



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NIRLIANE RIBEIRO BARBOSA

**OFICINAS DE REFLEXÃO PARA O CASAL GRÁVIDO: UMA
EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM**

Salvador
2012

NIRLIANE RIBEIRO BARBOSA

**OFICINAS DE REFLEXÃO PARA O CASAL GRÁVIDO: UMA
EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem.

Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariza Silva Almeida

Salvador
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Universitária de Saúde do Sistema de Bibliotecas da UFBA

B238 Barbosa, Nirliane Ribeiro.
Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem /
Nirliane Ribeiro Barbosa. - Salvador, 2012.
102 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Mariza Silva Almeida.

1. Educação em saúde. 2. Gravidez. 3. Cuidado pré-natal. I. Almeida, Mariza
Silva. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 618.2:37

NIRLIANE RIBEIRO BARBOSA

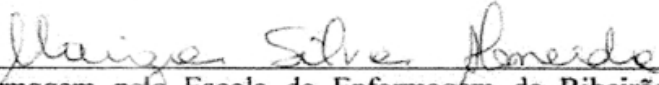
**OFICINAS DE REFLEXÃO PARA O CASAL GRÁVIDO: UMA
EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

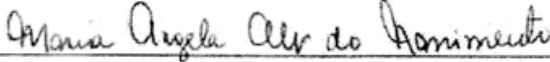
Aprovada em 27 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora

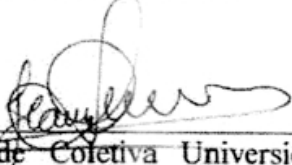
Mariza Silva Almeida


Professora, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Orientadora

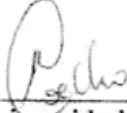
Maria Ângela Alves do Nascimento


Professora, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Universidade Estadual de Feira de Santana.

Jeane Freitas de Oliveira


Professora, Doutora em Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Edméia de Almeida Cardoso Coelho


Professora, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

A minha mãe, MARIA SALETE RIBEIRO BARBOSA, e ao meu pai, NIVALDO BARBOSA DA SILVA, que sempre apoiaram as minhas aspirações e valores pessoais e profissionais. Este é mais um resultado dos nossos esforços.

Ao meu esposo, HAMILTON PIMENTEL DOS SANTOS FILHO, que me acompanha e me ajuda com cuidado, compreensão e com críticas construtivas.

Às amigas, CÍNTIA BASTOS, CRISTIANE ARAÚJO, LUCIANA AMORIM e SANDRA TAVEIROS, que acreditaram em mim e que, resistindo às adversidades, fizeram parte desta conquista.

A mim, NIRLIANE RIBEIRO BARBOSA, por acreditar que cada desafio é um estímulo da vida e que o compromisso precisa estar no comportamento do ser humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de tranquilidade, coragem e confiança, fundamentais neste caminho.

À professora Mariza Silva Almeida, orientadora deste estudo, pelo acolhimento, disponibilidade, contribuições teóricas, reflexivas e metodológicas. Todos os trabalhos compartilhados foram muito importantes neste processo. Muito obrigada!

Às professoras, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Jeane Freitas de Oliveira e Maria Ângela Alves do Nascimento, que aceitaram fazer parte da banca examinadora desta dissertação de mestrado, apresentando contribuições de grande importância para a qualidade do estudo.

À professora Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, pelo aceite para participar da banca examinadora, apesar de motivos superiores não terem permitido sua presença física.

A todas as pessoas que fazem o Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, especialmente às (aos) docentes, pela oportunidade em participar do mesmo e pelo crescimento profissional e pessoal que proporcionam.

A toda(o)s a(o)s colegas mestranda(o)s e doutoranda(o)s que compartilharam ideias e reflexões no curso dos componentes curriculares e em momentos de descontração, especialmente à(o)s queridas Vanessa, Rosana, Sônia, Michele, Rita, Cristina, Andreia, Taíze, Cláudio, Luciano, William, Handerson. Desejo sucesso a toda(o)s!

A Taíze Souza, graduanda desta Escola, discente PIBIC da qual fui tutora junto à professora Mariza, pela disponibilidade e contribuições para a construção desta dissertação de mestrado.

A toda a equipe da Unidade de Saúde da Família Dr. Daniel Houly, especialmente a(o)s agentes comunitárias de saúde, as enfermeiras Elenice e Poliana, a assistente social Cleide e o pessoal do arquivo pela disponibilidade, adesão e compromisso com o desenvolvimento do estudo nesta unidade. Muito obrigada!

Às discentes Edvânia, Kleila, Fabiana, Thamires, Thayná e Franciane, e aos discentes David e Maxsuel, graduanda(o)s do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, pelo apoio no desenvolvimento das oficinas educativas.

A(o)s colegas docentes que fazem o curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, por acreditarem que o crescimento deste depende de um esforço coletivo, além de individual.

Às amigas e parceiras de trabalho Cíntia Bastos, Cristiane Araújo, Luciana Amorim e Sandra Taveiros, pela confiança e apoio imensurável durante esse processo de construção e capacitação do nosso grupo. Buscaremos oportunidade para todas. Muito obrigada!

A todas as participantes do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM) pelos trabalhos compartilhados, exposição de ideias e subsídios para a conclusão desta pós-graduação *stricto sensu*.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão do Estado da Bahia (FAPESB) pelo auxílio à dissertação de mestrado.

Às mulheres e aos homens que aceitaram participar deste estudo, contribuindo para a construção do mesmo, e ainda aquela(e)s que não tenham participado de todas as etapas propostas.

A minha mãe "Saletinha" e ao meu pai Nivaldo, em vários aspectos, especialmente pelos ensinamentos para a vida e pelo apoio durante a produção do material empírico deste estudo no município de Arapiraca-AL.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas e amigo(a)s pelos momentos de alegria nos nossos raros e preciosos encontros durante esta passagem, renovando as energias para encarar os desafios.

À "sogrinha do reino", D. Cida, pelo apoio no enfrentamento de uma realidade diferente da qual eu estava habituada.

Ao meu bem, Hamilton, parceiro em todos os momentos, sobretudo pelo amor e cuidado dedicado a mim, pelas reflexões durante nossas conversas e pela assistência técnica com nossos computadores. Muito obrigada!

BARBOSA, Nirliane Ribeiro. **Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem.** 2012. 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

RESUMO

Este estudo tem como objeto a participação do casal grávido em oficinas reflexivas para o cuidado de si e do(a) RN, motivado pela lacuna na atuação do(a)s profissionais de saúde e, notadamente, da enfermagem, em relação à necessidade da educação em saúde para o casal e/ou acompanhante que vivencia o ciclo gravídico-puerperal. Diante dessa problemática surge o questionamento: Qual a influência das oficinas de reflexão desenvolvidas com o casal grávido para as ações de cuidado de si e do(a) RN? Para respondê-lo, traçamos como objetivo geral: Analisar a influência das oficinas de reflexão desenvolvidas com o casal grávido para o cuidado de si do(a) recém-nascido(a). Partimos do pressuposto de que o desenvolvimento de práticas educativas dialógicas e participativas oferece à mulher grávida e a seu parceiro elementos para o cuidado de si e do(a) outro(a), dando-lhe suporte para lidar com as mudanças que os acompanham no ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de uma pesquisa de intervenção, de natureza qualitativa, descritiva, de caráter exploratório, desenvolvida em uma unidade de saúde da família no município de Arapiraca-AL, tendo como participantes quatro casais grávidos. Os aspectos éticos e legais para pesquisa foram respeitados. O material empírico foi produzido em duas fases, sendo a primeira por meio de três oficinas educativas realizadas no lócus do estudo com o grupo de casais grávidos, discutindo as temáticas: gravidez, trabalho de parto, parto/nascimento, pós-parto e cuidados com o(a) recém-nascido(a); a segunda fase, no domicílio, por meio de uma entrevista com os casais participantes no período pós-parto, abordando suas características sociodemográficas, em específico as gineco-obstétricas, e os significados relacionados à experiência dos casais sobre a participação nas oficinas. A análise do material produzido, mediante a Análise de Conteúdo de Bardin, sob o enfoque teórico da integralidade, apresentou como resultados três categorias temáticas: “Significados do processo gravídico-puerperal para a mulher grávida e seu parceiro”; “Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido”; “Oficinas de reflexão: contribuições para o cuidado de enfermagem ao casal grávido”. A prática de educação em saúde possibilitou um diálogo transversal, construtivo e de respeito mútuo entre as mulheres grávidas, seus parceiros e profissionais de saúde. O modo como se deu essa relação foi fundamental para o alcance dos objetivos propostos, permitindo a abertura para a reflexão da(o)s participantes sobre o cuidado, durante o processo gestatório. Os depoimentos mostraram que as oficinas de reflexão influenciaram os casais em relação ao enfrentamento da gravidez, parto e pós-parto, no que se refere ao cuidado de si, do(a) parceiro (a), do(a) recém-nascido(a), e no modo de lidar com os serviços e profissionais de saúde de maior envolvimento nesse período. Inseridas na dimensão prática da integralidade, acreditamos que a participação dos parceiros junto às suas mulheres nas ações para o cuidado no período gravídico-puerperal precisa ser estimulada e passa a ser almejada à medida que as(os) mesmas(os) notam a sua valorização pelo(a)s profissionais.

