQUE, F.M., MOLINA-MARÍN, G., RUIZ-RODRÍGUEZ, M. Maternidad: um proceso con distintos matices y construcción de vínculos. **Aquichan.**, v. 14, n. 3, p. 316-326, 2014.

COUTINHO, M.P.L; SERAFIM, R.C.N.S; ARAÚJO, L.S.A. A aplicabilidade do Desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. **Métodos de pesquisa em psicologia social**: perspectivas qualitativas quantitativas. João Pessoa: Universitária, 2011, p. 205-249.

DARÓS,D.Z. et al. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 308-14, 2010.

DOISE, W. Sistema e metassistema. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 123-156.

ESTEVES, C.M., et al. A Gestação do Segundo Filho: Sentimentos e Expectativas da Mãe. **Psico.**, v. 44, n. 4, p. 542-551, 2013.

FELICIANO, N.B, PRADEBON, V.M., LIMA, S.S. **Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família**, v. 13, n. 2, p. 261-269, 2013.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

LAHLOU, S. Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 59-97.

LEOPARDI, M.T.; PAIM, L.M.D.; NIETSCHÉ, E.A. Empoderamento da enfermagem e uso de tecnologias de cuidado. In: NIETSCHÉ, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 75-95.

LIMA, S. S. de. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan.**, v. 13, n. 2, p.261-269, 2013.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA M.A.M.; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; QUEIROZ, A.B.A., FERREIRA, M.A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 13-21. Jan./fev. 2014.

JESUINO, J.C. Um conceito reencontrado. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 33-57.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In:_____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

LEITE, M.G., et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, v.19, n.1, p.115-124. 2014.

MARINHO, A.R.B. **Círculo de Cultura:** Origem histórica e perspectivas epistemológicas. 2009, 125f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2009.

MARTINES, W. R. V. **O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer:** uma cartografia. 2011, 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARTINS, A.R.L. **Círculos de cultura em saúde mental:** perspectivas de equipes da estratégia saúde da família. 2009, 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2009. 156 f.

MESQUITA, C.C.de. **Saúde da mulher e redemocratização:** ideias a atores políticos na história do PAISM. 2010, 157f. . Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 404 f.

MOURA, S.G.de et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care.**, v. 7, n.3, p.2930-2938, Jul./set 2015,

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; JESUÍNO, J. C. **Representações sociais:** teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003, p.51-80.

OLIVEIRA, D.C. de. A teoria das Representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais:** 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011, p.585-623.

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

PAIM, L.; TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. Introdução. In: _____. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde:** uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial. Porto Alegre: Moriá, 2017, p.19-32.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 2, p. 257-263, 2012.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, G.S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V.da. **Pesquisa Convergente assistencial**. Porto Alegre: Moriá, 2015, p.183-213.

PAIM, L.; TRENTINI, M. A pesquisa convergente assistencial em seus atributos. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V.da. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p.17-29.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 305-332.

PHILOGENE, G. O alcance das representações sociais: impacto e ramificações. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 371-389.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.313-324, mar. 2014

PIVOTO, F.L.; FILHO, W.D.L., SANTOS, S.S.C., LUNARDI, V.L. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 843-849, jul./set. 2013.

PRUDENCIATTI, S.M.; TAVANO, L.D. O Desenho – Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré – cirúrgica. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 276-291. 2013.

REBERTE, L. M. **Efeitos de um uso de cartilha educativa durante o pré-natal**. 2012, 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RIOS, C. T. F. ; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L; SILVA, D.M.G.V da. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 6, p. 1019-1025, nov./dez, 2012.

RODRIGUES, D.P.et al. Percepções de gestantes sobre gravidez e consulta de enfermagem no pré-natal. In: SILVA, R.M.da; RAMALHO, E.R.F.M.; FERNANDES, A.F.C. **Desafios na Assistência à saúde da mulher e temas emergentes**. Fortaleza: UFC, 2012, p. 142-160.

RODRIGUES, D.P., et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. **Online braz j nurs.**, v.12, n.4, p. 911-22. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Casa/Downloads/4287-18506-3-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SÁ, C.P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, 110p.

SÁ, C.P. de. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015, 458p.

SILVA, J. R. S.; ASSIS, S. M. B, de. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVA, S.E.D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011

SILVA, L.S., et al. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 1, p. 1-16, 2014.