Palavras-chave: Educação em saúde; Gravidez; Cuidado pré-natal

BARBOSA, Nirliane Ribeiro. **Reflection workshops for pregnant couples: an experience of nursing.** 2012. 102 p. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of the Bahia, Salvador, 2012.

ABSTRACT

This study has as object the participation of pregnant couples in reflective workshops to take care of newborn and of themselves, motivated by the gap in the performance of health professionals and, the nurses, regarding the need of health education for the couple who experiences the pregnancy and puerperium. Given this issue arises the question: What is the influence of reflection workshops developed with the pregnant couple for the actions of newborn and self care? To answer it we defined the general objective: Analyze the influence of reflection workshops developed with the pregnant couple to newborn and self care. We assume that the development of educational and participatory dialogic offers the pregnant woman and her partner elements for the other and self care, giving support to deal with the changes that accompany pregnancy and puerperium. This is an intervention research, qualitative, descriptive and exploratory, developed in a family health unit in the city of Arapiraca-AL, and the participants was four pregnant couples. The ethical and legal aspects for research have been respected. The empirical material was produced in two phases, the first through three educational workshops held in the locus of the study with a group of pregnant couples, discussing the following issues: pregnancy, labor, labor / birth, postpartum and newborn care; the second stage, at home, through an interview with the couples participating in the postpartum period, covering sociodemographic characteristics, specifically the obstetric and gynecological, and meanings related to the experience of couples on participation in workshops. The analysis of the material produced by a content analysis of Bardin, from the standpoint of theoretical integrality, presented as results three thematic categories: "Meanings of the pregnancy and childbirth for the pregnant woman and her partner," "Care needs from the perspective of the pregnant couple", "Workshops of reflection: contributions to nursing care for pregnant couples". The practice of health education enabled a constructive and mutual respect dialogue among pregnant women, their partners and health professionals. The way in which did this relationship was crucial to the achievement of objectives, allowing the participants to reflect on the care, during the obstetrical process. The data showed that the reflection workshops influenced couples in relation to confrontation of pregnancy, childbirth and postpartum, with regard to the care of the self, partner, newborn, and how to deal with the services and health professionals for greater involvement in this period. Inside the dimensions of integrality, we believe that the participation of partners with women in their actions for care during pregnancy and childbirth needs to be stimulated and begins to be desired when they note this valorization by the professionals.

Keywords: Health Education; Pregnancy; Prenatal care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário (a) de saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários (as) de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém-nascido(a)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE ABREVIATURAS	
1 INTRODUÇÃO	11
2 CUIDADO AO CASAL GRÁVIDO E SEU COMPONENTE EDUCATIVO	16
2.1 O CUIDADO À MULHER QUE VIVENCIA O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	18
2.2 A INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DO CUIDADO AO CASAL GRÁVIDO	21
2.3 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DIFICULDADES E PERSPECTIVAS	24
3 METODOLOGIA	30
3.1 DESENHO METODOLÓGICO	30
3.1.1 Tipo do estudo	30
3.1.2 Local do estudo	31
3.1.3 Participantes do estudo	32
3.1.4 Aspectos éticos e legais do estudo	34
3.1.5 Produção do material empírico	35
3.1.5.1 Oficinas	37
3.1.5.2 Entrevistas	42
3.1.6 Análise do material empírico	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 OS CASAIS PARTICIPANTES	45
4.2 A EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS REFLEXIVAS PARA O CASAL GRÁVIDO	47
4.2.1 Significados do processo gravídico-puerperal para a mulher grávida e seu parceiro	47
4.2.2 Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido	54
4.2.3 Oficinas de reflexão: contribuições para o cuidado de enfermagem ao casal grávido	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	92

APÊNDICE A – Informações às pessoas participantes do estudo	92
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semidirigida	95
APÊNDICE D – Folder Informativo	96
ANEXOS	97
ANEXO A – Autorização da diretora do local do estudo	97
ANEXO B – Autorização da secretária de saúde de Arapiraca-AL	98
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	99
ANEXO D – Planos das Oficinas Reflexivas	100

1 INTRODUÇÃO

A nossa atuação como docentes na área de saúde da mulher, pelos cursos de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, *Campus Arapiraca*, e como discente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – EEUFBA, nos permitiu a prática do cuidado em enfermagem no contexto gravídico-puerperal. Em aproximação com as gestantes nas unidades básicas de saúde, casas de parto e Maternidades, constatamos que muitas tinham dificuldade tanto em lidar com as alterações que vivenciam no processo da gravidez ao pós-parto, quanto em compartilhar essa experiência com seus parceiros, muitas vezes associada à carência de conhecimento para questões relacionadas a esse período. Essa percepção assinala a existência de uma lacuna na atuação dos profissionais de saúde e, notadamente, da enfermagem, em relação às necessidades das gestantes e referenda o despreparo do casal grávido para o enfrentamento do período gravídico-puerperal, conforme apontado por produção científica (BOARETTO, 2003; ZAMPIERI et al., 2009; REBERTE; HOGA, 2010).

Alterações fisiológicas, psicoemocionais e sociais vivenciadas no ciclo gravídico-puerperal podem gerar dúvidas, incerteza e ansiedade para a mulher e seus familiares. Nesse momento, é essencial que possam contar com atenção pré-natal e puerperal que inclui ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento adequado, quando preciso. Para a realização dessas ações, é imprescindível que o contato da equipe de saúde com a mulher gestante na unidade de saúde ou na comunidade seja assegurado, o que possibilita a compreensão dos significados da gravidez para aquela mulher e sua família, especialmente nos casos de gravidez na adolescência (BRASIL, 2006).

Essa indicação compõe um dos aspectos fundamentais da humanização da assistência obstétrica e neonatal e condiz com o dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o(a) recém nascido(a) – RN. Isto requer que, ao lado da atitude ética individual do(a) profissional de saúde, a instituição de saúde contenha a mesma filosofia sobre esses princípios e se organize de modo a criar um ambiente acolhedor, com rotinas hospitalares que rompam com o isolamento imposto à mulher pelo modelo biomédico hospitalocêntrico (BRASIL, 2002b).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, e o Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN)

em 2002, com apoio da Portaria 569/GM, de 1º de junho de 2000, elencam os direitos da gestante sobre o acompanhamento nas consultas de pré-natal. Ademais ressaltam sobre a escolha da maternidade para o parto; o atendimento humanizado no pré-natal, parto e puerpério, além da adequada assistência ao(à) RN, embasados em práticas de cuidado adequado ao casal e/ou acompanhante no ciclo gravídico-puerperal.

O PHPN tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Apesar da importância dessas práticas preconizadas pelo PHPN (BRASIL, 2002b) e pela OMS (1996), tais ações têm sido dificultadas pela deficiência de um cuidado baseado nas necessidades da mulher, considerando a diretriz da integralidade. A assunção dessas práticas implica na definição filosófica da instituição, aos profissionais de saúde envolvidos e à população que a utiliza, ressaltando-se a importância da autonomia da mulher no processo de gestar e parir.

Com o compromisso de melhorar a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao(a) RN, o Ministério da Saúde brasileiro determinou algumas recomendações a exemplo do mínimo de seis consultas durante o pré-natal; a garantia de exames de rotina na gravidez, e a prática de atividades educativas na atenção à mulher e a seus familiares, durante a fase obstétrica e neonatal (BRASIL, 2006). Embora tenha regulamentado a presença de acompanhante para as mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005a), essa lei não tem sido cumprida na maioria das maternidades públicas brasileiras, e mesmo em algumas instituições privadas, tendo como justificativa a resistência de alguns profissionais deste setor, a falta de estrutura física e despreparo dos acompanhantes para essa função.

De acordo com estudo realizado por Mendoza-Sassi e colaboradores (2007) pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre os procedimentos necessários ou a seus direitos desde o início da gravidez até o pós-parto. Contudo essas informações são fundamentais na garantia dos parâmetros mínimos assistenciais à mulher durante o processo gravídico-puerperal, e possibilita processos educativos que a tornem mais partícipe.

A prática de educação em saúde é apresentada por Guedes, Silva e Freitas (2004) como uma estratégia que habilita as pessoas para se fazerem sujeitos no processo de saúde e adoecimento em todo o ciclo vital. A importância e a necessidade da educação em saúde, para o casal e/ou acompanhante que vivencia o ciclo gravídico-puerperal, e a ênfase no direcionamento dessa prática, incorporando os princípios de integralidade e humanização,

ainda é incipiente no Brasil (CARVALHO, 2003; BUZELLO; JESUS, 2004; CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007; ZAMPIERI et al., 2009; REBERTE; HOGA, 2010).

Segundo Zampieri e colaboradoras (2009) o número de trabalhos nacionais no que se refere à inserção do pai ou acompanhante no processo de nascimento ainda é reduzido, assim como da percepção dos agentes sociais, sujeitos ou acompanhantes que vivenciam ou compartilham a experiência do ciclo gravídico-puerperal. De modo semelhante ocorre com o incentivo à participação dos pais/companheiros no pré-natal, parto e pós-parto que, embora seja foco de estudos, essa prática permanece embrionária (CARVALHO, 2003; GALASTRO; FONSECA, 2007).

O direito da mulher a um acompanhante não implica necessariamente que seja um parceiro, podendo ser um familiar ou uma pessoa de confiança da mulher, embora a participação do pai da criança seja fundamental no ideário do *casal grávido* (SALEM, 2007; GALASTRO; FONSECA, 2007).

Para o alcance desse direito, Carvalho (2003) indica, além da preparação das equipes de saúde para o trabalho com as famílias, a formulação de políticas trabalhistas que garantam liberação do pai/companheiro para esse acompanhamento. Zampieri e colaboradoras (2009, p. 61) argumentam que, apesar dos esforços de profissionais de saúde nesse contexto, a inclusão do pai no processo de nascimento ainda “precisa ser conquistada em alguns lugares e sedimentada em outros”. Mesmo com a determinação e indicação das políticas de atenção à saúde da mulher e da lei do acompanhante, essas autoras percebem pequena valorização em relação ao pai/companheiro ou pessoa de referência da gestante, embora reconheçam sua atuação no suporte emocional e conforto físico, além do apoio nos cuidados à mulher e ao recém-nascido no processo de nascimento.

No tocante à participação do parceiro no processo gravídico-puerperal, o levantamento bibliográfico realizado para trabalhar com essa temática indica que a mesma encontra-se em processo de mudança na sua estrutura organizacional e, em muitos serviços na estrutura física, especialmente após a regulamentação da lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005, de 7 de abril de 2005). Esta lei preconiza que “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2005a).

Compartilhamos com Boaretto (2003) e Zampieri e colaboradoras (2009), ao considerarem que as mulheres geralmente não são preparadas para o autocuidado durante a gestação, parto, puerpério e para os cuidados com o(a) RN. Esse fato se agrava pela pouca ou nenhuma participação de acompanhantes, principalmente do pai da criança, em práticas educativas nesse período, incluindo a ausência de suporte para a atenção às mulheres do ponto de vista da integralidade.

O nosso contato no cotidiano das instituições de saúde nos estados de Alagoas e da Bahia em unidades básicas, secundárias ou terciárias apresenta a escassez das práticas de educação em saúde, e mesmo quando desenvolvidas seguem um padrão de palestras verticalizadas. Para Ayres (2001), o diálogo em saúde é visto com uma barreira linguística que se torna um dos maiores desafios de interação entre os profissionais e a população, que na maioria das vezes não se dá a contento em razão da dificuldade de muitos profissionais em superar sua formação academicista e tecnicista que traz da universidade, utilizando com frequência termos técnicos de difícil compreensão. Concordamos com Souza (2008) ao dizer que as atividades educativas devem constituir-se em um espaço de discussão que possibilita uma conversa informal, guiada por questões trazidas pelas(os) profissionais de saúde e pelas(os) usuárias(os). Para o desenvolvimento dessas ações educativas dialógicas, participativas e potencialmente transformadoras da realidade em saúde, a articulação dos diferentes saberes é fundamental, conforme lembram os estudos de Costa (2001) e Leonello e Oliveira (2009).

Nesse contexto que envolve o ensino/educação, Freire (2005) destaca a importância de o(a) educador(a) valorizar os saberes do(a)s educando(a)s para que esses reflitam sobre os mesmos. Entre as técnicas que possibilitam a problematização da realidade, Carneiro e Agostini (1994) propõem as oficinas de reflexão considerando-as como uma prática de educação em saúde de grande importância, sendo um espaço onde os participantes refletem e discutem sobre suas experiências de vida para uma construção coletiva de um saber transformador da realidade.

Entendemos que a participação do parceiro no cuidado necessário durante o processo gravídico-puerperal sucede quando esse se apresenta inteirado das modificações corporais da mulher nos seus aspectos gerais, locais, inclusive psicológico e emocional. Partimos do pressuposto de que essa participação é facilitada quando atividades sistemáticas de educação em saúde nesse período são desenvolvidas no cotidiano dos serviços, e os homens são

convidados a participar. Nessa perspectiva, na atualidade, tem-se como desafio motivar os homens a se prepararem para vivenciar a gravidez, o parto e o pós-parto junto a sua parceira com o apoio da(o)s profissionais de saúde, de modo a inseri-los em processos educativos que problematizem a realidade e os aproximem dos serviços de saúde e das reais demandas do casal grávido. Seguindo a proposta de Salem (2007), denominamos de *casal grávido* já que, segundo essa autora, este se diferencia do casal “tradicional” devido ao envolvimento masculino numa dimensão vivida visceralmente pela mulher, e ainda pela busca de um parto do modo mais “natural” possível.

Desse modo, trazemos como **objeto** de estudo a participação do casal grávido em oficinas reflexivas para o cuidado de si e do(a) RN. Partindo do princípio que a educação em saúde funciona como ferramenta que poderá subsidiar à pessoa no cuidado de si e do outro passamos a nos questionar: Qual a influência das oficinas de reflexão desenvolvidas com o casal grávido para as ações de cuidado de si e do(a) RN?

Para responder a esse questionamento temos como **objetivo** geral analisar a influência das oficinas de reflexão desenvolvidas com o casal grávido para o cuidado de si do(a) recém-nascido(a). Para isso, traçamos como **objetivos específicos**: Levantar as necessidades do casal grávido relativas à gravidez, parto e puerpério; Desenvolver oficinas de reflexão construídas a partir das demandas apresentadas pelo grupo participante; Identificar, a partir dos relatos dos casais, a influência das oficinas de reflexão realizadas no período gestacional para o cuidado de si e do(a) recém-nascido(a).

A relevância deste estudo se dá ao possibilitar ao casal grávido um espaço em que ambos tenham voz e sejam sujeitos ativos da vivência do período gravídico-puerperal. Além disso, a divulgação dos resultados pode contribuir com os (as) profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde ao fornecer-lhes elementos que deem suporte para o desenvolvimento de ações com vistas à integralidade da atenção à mulher no período gravídico-puerperal.

2 CUIDADO AO CASAL GRÁVIDO E SEU COMPONENTE EDUCATIVO

A prática milenar de cuidado à mulher que vivencia o ciclo gravídico-puerperal é um comportamento que remete à curiosidade e incita ao estudo dos diversos aspectos envolvidos nesse contexto, considerando desde a sabedoria popular, adotada pelos antepassados e ainda respeitada nas diversas regiões, até o conhecimento produzido pela ciência moderna e contemporânea.

Antes de a Obstetrícia ser estabelecida como ciência, o cuidado prestado às mulheres (e à família) durante a gravidez, parto e pós-parto era realizado exclusivamente pelas próprias mulheres da comunidade, denominadas parteiras, as quais usavam as suas vivências e experiências de vida como suporte para esta prática. Dias (2002), em estudo etnográfico com parteiras tradicionais, corrobora com essa afirmativa, ao revelar que o cuidado realizado por elas tinha uma maneira fundamentada numa perspectiva sensível, amorosa e acolhedora, respeitando o ritmo de cada mulher, compreendendo a mesma em sua dimensão de totalidade. Pinto (2002) complementa que ao lado desta, durante o processo de nascimento, elas desempenharam uma série de atividades relacionadas aos processos de curas, manipulação de plantas medicinais e trabalhos para sobrevivência não apenas voltados para as mulheres.

Nessa passagem, a cultura e as crenças da comunidade feminina tinham papel importante no cuidado prestado e de certo modo regiam muitas de suas condutas nessa prática. Nos dias atuais, as atividades desenvolvidas pelas parteiras ainda permanecem e, para Bessa e Ferreira (1999), tais formas de acolhimento estão incluídas na atividade social ligada ao mundo do trabalho e do seu processo em saúde, mesmo com a forte discussão sobre a manutenção das atividades das parteiras diante da prática e conduta pós-moderna.

Com o advento da ciência moderna, a prática de cuidado às mulheres na fase gravídica-puerperal foi sendo apossada por estudiosos, os quais passaram a dominar o poder do conhecimento sobre as ciências biológicas, a exemplo dos aspectos anatômicos e fisiológicos decorrentes do período gestatório. Diante dessa contribuição da ciência, os (as) profissionais da saúde foram reconhecidos (as) como pessoas responsáveis pelo cuidado das mulheres que vivenciavam o período gravídico-puerperal. Destacamos, entretanto, que o cuidado adequado incita a compreensão das Ciências Sociais, considerando que este se torna possível apenas diante do contexto em que as mulheres vivem, o que implica em sua condição histórica, geográfica, política, social, econômica, dentre outras.

No tocante à prática recente das parteiras, diante da sua atuação em hospitais além de domicílios, Costa (2002) evidencia que esta passou a ser um fazer atrelado ao saber/fazer médico, de modo que conhecimentos de senso comum misturam-se com conhecimentos adquiridos com outras mulheres, considerando que a maioria delas, direta ou indiretamente, estava ligada à Enfermagem.

Sobre a interface das profissões afins, porém distintas, parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiros, Osawa, Riesco e Tsunehiro (2006) refletem em face à lacuna apresentada nos cursos de obstetrícia para enfermeiras no que diz respeito à necessidade do fazer cultural justaposto à prática biomédica.

Em busca da revitalização das boas práticas no parto e nascimento, o exercício profissional do cuidado às mulheres durante esse ciclo da vida vem sendo discutido e aprimorado, de maneira a situá-lo de acordo com o conjunto de aspectos importantes a serem considerados nessa prática. Para isso os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde têm se preocupado com os problemas de atenção na área obstétrica e buscado estratégias que possam solucioná-los diante de cada especificidade.