SOUZA, M. S. de. **A enfermagem e as mulheres no pré-natal: uma contribuição freiriana na educação em saúde**. 2011, 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na ilha de Caratateua, Belém. **Esc Anna Nery r Enferm.**, v. 11,n. 1, p. 155 – 159, 2007.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004, 144 p.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A Pesquisa convergente-assistencial levada ao real campo de ação de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 156-160, mai/ago, 2006.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V.da. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p.17-29.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. 2017, 448f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Porto Alegre, SC, Moriá, 2017.

TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, A.M.O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S; TRINDADE, Z.A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 101-121.

VARGAS, E.P. Barrigão à mostra: vicissitudes e valorização do corpo reprodutivo na construção das imagens da gravidez. **História, Ciências, Saúde**, v. 19, n. 1, p. 237-258. 2012.

ZAMPIERI, M. F. M. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, out./dez, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para as pesquisadas

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”** que tem como objetivos: Apreender as representações sociais das gestantes da gestação e cuidados no ciclo gravídico-puerperal; Desvelar os saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez e os cuidados inerentes ao ciclo gravídico-puerperal; Implementar educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta de cuidado de enfermagem no pré-natal.

Caso você autorize, você irá responder a uma entrevista com duração aproximada de uma hora; participará do Grupo de Gestantes, totalizando no mínimo quatro encontros com duração média de uma hora, a depender das necessidades das gestantes; e fará um desenho, no primeiro encontro do grupo, para expressar como se sente enquanto gestante e depois explicá-lo. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a Unidade Básica de Saúde em que é acompanhada. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se você sentir algum desconforto e constrangimento em expor suas opiniões, em ter seus desenhos fotografados e seu discurso gravado, além de sentir-se cansada e desinteressada, poderá interromper a sua participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora sobre o assunto. Para minimizar os riscos, a pesquisadora receberá a participante do estudo em um local reservado, serão utilizados nomes fictícios para identificar os desenhos e entrevistas, e o discurso será registrado a punho, se a participante não autorizar a gravação, garantindo a sua privacidade.

Você não receberá remuneração pela participação. A sua participação poderá contribuir para subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, de forma a possibilitar a assistência humanizada e singular de cada gestante. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrandia Maria Adelaide Moura da Silveira pelo telefone: (85) 985312101 e email: adelaidesilveira1010@hotmail.com e com a orientadora Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 98697.6038.

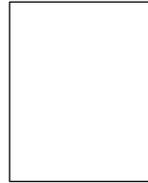
O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: 31019890; Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza/CE.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar desta com tema: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”**.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura da participante



Dactiloscopia

Assinatura do pesquisador

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais

Sua filha está sendo convidada a participar da **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”**.

Os objetivos deste estudo consistem em Apreender as representações sociais das gestantes da gestação e cuidados no ciclo gravídico-puerperal; Desvelar os saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez e os cuidados inerentes ao ciclo gravídico-puerperal; Implementar educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta de cuidado de enfermagem no pré-natal.

Caso você autorize, sua filha irá responder a uma entrevista com duração aproximada de uma hora; participará do Grupo de Gestantes, totalizando no mínimo quatro encontros com duração média de uma hora, a depender das necessidades das gestantes; e fará um desenho, no primeiro encontro do grupo, para expressar como se sente enquanto gestante e depois explicá-lo. A participação dela não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a Unidade Básica de Saúde em que é acompanhada. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dela, porém se ela sentir algum desconforto e constrangimento em expor suas opiniões, em ter seus desenhos fotografados e seu discurso gravado, além de sentir-se cansada e desinteressada, poderá interromper a sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador sobre o assunto. Para minimizar os riscos, a pesquisadora receberá a participante do estudo em um local reservado, serão utilizados nomes fictícios para identificar os desenhos e entrevistas, e o discurso será registrado a punho, se a participante não autorizar a gravação, garantindo a sua privacidade.

Você ou sua filha não receberá remuneração pela participação. A participação dela poderá contribuir para subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, de forma a possibilitar a assistência humanizada e singular de cada gestante. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todas as participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrande Maria Adelaide Moura da Silveira pelo telefone: (85) 985312101 e email: adelaidesilveira1010@hotmail.com e com a orientadora Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues pelo telefone: (085) 98697.6038.