Diante dessas considerações, em nosso país as políticas públicas nacionais só incorporaram as questões de saúde da mulher nas primeiras décadas do século XX, e ainda assim permaneceram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto até a década de 1970 (ALEXANDRE, 2007). Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM incorporou neste conjunto ações educativas e preventivas em todo o ciclo de vida da mulher, como o atendimento em ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama e violência sexual. Ademais, um dos marcos do PAISM foi o incentivo às atividades educativas com a perspectiva de empoderamento da mulher, que implica na participação da comunidade na melhoria da sua qualidade de vida.

Posteriormente, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM acrescentou a essa demanda as mulheres com as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, as mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2007). Em acordo com os princípios do PAISM, em 1984, que vem sendo ratificados pelo SUS desde o ano de 1988, pelo PHPN em 2002 e pela PNAISM desde 2004, as práticas em saúde devem considerar a integralidade no cuidado.

Na atual conjuntura, em que o país prioriza a redução da mortalidade infantil e materna na pactuação unificada em saúde, através da redução das taxas de cesárea (BRASIL, 2008), há uma tentativa em promover a adesão dos profissionais de saúde, mediante o desenvolvimento de práticas que contemplem essa meta.

2.1 O CUIDADO À MULHER QUE VIVENCIA O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A partir das diretrizes emanadas das políticas nacionais de saúde, entre elas a integralidade da assistência e/ou cuidado, é que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas políticas, as instituições de saúde deveriam planejar, orientar e desenvolver suas ações de saúde com a finalidade de atender às necessidades da população (LINDNER et al., 2006). Apesar de toda investida, a presente discussão conceitual não está finalizada, pois a saúde da mulher deveria ser reconhecida por aspectos políticos, culturais, econômicos e biológicos, valorizando suas experiências, suas opiniões e experiências sobre saúde. O progresso nesse conjunto, contudo, vem favorecendo mudanças e reelaborações no tocante aos programas de atenção à saúde da mulher (ALEXANDRE, 2007). Com essa perspectiva de adequação entre a atenção à saúde e a realidade das pessoas usuárias do serviço de saúde, Mattos (2001) traz o referencial de integralidade, como uma dimensão da prática do profissional de saúde, a qual se mostra na sua abertura para o diálogo durante o encontro com o(a) usuário(a), envolvendo acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção.

Segundo Boaretto (2003), não está no rol das prioridades dos gestores públicos a dimensão mais subjetiva da qualidade da atenção em saúde, como o conforto, o acolhimento e a satisfação das usuárias, e indica que existe necessidade de modificações profundas na qualidade da assistência ao parto nas Maternidades brasileiras. Para isso, é imprescindível uma boa interação entre o trinômio profissional de saúde com a gestante/parturiente/puérpera e companheiro/familiar para que a atenção durante o ciclo gravídico-puerperal esteja atendendo aos princípios para a integralidade do cuidado. Nessa perspectiva o cuidado prestado à gestante em unidades básicas de saúde, através de consulta pré-natal e educação em saúde, contribui como um meio de promover a troca entre as mulheres, seus familiares e profissionais.

Em busca de avaliar a prática do cuidado segundo os princípios do PHPN no Rio de Janeiro, Boaretto (2003) verificou que, dentre as estratégias usadas para sensibilizar os(as) profissionais de saúde para tal programa, foram incluídas a apresentação de trabalho realizado por enfermeiras(os) obstetras e a capacitação do(a)s profissionais por meio de cursos, seminários e oficinas. Concluiu que, mesmo sendo uma importante estratégia do programa, ainda é reduzida a incorporação de enfermeiras(os) na atenção durante o trabalho de parto e parto.

A participação destas profissionais no cuidado às gestantes e seus parceiros precisa considerar ainda a fisiologia da gravidez, já que o organismo materno passa por uma série de adaptações, associadas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica proveniente do aumento do útero dentre outras modificações gravídicas. Estas surgem na mulher desde as primeiras semanas de gestação, apresentando especificidades durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, e ao lado de outras mudanças decorrentes desse período do ciclo de vida das pessoas origina, geralmente, dúvidas, anseios e medos. Dessa maneira tais alterações precisam ser reconhecidas pela (o) profissional enfermeira (o) para iniciar seu plano de cuidados, que deve envolver não só a gestante como também os seus familiares, pois além das mudanças biológicas nesse período ocorrem também mudanças sociais e emocionais (GOMES; MAMEDE, 2006; PRATES; SANTO; MORETTO, 2005; SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

Para Dickstein e Maldonado (2010) as modificações biopsicossociais, ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal, também podem repercutir no parceiro que, apesar de a gravidez biológica não ocorrer em seu corpo, sofre mudanças emocionais que podem refletir no seu físico, a exemplo das náuseas, vômitos, apetite aumentado e ganho de peso. Dessa maneira, é possível que o parceiro também se encontre em período de vulnerabilidade e precisa fazer parte do plano de cuidados das(os) profissionais de saúde.

No cenário brasileiro a respeito do cuidado à mulher grávida, acreditamos que a prática de consulta pré-natal esteja estabelecida, em algumas regiões e a caminho em outras, no que se refere à execução de procedimentos técnicos de exame físico geral e obstétrico à mulher, avaliação de exames de rotina solicitados e encaminhamentos para referência em casos de gravidez de alto risco. No entanto, Dióz (2006) indica que os(as) profissionais que atendem as gestantes durante o acompanhamento pré-natal podem desenvolver um trabalho mais próximo às necessidades individuais das mulheres grávidas, dando qualidade a este

trabalho através de um enfoque específico à percepção dos valores de vida, condições sociais e forma de enfrentamento de problemas. Acrescenta que este novo olhar sugere um redirecionamento da prática de consultas individuais, definido como *encontros assistenciais*, por ampliar a possibilidade de reflexão compartilhada sobre a vivência do período da gravidez ao pós-parto.

Para isso, as ações e atitudes prestadas por profissionais do cuidado à parturiente precisam considerar o respeito à subjetividade da mulher, o que geralmente implica na necessidade da mesma em compartilhar esse momento com pessoas de sua confiança, seja o parceiro, familiar ou amiga(o). A presença deste(a) acompanhante tornou-se direito da mulher por meio da Lei 11.108/2005, sancionada pela Portaria N° 2.418/2005 do Ministério da Saúde, e que vem sendo amplamente discutida devido às dificuldades para a sua efetivação (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002; BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; BRITO; PRATA, 2010; BARBOSA et al., 2011).

Nesse contexto, Barbosa (2006) declara que, no período pós-parto, ainda que cada serviço de saúde programe cuidados específicos à puérpera, geralmente são previstas apenas uma ou duas consultas de acompanhamento, com a maior parte das ações direcionadas à criança, ao seu cuidado e à lactação ou ao acompanhamento da involução gravídica. Complementa que as dificuldades do puerpério podem variar de mulher para mulher e ser expressas como dor ou desconforto físico, o que de algum modo poderá prejudicar o estado emocional da mesma; no entanto esses aspectos não devem ser os únicos focos de atenção.

Além disso, considerando o modelo de cuidado ao casal grávido, Barbosa e Mandú (2006) colocam que a atenção à saúde do homem-pai antes e após o nascimento do(a) filho(a) precisa ser trabalhada com o objetivo de realizar cuidados ao homem que vivencia a experiência do processo reprodutivo, com vistas a prevenir vulnerabilidades e riscos, e favorecer a superação de hierarquias culturais estabelecidas entre homens e mulheres, estimulando a participação masculina com autonomia no cuidado de si, da companheira e do(a) RN. Nesse contexto, não se trata de o pai “maternar” o(a) filho, o que, para Chodorow (1990), implica em responsabilizar-se como principal pessoa a cuidar dele(a). Para Toneli (2006) consiste em proporcionar ao mesmo direitos e deveres sobre sua situação reprodutiva.

Nessa perspectiva, entre os objetivos da atenção obstétrica e neonatal, indicados no PHPN, está o desenvolvimento de atividades educativas realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às

indagações da mulher ou da família, mediante a escuta profissional a essas pessoas (BRASIL, 2006).

Segundo a recomendação de Marinho e colaboradores (2003), a assimilação da prática do PHPN passa primeiramente pela conscientização da sua importância pela equipe de saúde que atua nas unidades básicas. Porém, complementam que, para isso, é necessário que esses profissionais estejam continuamente dialogando com as pessoas que frequentam as unidades de saúde a respeito dos temas para a efetivação deste programa, seja de maneira individual ou em trabalho de grupo. Desse modo, para o alcance de uma prática na perspectiva da integralidade, é imperativa a necessidade de inserção dos homens, parceiros das esposas, nesses serviços de saúde, de modo a dar continuidade às ações concernentes ao ciclo gravídico-puerperal, como suporte importante para a mulher, uma das justificativas dessa inclusão.

2.2 A INTEGRALIDADE NO CONTEXTO DO CUIDADO AO CASAL GRÁVIDO

A formalização da assistência à saúde da mulher pelo MS brasileiro foi inicialmente planejada estritamente em torno da atenção materno-infantil, com o objetivo de evitar as gestações de alto risco e os altos índices de mortalidade infantil. Com a reivindicação das mulheres, principalmente nos movimentos feministas a partir da década de 1970, as discussões sobre a atenção à saúde da mulher ampliaram a visão desse cuidado com ações educativas e preventivas em diferentes contextos do ciclo de vida da mulher, e não apenas ao período gravídico-puerperal e para a mortalidade infantil.

Progressivamente, a eleição de prioridades assistenciais à população feminina surge com o PAISM, em conjunto com os princípios e as diretrizes, propostos pelo SUS. Com fins de organização dos serviços e práticas de atenção à saúde, estes incluem a humanização, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a regionalização.

Ainda que as políticas de atenção à saúde da mulher estejam fundamentadas no princípio da integralidade, o cuidado integral à gestante junto ao seu parceiro tem se mostrado bastante fragilizado, semelhante às demais práticas de saúde embasadas neste princípio.

Desde o final do século XX, o Brasil vem enfrentando uma crise das práticas de saúde, com reflexo sobre o cuidado e em seus conflitos teórico-práticos. Para Ayres (2009), essas

práticas estão associadas ao paradigma dominante, guiadas pela hegemonia do horizonte normativo e pela normalidade morfofuncional. Nesse sentido, o cuidado parece se distanciar do princípio da integralidade, originando a crise do paradigma dominante, e fazendo surgir o paradigma emergente.

Associado à Ciência Moderna, o paradigma dominante vem se mantendo desde o século XVI, subsidiando a formulação de princípios e teorias sobre a estrutura da matéria. Apenas no século XIX o modelo de racionalidade moderna passa a estender-se às Ciências Sociais emergentes, as quais se ocupam com as mudanças no comportamento dos seres humanos considerando seu contexto de vida. Para Santos (2003), o paradigma emergente revaloriza os estudos humanísticos, para os quais é necessário que a humanidade também seja transformada. Assim, para o paradigma emergente, todo o conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum, considerando que a Ciência Pós-Moderna entende que o conhecimento deve traduzir-se em autoconhecimento e a tecnologia em sabedoria de vida.

Nessa direção, a educação é considerada como um ótimo meio e oportunidade para pensamentos complexos, desde que se valorizem a cultura, o ritmo e o desejo de cada aprendente, possibilitando-lhe construir seu próprio itinerário (ARDOINO, 2002). Desse modo, frente às reflexões epistemológicas, abordamos a educação em saúde como componente do cuidado à mulher grávida e a seu parceiro entendendo a integralidade como faceta nesse cuidado.

Diante da integralidade como princípio, Mattos (2001) destaca seu caráter polissêmico, o qual para Camargo Junior (2003) contempla o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas. Inseridos no processo de trabalho em saúde, os conceitos que compõem a integralidade constituem o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção, os quais se apresentam nas suas diversas dimensões.

O acolhimento envolve acesso (geográfico e organizacional), postura (escuta, atitude profissional-usuário, relação intraequipe), técnica (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais, aquisição de tecnologias, saberes e práticas) e reorientação de serviços (projeto institucional, supervisão e processo de trabalho). Em relação ao vínculo-responsabilização, inclui-se afetividade (vínculo profissional-usuário do serviço de saúde), continuidade (aceitação e relacionamento de confiança) e relação terapêutica (atitude de cuidado, usuário do serviço de saúde como sujeito no processo de tratamento). A qualidade da atenção, por sua vez, compreende a conduta profissional (qualificação técnica, continuidade do cuidado), e a

relação profissional com o usuário do serviço de saúde que sugere satisfação, expectativas, adaptação/flexibilidade (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

De acordo com o raciocínio de Mattos a integralidade, como uma dimensão das práticas, se traduz na forma como ocorre um encontro entre o profissional de saúde e a(o) usuária(o), de forma que o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção estejam imersos nesse processo. Nesse sentido, “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61).

A assunção desse raciocínio se soma ao conceito de Coelho e colaboradoras (2009, p.155), especificamente ao se referirem ao cuidado à saúde das mulheres, entendendo a integralidade como “a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas”.

Nesse contexto, analisamos as necessidades de saúde dos casais partindo do conceito que Cecílio (2001, p. 116) alega para as mesmas: “a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida”. Na mesma circunstância, esse autor caracteriza como demanda “as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem” (CECÍLIO, 2001, p. 116). Com esse entendimento, no sentido de apreender as necessidades dos participantes, oferecemos o diálogo como tecnologia da saúde que, para Mariotti (2001), é um método que busca melhorar a comunicação entre as pessoas, permitindo a produção de idéias novas pensadas em conjunto e o compartilhamento de significados sem análise ou julgamento.

A prática do cuidado em saúde é legitimada por Ayres (2009), afirmando que dispositivos como diálogo e acolhimento devem ser usados pela pessoa cuidadora e o ser cuidado, de modo a assumir a co-responsabilidade do cuidado em saúde. Para a manutenção do diálogo, deve haver entendimento ético, moral e político entre os indivíduos (AYRES, 2001).

De acordo com Pinheiro e Luz (2003), ainda é bastante reduzido o número de estudos que envolvem a problemática da população com os serviços de saúde, no que se refere aos efeitos de uma política de saúde relacionada à integralidade do cuidado.

A necessidade de a integralidade ser percebida como princípio nos níveis de discussões e práticas da saúde é evidenciada por Machado e colaboradoras (2007), tendo como base o paradigma emergente, preparado para ouvir e entender, e a partir de então atender às necessidades das pessoas, grupos e coletividades. Essa necessidade se faz presente diante da afirmativa de Coelho e colaboradoras (2009) sobre a inexistência da integralidade no cuidado à saúde da mulher, identificada a partir de estudo realizado com uma equipe multiprofissional de saúde. Pesquisa realizada por Reberte e Hoga (2010), com temática sobre a participação de pais em um grupo de educação para a saúde no pré-natal, salienta que o(a) profissional que propõe esse tipo de trabalho deve traçar objetivos que alcancem as demandas das mulheres e dos homens, e não apenas das mulheres, uma vez que suas necessidades são distintas.

Avaliando que, nesse conjunto, a abrangência das necessidades do casal implica numa prática de cuidado integral, na qual se fazem necessários o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção, surge a necessidade do olhar da integralidade, de forma a considerar a vivência do casal durante o ciclo da gravidez ao puerpério.

O princípio da integralidade deve ser considerada na atenção em saúde ao abarcar os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). O que será possível com a participação do parceiro nas atividades educativas preparatórias para a mulher durante o pré-natal. A opção por desenvolver este estudo sob o princípio da integralidade tem como justificativa a razão de ser a integralidade considerada na atenção em saúde ao abarcar os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Com isso, traz sustentação teórica para a participação do parceiro nas atividades educativas de pré-natal.

Sendo assim, entendemos que a integralidade do cuidado em saúde implica na oferta dos serviços de saúde, com apoio de gestores e profissionais, para a participação voluntária de mulheres grávidas junto aos seus parceiros sobre as ações de cuidado necessárias no período gravídico-puerperal.

2.2 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

A educação para a saúde no Brasil tem passado por constantes mudanças desde seu início, na década de 1920, onde foi denominada educação sanitária limitando-se a atividades

voltadas para a publicação de livros, folhetos e catálogos distribuídos em empresas e escolas. Até então essa atividade era considerada ineficiente por não alcançar todas as camadas da sociedade. Por volta da década de 1970, a educação sanitária passa a ser denominada de educação em saúde, e mais que uma mudança terminológica, surgia um novo conceito na promoção da saúde, se consolidando na década de 1990 com sua inserção nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (LEVY; SILVA; CARDOSO et al., 2010).

Na área de saúde da mulher, Carneiro e Agostini (1994) revelam que as experiências mais inovadoras de educação em saúde surgiram na trilha do movimento internacional feminista. Na década de 1970, no auge do movimento feminista brasileiro, foram criadas as oficinas de reflexão por grupos de mulheres como um espaço alternativo de aprendizagem, análise e ações políticas, onde eram discutidas questões sobre a idéia de corpo/objeto/máquina no modelo biomédico intervencionista.

De acordo com Vasconcelos (1998), a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde na década de 1980 admitiram que os movimentos sociais passassem a lutar por mudanças nas políticas sociais e de saúde. Desse modo, a educação em saúde surge como um instrumento para a participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida das famílias e sociedades.

Atualmente, garantida por políticas públicas e ambientais apropriadas, a educação em saúde no Brasil tem por objetivos reorientar os serviços de saúde a partir do entendimento do conceito de saúde como o resultado de condições de educação, emprego, renda, segurança, moradia, lazer, acesso aos serviços de saúde, entre outras. Assim, essa prática educativa deve orientar-se por meio de propostas pedagógicas libertadoras voltadas ao desenvolvimento da cidadania, almejando ações para além da prevenção e cura das doenças (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

Essa proposta libertadora surge a partir da pedagogia da libertação proposta por Freire (1980), contrária à pedagogia da opressão, do tradicional método bancário em que o conhecimento é concedido pelos que se consideram possuidores àqueles que estes consideram que nada sabem.