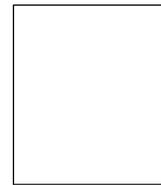
O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Parajana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ declaro que
entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação da minha filha
_____, sendo
que:

() aceito que ela participe () não aceito que ela participe

Caucaia, dede 2016.

Assinatura do responsável pela participante



Dactiloscopia

Assinatura da pesquisadora

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos. Pesquisadora responsável: Maria Adelaide Moura da Silveira. Fone para contato: (85) 985312101. Email: adelaidesilveira1010@hotmail.com.

APÊNDICE C - Termo assentimento a gestante

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”**. Seus pais/cuidadores permitiram que você participe.

Os objetivos deste estudo consistem em Apreender as representações sociais das gestantes da gestação e cuidados no ciclo gravídico-puerperal; Desvelar os saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez e os cuidados inerentes ao ciclo gravídico-puerperal; Implementar educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta de cuidado de enfermagem no pré-natal. Caso você autorize, você irá responder uma entrevista com duração aproximada de uma hora; participará do Grupo de Gestantes, totalizando no mínimo quatro encontros com duração média de uma hora, a depender das necessidades das gestantes; e fará um desenho, no primeiro encontro do grupo, para expressar como se sente enquanto gestante e depois explicá-lo. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a UBS Afonso de Medeiros. Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação, porém você pode sentir algum desconforto e constrangimento em expor suas opiniões, em ter seus desenhos fotografados e seu discurso gravado, além de sentir-se cansada e desinteressada, poderá interromper a sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador sobre o assunto. Para minimizar os riscos, a pesquisadora receberá a participante do estudo em um local reservado, serão utilizados nomes fictícios para identificar os desenhos e entrevistas, e o discurso será registrado a punho, se a participante não autorizar a gravação, garantindo a sua privacidade.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes gostaram de participar e a sua participação poderá contribuir para subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, de forma a possibilitar a assistência humanizada e singular de cada gestante. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Maria Adelaide Moura da Silveira

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde (PPCCLIS)

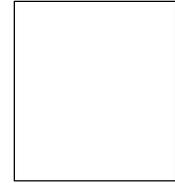
Telefone para contato: (85) 985312101

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação, sendo que:

() aceito participar () não aceito participar

Caucaia,dede 2016.

Assinatura da menor



Dactiloscopia

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE D - Carta de anuência

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM E SAÚDE - PPCCLIS

Prezado Francisco Deuzinho de Oliveira Filho
Secretário de Saúde do Município de Caucaia

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”** a qual envolve realização de entrevista semi-estruturada, aplicação da técnica desenho-estória e implementação de educação em saúde em grupo de gestantes. Quinze gestantes responderão uma entrevista em aproximadamente uma hora, será aplicada a técnica do desenho-estória no primeiro encontro do Grupo de Gestantes, e será implementada educação em saúde no Grupo de Gestantes de acordo com as necessidades das mesmas. Esse estudo é essencial para subsidiar o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, utilizando-se a educação em saúde no Grupo de Gestantes como ferramenta para tal.

As participantes serão convidadas por meio de conversas durante a consulta do pré-natal ou durante a visita domiciliária. Somente participarão dos encontros, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes menores de 18 anos assinarão o Termo de Assentimento após autorização e assinatura de seus responsáveis do TCLE. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º semestre de 2016, sendo conduzida pela pesquisadora responsável e seus discentes do Programa de Pós Graduação Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde (PPCCLIS)

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar as participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria de Saúde, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Caucaia, 18 de abril de 2016.

Maria Adelaide Moura da Silveira

Mestranda do Programa de Pós Graduação Cuidado Clínico de Enfermagem e Saúde
(PPCCLIS)

APÊNDICE E - Entrevista semi-estruturada

PARTE 1 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOSData Ficha

Nome: _____

Idade Estado civil: Casada Solteira Estável Outro Instrução: Nenhuma Primário Secundário Universitário

Endereço: _____ Contato: _____

Ocupação: _____ Naturalidade: _____ Religião: _____

Raça: Branca Preta Amarela Parda Indígena DUM DPP Paridade: G P A Tipo de gravidez: Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada Gravidez: Risco habitual Alto risco Gravidez planejada: Sim Não Nº de consultas de pré-natal realizadas Nº de hospitalizações nesta gravidez

Intercorrências nesta gravidez: _____

PARTE 2

1. O que é para você estar gestante?
2. Como você se sente gestante?
3. Você tem algum medo em relação à gravidez, parto e pós-parto?
4. Quais suas dúvidas e dificuldades em relação ao cuidado durante a gravidez, parto e período pós parto?

APÊNDICE F - Etapas do grupo de convergência

1. FASE DO RECONHECIMENTO

Pergunta norteadora: **Como você se vê como gestante?**

Técnica de coleta de dados: A resposta será expressa através de desenhos-estórias

Recursos a serem utilizados: folha de papel ofício, caneta hidrocor e lápis de cor.

Registro: desenhos serão fotografados, e estórias e discursos gravados.

2. FASE DA REVELAÇÃO

Pergunta norteadora: **Quais as dúvidas, os medos e as dificuldades que você está vivenciando enquanto gestante?**

Técnica de coleta de dados: (1)Validação das entrevistas em profundidade; (2) Troca de experiências de forma dialógica e participativa entre as gestantes; (3) Escolha de assuntos a serem abordados na próxima fase.

Recursos utilizados: recurso verbal

Registro: Os discursos serão gravados e as expressões não verbais registrados em diários de campo.

3. FASE DO REPARTIR

Implementação da educação em saúde (prática assistencial)

Recurso a ser utilizado: tecnologias de cuidado educativa validadas, como por exemplo: álbum seriado, cartilha, vídeos, dentre outros.

Registro: Os discursos serão gravados e as expressões não verbais registrados em diários de campo.

4. FASE DO REPENSAR

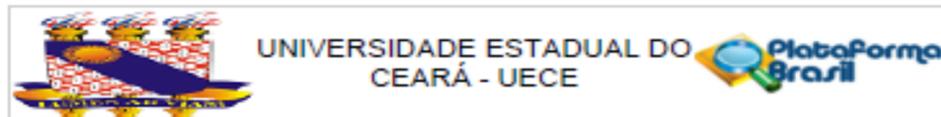
Pergunta norteadora: **Qual a importância da educação em saúde utilizada pelo enfermeiro no pré-natal? Como os conhecimentos apreendidos durante os encontros do grupo irão influenciar na sua gravidez, parto e pós-parto?**

Recurso a ser utilizado: recurso verbal

Registro: Os discursos serão gravados e as expressões não verbais registrados em diários de campo.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP da UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal

Pesquisador: MARIA ADELAIDE MOURA DA SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56081216.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.579.648

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizará como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais (TRS). O estudo será realizado com gestantes cadastradas e que são acompanhadas pelo pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Caucaia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: • Aprender as representações sociais da gestação e cuidados no ciclo gravídico-puerperal.

Objetivos Secundários: • Desvelar os saberes e práticas das gestantes sobre a gravidez e os cuidados inerentes ao ciclo gravídico-puerperal- Implementar a educação em saúde em grupo de gestantes como ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios e riscos estão bem descritos no projeto.

Os riscos da pesquisa serão mínimos e a pesquisadora estará atenta para resolvê-los. Os riscos da participação das gestantes poderão ser: constrangimentos em expor suas opiniões e

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------|--|
| Endereço: Av. Siles Munguba, 1700 | | | |
| Bairro: Iperê | | CEP: 80.714-903 | |
| UF: CE | Município: FORTALEZA | | |
| Telefone: (85)3101-9890 | Fax: (85)3101-9908 | E-mail: cep@uece.br | |

ANEXO B – Termo de anuência assinado pelo secretário de saúde do município de Caucaia

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Francisco Deuzinho de Oliveira Filho, Secretário de Saúde do Município de Caucaia, autorizo a realização da pesquisa **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem no pré-natal”** a ser realizada por Maria Adelaide Moura da Silveira, sob a orientação da professora Dafne Paiva Rodrigues, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo as pesquisadoras a utilizarem o espaço da UBS Afonso de Medeiros para a realização de entrevista, aplicação da técnica desenho-estória e implementação de educação em saúde em Grupo de Gestantes. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa às gestantes que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Caucaia, 18 de abril de 2016.