A pedagogia da libertação propõe a metodologia problematizadora de educação, fundamentada na criatividade e no estímulo a uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade. Freire (1980) defende ser esta uma educação crítica, humanística e revolucionária, pois os esforços do educador e do educando devem corresponder um ao outro,

comprometendo-se com o pensamento crítico da realidade na procura pela transformação criadora, o que concede a esses seres a vocação da humanização, ou seja, serem humanos autênticos. Para a efetivação da educação revolucionária, esse autor considera o verdadeiro diálogo como necessidade existencial, e para que este ocorra são necessários alguns elementos tais como o amor pelo mundo e pelos homens, a humildade e o comprometimento com o pensamento crítico. Freire (2005) complementa e defende que o (a) educador(a) deve respeitar e valorizar os saberes dos(as) educandos(as), estimulando-os a refletir sobre esses a fim de que possam ampliar o conhecimento.

Entre as estratégias metodológicas utilizadas em trabalho educativo com grupos de mulheres estão a Linha da Vida ou Grupo de Autoconsciência, o Psicodrama, a Oficina de Modelagem com massa e a Oficina de Reflexão. Essas metodologias apresentam em comum a proposta de participação dos (as) educandos (as) e educadores(as) em grupos para a discussão de temáticas e construção de um conhecimento baseado na realidade dos(as) participantes (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994; RÉGIA et al., 1989; DINIZ et. al., 2000).

No que diz respeito ao envolvimento das(os) enfermeiras(os) com as práticas de educação em saúde, Bastable (2010) lembra que desde metade do século XIX, quando a enfermagem foi reconhecida como disciplina independente, a educação de pacientes era considerada um dos principais componentes do cuidado-padrão realizado por estas(es) profissionais. Nesse contexto, as(os) enfermeiras(os) do Brasil têm se utilizado dessas práticas, sejam como práticas educativas desenvolvidas nas atividades diárias de trabalho nos mais variados contextos do cuidado, seja em programas voltados para o ensino às pessoas de quem cuidam, considerando a educação em saúde como uma estratégia indispensável para pessoas e comunidades alcançarem saúde e bem-estar (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004). Embora essas autoras relatem que a pesquisa na enfermagem brasileira apresenta as questões da educação em saúde como objeto de estudo frequente na produção do conhecimento em dissertações e teses, os resultados apontam a necessidade da melhoria das práticas educativas nas diferentes temáticas, incluindo o ciclo gravídico-puerperal.

Nessa abordagem Sartori e Van Der Sand (2004) mostram os grupos de gestantes, como possibilidade terapêutica para essas e seus parceiros e/ou acompanhantes, e ressaltam a pertinência de sua implantação como forma de assistir integral às pessoas. Especificamente em relação às gestantes, pesquisa realizada por Boaretto (2003), no município do Rio de Janeiro, identificou pouca participação das gestantes nos grupos educativos incluindo as ações de preparação para o parto e de orientações sobre a maternidade. A assertiva é justificada pela

pequena oferta dessas atividades nas unidades básicas de saúde, a pouca valorização dada pela maioria dos profissionais de saúde e possivelmente também pelas pessoas que utilizam o serviço.

A análise do estímulo resultante das metodologias utilizadas, do preparo e da satisfação das participantes indicou o baixo nível de informações, o que evidencia a pouca comunicabilidade entre profissional e comunidade. Diante das rotinas médicas, as mulheres podem sentir-se menos capacitadas para fazer valer seus desejos, perdem autonomia e têm dificuldades em fazer valer seus direitos à informação e à participação nas atividades preparatórias para a gravidez, parto e puerpério (BOARETTO, 2003).

Tais aspectos podem acarretar certa dificuldade para efetivação de atividades educativas para gestantes. Zampieri e colaboradoras (2009) destacam que, apesar do aumento gradativo do número de acompanhantes interessados nessas atividades, a participação insuficiente dos mesmos permanece um problema a ser enfrentado.

Nesse conjunto Foucault (2001) orienta que, na prestação de cuidado em saúde, é preciso considerar que cada sociedade tem seu regime de verdade, isto é, os tipos de discurso, as técnicas e os procedimentos valorizados para a obtenção da verdade, interligados ao sistema de poder. Conforme menciona Carvalho (2004), o *empowerment comunitário* implica em processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades; a eficácia política; maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Acrescenta também que a implementação de práticas que tenham como meta o *empowerment comunitário* demanda abordagens educativas que poderão promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e análise crítica de seus problemas.

Do modo semelhante, estudo realizado por Cardoso, Santos e Mendes (2007), produzido por especialistas da área da saúde da mulher, descreve estratégias educativas vivenciadas durante o pré-natal e enfatiza a educação ao casal grávido com o objetivo de promover a participação ativa e informada de ambos, na gestação, trabalho de parto, parto e nascimento.

De acordo com Zampieri e colaboradoras (2009) as vantagens da formação do grupo de gestantes e/ou casais grávidos o estímulo para a participação do acompanhante nesse processo educativo, o que fortalece seus potenciais e conhecimentos para auxiliar a gestante nas novas vivências. Além disso, que os mesmos são beneficiados com informações sobre os

seus direitos, novas experiências que levam à compreensão desta nova etapa de vida para o relacionamento do casal, e auxílio na quebra de mitos e tabus relativos à gestação, parto e puerpério, o que contribui no preparo para a maternidade e paternidade, no caso de o acompanhante ser o companheiro.

Embora o significado da paternidade e seu exercício se traduzam em responsabilidades que reproduzem predominantemente o pai tradicional e provedor material, esse papel vem sendo recriado com inclusão da dimensão afetiva (FREITAS et al., 2009). Considerando que essa recriação da paternidade pode inserir o homem no campo dos cuidados, de si próprio, dos filhos(as) e da companheira, com participação na educação e nos cuidados à saúde, tais aspectos podem gerar mudanças nas concepções e no exercício de ser pai e de ser mãe na sociedade, permeado no contexto de gênero (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Nesse sentido, o Guia de Produção e Uso de Materiais Educativos (1998) também cita que a educação em saúde contribui para a autonomia das pessoas no que se refere à identificação e utilização dos meios para preservar e melhorar a sua vida. Considerando que esta consiste em uma estratégia relacionada à aprendizagem para alcançar a saúde, e que possivelmente provoca conflito nas pessoas por instigá-las a refletir sobre sua cultura, torna-se necessário atender à população de acordo com sua necessidade, de modo que ela própria possa transformar a sua realidade (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Diante da valiosa contribuição e da efetividade da educação em saúde, especialmente no contexto do cuidado à gestante, essa atividade torna-se o principal desafio que contribuirá para suscitar debates no âmbito governamental, entre os(as) profissionais e a população, de modo a promover a construção e difusão do saber e do conhecimento que resultem na melhoria para a qualidade de vida (BRASIL, 1998).

Neste sentido, compactuamos com a concepção definida por Candeias (1997, p. 210) para educação em saúde a qual considera as “combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. A autora acrescenta a importância de considerar os múltiplos fatores determinantes do comportamento humano nestas atividades educativas sistematicamente planejadas.

Dessa maneira, a operacionalização da prática educativa dialógica no contexto dos serviços de saúde mostra-se como uma atividade complexa, já que inclui diversos fatores para os quais estamos sujeitas às dificuldades. Além desse entrave, no atual modelo biologicista para o cuidado, as atividades de educação em saúde na perspectiva libertadora não são devidamente valorizadas pelos(as) gestores(as), pelas(os) profissionais de saúde e pela comunidade.

Ademais, no modelo vigente de atenção à saúde, a regra da produção quantitativa prevalece à qualidade do atendimento nos serviços de saúde, o que parece contribuir para manter grande rotatividade de pessoas nas unidades de saúde. Isso se deve ao modo bastante fragmentado com que as necessidades de saúde das pessoas são consideradas, e as demandas ofertadas para as mesmas, as fazem retornar às unidades diversas vezes sob o olhar restrito dos (as) responsáveis pela organização e planejamento destes serviços.

Inseridas(os) nesse contexto as(os) enfermeiras(os) tem progressivamente se distanciado das atividades educativas em saúde, mesmo sendo esta um dos principais componentes para o cuidado, e parecem procurar novos alicerces baseados na valorização da atenção curativista. É preciso, portanto, resgatar a função de educadora destas(es) profissionais, e estimular a reflexão de todas as pessoas envolvidas no processo de promoção da saúde sobre as suas necessidades para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, de natureza qualitativa, descritiva, de caráter exploratório a qual, segundo Polit e Beck (2011), além de observar e descrever o fenômeno as pesquisadoras investigam fatores relacionados como a sua natureza, o modo como se manifesta e possivelmente a causa.

A pesquisa-intervenção é uma das pesquisas participativas que investigam a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (ROCHA E AGUIAR, 2003). Dessa maneira acreditamos ser um método adequado a este estudo devido a análise partir da realidade social e de saúde apresentada pelos casais participantes.

Esta pesquisa segue a lógica de projetos sociais tendo como parâmetro três dimensões interligadas, com embasamento pedagógico, devido à necessidade de encadeamento de pensamentos e ações, descrição e análise de fatos e informações, além da capacidade de comunicação. Na dimensão **lógica** há o encadeamento lógico das ações com passos claros e precisos para a obtenção de bons resultados; na dimensão **comunicativa** o processo é permeado por uma construção coletiva e consensual de seus objetivos, estratégias e resultados; e por último um processo **de cooperação e articulação**, já que sua implementação é fruto de uma equipe de colaboradores, tendo o diálogo presente em toda a intervenção na busca de soluções para os problemas identificados (CURY 2000).

Para Polit e Beck (2011) a expressão pesquisa-intervenção tem sido usada pelas(os) enfermeiras(os) pesquisadoras para descrever não apenas uma metodologia específica, mas o processo de planejar, desenvolver, testar e disseminar intervenções. Para isso recomendam a compreensão profunda do problema e das pessoas para as quais a intervenção será desenvolvida, além de um planejamento com cuidado e cooperação de uma equipe diversificada. Enfatizam que a pesquisa de intervenção em enfermagem deve incluir as seguintes etapas de estudo: de desenvolvimento básico, estudo-piloto, de eficácia, e de eficiência.

A fase de desenvolvimento sustenta-se na compreensão do problema, por meio de revisões críticas da literatura, consultas a especialistas e pesquisas qualitativas. A fase do estudo-piloto busca dados preliminares sobre os benefícios da intervenção. A terceira fase consiste num teste experimental completo de intervenção, e a fase final aborda a eficiência e utilidade em ambientes clínicos da realidade (POLIT; BECK, 2011).

A abordagem qualitativa presente nesta pesquisa caracteriza-se, de acordo com a descrição de Minayo (2002), por estar relacionada a um nível de realidade que não pode ser quantificado, abarcando um universo de significados que não pode ser discutido com operacionalização de variáveis. A pesquisa descritiva permite fornecer informações detalhadas sobre pessoas, locais ou fatos em um cenário (CRESWELL, 2007, p. 197), consentindo o aprofundamento de seus estudos em determinado assunto (TRIVIÑOS, 2002).

Dessa maneira a abordagem qualitativa sustenta o importante papel na produção de conhecimentos que é proposta nesta pesquisa-intervenção. Seguimos, portanto, o processo de planejamento, desenvolvimento/ implementação e avaliação dos resultados, com a flexibilidade para readequação a medida que as ações foram sendo executadas.

3.1.2 Local do estudo

Utilizamos como local para realização das oficinas, e conseqüentemente para coleta das informações, numa Unidade de Saúde da Família – USF, participante da ESF, localizada na zona urbana do município de Arapiraca-AL. Este município, situado no agreste alagoano, tem aproximadamente 212.216 habitantes (IBGE, 2010). Sede-polo da 2ª macrorregião de saúde do estado, possui uma infraestrutura de saúde com mais de 50 estabelecimentos, e os dados do ano de 2008 indicam 64% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, sendo 37 equipes atuando em Estratégia de Saúde da Família – ESF e 6 unidades básicas simplificadas, funcionando por meio do Programa de Agentes Comunitários(as) de Saúde – PACS (ARAPIRACA, 2008).

A atenção básica em saúde desse município abrange ações para as mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, as quais fazem parte das ações de enfermagem. Nesse sistema de saúde, estão incluídas as consultas de pré-natal e puerpério, incluindo a visita

domiciliar e atividades educativas, em forma de palestras nas quais dificilmente acontece a participação de parceiro ou acompanhante. O compromisso com as atividades, de responsabilidade das enfermeiras junto ao programa de atenção à saúde da mulher, segue ao lado das atividades dos Agentes Comunitários(as) de Saúde – ACS.

A unidade em estudo oferece atendimento em saúde para a população residente em sua área de abrangência e, sendo considerada uma unidade-modelo para a atenção básica do município, tem sido campo de prática para instituições de ensino superior em saúde, inclusive para o curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*.

A equipe técnica da unidade é composta por duas enfermeiras, 17 agentes comunitária(o)s de saúde, uma assistente social, um dentista, dois médicos, cinco auxiliares/técnicas de enfermagem e pessoal de apoio para as atividades de arquivo, recepção e vigilância. Há, também, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que inclui uma educadora física, uma nutricionista, dois fisioterapeutas, uma psicóloga e um farmacêutico. Diante de tal composição, a USF se apresenta como local adequado, já que oferece ações que se destinam aos participantes deste estudo (casais grávidos) embora em seu cotidiano sejam direcionadas apenas para as mulheres.

3.2.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo casais grávidos que iniciaram consultas de pré-natal na USF em apreço. Como critérios de inclusão, os casais deveriam estar no 2º trimestre de gravidez, ponderando o tempo necessário para a realização das três oficinas de reflexão, em momentos diferenciados do período gestacional, e aceitarem voluntariamente participar do estudo, das oficinas de reflexão e da entrevista. Destacamos como critérios de exclusão a mulher ou parceiro com menos de 18 anos, com déficit mental, bem como a não possibilidade de um dos dois cônjuges de participarem em uma das oficinas ou na entrevista. Para este estudo, projetamos uma média de 10 casais grávidos, no entanto, diante dos critérios propostos, quatro casais fizeram parte de todas as etapas do estudo, o que constitui oito participantes.

O total de participantes deste estudo foi significativo considerando a temática abordada, diante da dificuldade de participação dos sujeitos escolhidos para as atividades educativas propostas.

Os casais grávidos, sujeitos deste estudo, foram nomeados em homenagem aos casais de escritores: Zélia Gattai e Jorge Amado, Simone de Beauvoir e Jean-Paul Sartre, Livia Garcia-Roza e Luiz Garcia-Roza, Marina Colasanti e Affonso de Sant'Anna. Além de um tributo aos ilustres escritores, a escolha desses pseudônimos deve-se à participação ativa dos casais na construção do conhecimento, o que nos permite denominá-los também de escritores.

A respeito dessas pessoas escritoras, de renome nacional e internacional, lembramos alguns elementos de suas biografias publicados nas páginas eletrônicas. Zélia Gattai Amado (São Paulo, 1916 – Salvador, 2008) era leitora entusiasta de Jorge Amado e o conheceu em 1945, quando trabalharam juntos no movimento pela anistia dos presos políticos e poucos meses depois oficializaram a união conjugal. Inicialmente trabalhou auxiliando no processo de revisão das obras de Jorge Amado, em seguida dedicando-se a fazer fotografias, e aos 63 anos começou a escrever suas memórias, livros infantis, fotobiografia e romance, alguns traduzidos para o francês, o italiano, o alemão, o espanhol e o russo. Baiana por merecimento, no ano de 1984 Zélia, Gattai recebeu o título de Cidadã da Cidade do Salvador.

Jorge Amado (Itabuna, 1912 – Salvador, 2001) formou-se pela Faculdade Nacional de Direito em 1935 no Rio de Janeiro. Militante político foi o Deputado Federal mais votado do Estado de São Paulo. Jorge Amado teve seu primeiro romance publicado em 1931, e sua obra literária conheceu adaptações do cinema, teatro, televisão, sendo traduzida em 49 idiomas com merecimento de diversos prêmios nacionais e internacionais. Da união com Zélia Gattai, segundo casamento de Jorge Amado, nasceram o filho João Jorge e a filha Paloma.

Livia Garcia-Roza nasceu no Rio de Janeiro, é psicanalista, formada em Psicologia. Estreou na literatura em 1995, publicando romances, contos e outros livros infanto-juvenis. Luiz Alfredo Garcia-Roza, seu parceiro, carioca e escritor brasileiro, foi professor universitário e autor de livros de psicanálise, estreando na literatura de ficção em 1996, com histórias que se passam basicamente na cidade do Rio de Janeiro.

Marina Colasanti Sant'Anna (Etiópia, 1937) viveu a infância na África, morou na Itália durante 11 anos e chegou ao Brasil em 1948, onde passou a residir no Rio de Janeiro. Com nacionalidade brasileira e naturalidade italiana trabalhou em jornal e televisão, com merecimento de prêmios. Publicou vários livros de contos, crônicas, poemas e histórias infantis. Em sua obra a autora reflete, a partir de fatos cotidianos, sobre a situação feminina, o

amor, a arte e os problemas sociais brasileiros. É casada com o escritor e poeta Affonso Romano de Sant'Anna com quem teve duas filhas: Fabiana e Alessandra.

Affonso de Sant'Anna (Belo Horizonte, 1937) é escritor brasileiro. Diplomou-se em letras e em 1965 publicou seu primeiro livro de poesia. Lecionou na Universidade de Los Angeles em 1965 e ministrou cursos na Alemanha, Dinamarca, Portugal, França e Estados Unidos.

Simone Lucie-Ernestine-Marie Bertrand de Beauvoir (Paris, 1908 – Paris, 1986) foi uma escritora, filósofa existencialista e feminista francesa. Foi professora de filosofia até 1943 em escolas de diferentes localidades na França. Escreveu romances, monografias sobre filosofia, política, sociedade, ensaios, biografias e uma autobiografia. Uniu-se estreitamente ao filósofo Jean-Paul Sartre, criando entre eles uma relação polêmica que lhes permitiu compatibilizar suas liberdades individuais com sua vida em conjunto. Embora mantivessem relação passional, viveram longas relações amorosas cada um com outras pessoas, o que os caracteriza como casal não monogâmico.

Jean-Paul Charles Aymard Sartre (Paris, 1905 – Paris, 1980) foi um filósofo, escritor e crítico francês, conhecido como representante do existencialismo. Músico e ator talentoso tornou-se popular entre os colegas da escola (*École Normale Supérieure*). Kursou mestrado junto com Simone de Beauvoir, com que teve uma relação aberta além de uma grande afinidade intelectual.