Francisco Deuzinho de Oliveira Filho
Secretário de Saúde do Município de Caucaia

ANEXO C – Letra da música Oração do Bebê de Bárbara Dias

Um mês e o tempo voa, eu já sou
E você nem descobriu
São dois e chega perto, mas eu ainda sou
Pequeno demais, viu
Três meses e o tormento
Esse teu sofrimento eu também já posso sentir
Vê se aquieta o coração, pra quando eu sair daqui

Talvez eu dê trabalho, uma vida de despesas
Mas por favor me deixa ficar
E se por um acaso eu não tiver seus olhos
Você ainda vai me amar
Eu sei que a ansiedade é quase uma inimiga
Mas eu não quero ser confusão
Então por favor me deixa na sua vida
Mas vê se aquieta o seu coração

Se é tempestade, todo medo
Se for arrependimento por favor
Tira daí, você ainda não me tem inteiro
Nem me conhece direito mas já posso te ouvir
E quando a barriga for crescendo
Você ainda vai ser linda eu nem preciso te ver
Seca o choro e fica aqui comigo
Que até assim tristinha, eu já sei
Que eu amo você!

Quatro meses tempo, eu te imploro paciência
Eu vim do céu por causa do amor
Com cinco faltam quatro e eu aposto que os presentes
Já tão vindo em rosa ou azul
E quando chega o sexto, todo mundo já vê

Que você não anda sozinha
No sétimo eu já tenho lencinhos com meu nome
Desculpa pai mas ela é só minha

Se é tempestade, todo medo
Se for arrependimento por favor tira daí
Você ainda não me tem inteiro
Nem me conhece direito, mas já posso te ouvir
E quando a barriga for crescendo
Você ainda vai ser linda eu nem preciso te ver
Seca o choro e fica aqui comigo
Que até assim tristinha eu já sei
Que eu amo você!

Oitavo mês aguenta, que eu já to chegando
Só quero um jeito de te encontrar
No nono vem a pressa, a dor, o choro, a gente
Desculpa você ter que sangrar
E por mais uns anos, você vai fazer planos
Pensando se eles servem pra mim
E eu vou te acordar bem de madrugada
Você vai me amar mesmo assim
O meu primeiro passo vai ser no
seu abraço
Me segura quando eu cair
E no final do dia é só a tua voz
Que vai poder me fazer dormir

Se é tempestade, todo medo
Se for arrependimento por favor, tira daí
Você ainda não me tem inteiro
Nem me conhece direito mas já posso te ouvir
E quando a barriga for crescendo
Você ainda vai ser linda eu nem preciso te ver

Seca o choro e fica aqui comigo

Que até assim... tristinha... eu já sei... que eu amo você!

ANEXO D – Letra da música Reconhecimento de Isadora Canto

Bem vindo meu novo ser
cercado de proteção
de tanto amor tanta paz
Dentro do meu coração.

É como se eu tivesse
esperado toda vida pra te embalar
É como se eu tivesse
esperado toda vida pra te embalar

ANEXO E – Letra da Música “Dentro de mim” de Bárbara Dias”

Meu coração está em festa
Eu penso em você e fico até sem jeito
Imagino o teu rosto
E passo a noite só pensando sem dormir direito
Me olho no espelho eu sei
Que ainda esta cedo
Mas quero te ver crescer

Sonho com a gente
Te adoro por inteiro
Sem te conhecer

Já planejei todo seu quarto
Já sei de cor toda canção
Que eu vou cantar
Pra você
Eu já contei pra todo mundo
Dentro de mim tem outro alguém
Quero poder te tocar
Te abraçar e te ver
Enfim

Sei que o seu pai parece meio bobo
Quando fala com você
Mais ele vai ser seu Herói
E vai fazer de tudo pra te proteger

E agora já falta pouco
E a gente tá ficando louco
Pra poder te segurar nos braços

Pra ouvir a sua voz

E acalmar o teu choro
Te ver dando seus primeiros passos

Pra poder te fazer rir
Dar risada de bobeira
E cantar até você dormir

E quando o sono chegar
Vou te olhar a noite inteira
Feito só pra me fazer sorrir

Já planejei todo seu quarto
Já sei de cor toda canção
Que eu vou cantar
Pra você
Eu já contei pra todo mundo
Dentro de mim tem outro alguém
Quero poder te tocar
Te abraçar e te ver
Enfim