3.1.4 Aspectos éticos e legais do estudo

A realização da pesquisa deu-se mediante autorização da Diretora da USF (ANEXO A) e da Secretária de Saúde do município de Arapiraca (ANEXO B), da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (ANEXO C), sob Protocolo de número 03/2011 e Folha de Rosto N° 400270.

Ao convidarmos os sujeitos a participarem deste estudo fizemos os esclarecimentos sobre o mesmo (APÊNDICE A). Após consentimento das (os) participantes ela(e)s procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), considerando os critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos potenciais riscos, como o incômodo de se deslocar para o local de estudo a fim de participar das oficinas, mesmo residindo próximo, e ainda a possibilidade de desconforto em relação à exposição ao grupo de participantes e aos resultados da pesquisa. Para amenizar esse risco procuramos adequar as datas e horários dos encontros, de acordo com a disponibilidade das pessoas participantes, seguindo a garantia de participação voluntária dos sujeitos, os (as) quais tiveram direito de desistência em participar do estudo em qualquer momento da sua execução. Garantimos que os resultados encontrados têm cunho científico, sendo divulgados somente nesse âmbito e aos participantes do estudo, sem identificação pessoal destes.

Ademais, esta pesquisa não implicou em despesas pessoais para as(os) participantes; o objetivo da pesquisa e o procedimento para coleta de dados foram apresentados às(aos) mesmas(os), disponibilizando esclarecimentos sobre a realização desta; a assinatura do TCLE pela autora e pelos sujeitos do estudo. Cada participante do estudo ficou com uma via do TCLE (APÊNDICE B), bem como do documento sobre informações às pessoas participantes do estudo (APÊNDICE A). Ressaltamos que, nos encontros com os casais grávidos, não houve intercorrência alguma com as gestantes, sendo desnecessário encaminhamento por parte da pesquisadora, conforme indicado no documento de Informações (APÊNDICE A).

3.1.5 Produção do material empírico

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, teve início a fase de produção empírica dos dados, executada pelas pesquisadoras com auxílio da equipe de profissionais do local do estudo, durante os meses de abril a outubro de 2011.

Antes de iniciar as atividades de coleta com os casais grávidos foi realizada uma atividade preparatória com a equipe da unidade, reforçando a necessidade do apoio de todo o pessoal desta e esclarecendo seus objetivos. Após reunião com os(as) profissionais de saúde da unidade para esclarecimento das atividades a serem desenvolvidas, foi possível contar com participação ativa de todo o pessoal do serviço, principalmente com as enfermeiras e agentes comunitária(o)s de saúde, além da equipe NASF, pessoal da recepção e do arquivo da USF.

Para identificação das possíveis participantes foi realizado um levantamento das gestantes cadastradas na Unidade, por área, microárea e o respectivo agente comunitária(o) de

saúde responsável, no intuito de traçar estratégias para aproximação do público-alvo. Salvo os critérios de inclusão e exclusão, foram identificadas 35 mulheres grávidas cadastradas nas duas áreas de abrangência da USF, as quais foram convidadas a participar das oficinas de reflexão junto aos seus parceiros.

A divulgação das oficinas para a comunidade foi feita pela equipe de saúde, a fim de sensibilizar os casais a participar e discutir sobre as necessidades sociais e de saúde dos mesmos, ao vivenciarem o processo gravídico-puerperal. As/os agentes comunitária(o)s de saúde foram também orientada(o)s a distribuir fôlderes informativos (APÊNDICE D) para as gestantes cadastradas na unidade, avisando-as sobre a realização das oficinas, local, profissionais responsáveis, público-alvo, temática a ser abordada, dias e horários a combinar com os(as) participantes. Na ocasião, foi solicitado que os(as) ACSs anotassem o telefone para contato com as interessadas, no caso de inscrevê-las para o grupo de casais.

O primeiro contato com as gestantes se deu na sala de espera, durante seu comparecimento à Unidade, para consulta pré-natal com enfermeira e/ ou médica. Todas foram convidadas a participar da atividade, sendo explicados o objetivo da atividade e a importância da participação de seu parceiro, diante da possibilidade de maior diálogo e de contribuir com os cuidados necessários durante o ciclo-gravídico-puerperal. As gestantes que demonstraram interesse em participar foram orientadas a convidar os seus parceiros e fazer contato com as enfermeiras e/ou agentes comunitária(o)s de saúde, confirmando a participação.

Durante a distribuição dos fôlderes, foram apresentados alguns questionamentos das gestantes sobre as oficinas. Para esclarecer as dúvidas, foi realizado um encontro na unidade, com as interessadas, em dia e horário combinado com a mesma. Na oportunidade, foram feitas as inscrições na oficina, formando inicialmente um grupo composto por seis casais grávidos.

A maior dificuldade de adesão dos sujeitos foi justificada pela indisponibilidade dos parceiros das grávidas devido aos seus horários de trabalho e pela falta de interesse dos mesmos em conhecer e participar mais do processo gravídico-puerperal em que estavam inseridos.

Para iniciarmos marcamos o primeiro encontro com o grupo de seis casais conforme data e horário compatível para toda(o)s. Os dias da semana, bem como o horário noturno

foram as preferências entre as/os participantes do grupo, considerando que a USF tem esses dias e horários disponíveis para atividades com autorização da sua Diretoria e da Secretaria de Saúde do município de Arapiraca.

No primeiro encontro, no qual aconteceu a primeira oficina de reflexão, houve inicialmente o esclarecimento aos casais sobre o estudo através das “Informações às pessoas participantes do estudo” (APÊNDICE A) e a subsequente assinatura do TCLE (APÊNDICE B) pelos casais grávidos que aceitaram participar do mesmo. Ressalvamos, a partir desse momento, a importância de considerarmos o acolhimento, o vínculo-responsabilização, e a qualidade da atenção aos casais, a fim de promover a participação dos mesmos no processo gravídico-puerperal.

A produção do material empírico deu-se em duas fases, sendo a primeira durante a gravidez e a segunda na primeira quinzena de pós-parto. Na primeira fase, utilizamos a técnica de Oficinas de Reflexão, estratégia metodológica com proposta pedagógica problematizadora, dialógica e participativa, considerada por Carneiro e Agostini (1994) como modelo para Educação e Saúde em grupos de mulheres, podendo ser adotada para grupos mistos ou masculinos, sendo, portanto, adequada a este estudo.

Foram realizadas três oficinas, com dias e horários acordados com a(o)s participantes, sendo por nós coordenadas, com apoio da enfermeira diretora da Unidade, dos (as) agentes comunitários de saúde e estudantes de graduação do curso de Enfermagem da UFAL, *Campus Arapiraca*. As oficinas foram gravadas por dois gravadores e transcritas na íntegra para posterior análise. Na segunda fase, realizamos entrevista semidirigida (APÊNDICE C) mediante o uso de gravador, igualmente transcrita na íntegra para análise.

Embora não tenhamos utilizado a observação como técnica de coleta de informações algumas observações foram registradas com a finalidade de identificar os sujeitos e entender alguns comportamentos.

3.1.5.1 Oficinas

As Oficinas de Reflexão aconteceram em três encontros e foram realizadas na sala de reunião da USF local do estudo, durante a semana, no período noturno. Fizeram parte das atividades educativas o grupo de casais grávidos como público-alvo, a pesquisadora como facilitadora da atividade, e um grupo de apoio composto pela enfermeira diretora da Unidade

e oito graduanda(o)s em Enfermagem da UFAL, participando em dupla no primeiro encontro, em trio nos demais.

Para Carneiro e Agostini (1994, p. 55) “as oficinas de reflexão em grupos de mulheres representam uma prática exemplar de Educação e Saúde”, podendo ser adotadas para grupos masculinos e mistos. Essa metodologia é traduzida como um espaço de construção coletiva de um saber transformador, reconhecido como parte dos serviços da rede pública, onde profissional e usuários (as) baseiam-se em experiências concretas relacionadas à lógica da vida para firmar suas posições e decisões. Nesse tipo de atividade, profissional e usuários (as), denominados respectivamente coordenador (a) e grupo, podem ser agentes de mudança e de construção do conhecimento. O papel da coordenação consiste em estabelecer um clima favorável às discussões para uma relação horizontal entre todas as pessoas que participam da oficina, em conduzir o processo, valorizar o conteúdo apresentado, estimular a participação de todos (as) e sistematizar o conteúdo apresentado, complementando com informações relativas ao tema (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

Como instrumento de apreensão da realidade, a oficina de reflexão inicia com um tempo de aquecimento, por meio de exercícios lúdicos que promovam relaxamento e vínculo de confiança dentro do grupo. A seguir propõem-se o tema do encontro e uma técnica auxiliar ou mobilizadora para fazer surgir as histórias de vida dos participantes, a exemplo colagens, dramatizações, desenhos e outros. A partir de então se faz a rodada de troca de vivências, e por fim realiza-se análise das vivências ouvidas e compartilhadas, articulada com o geral e complementada com informações, se necessárias (CARNEIRO; AGOSTINI, 1994).

Desenvolvemos as oficinas de reflexão utilizando estratégias participativas, de acordo com os recursos humanos, materiais e físicos disponíveis, onde a(o)s participantes do estudo apresentaram suas vivências, experiências, dúvidas, medos e angústias. A cada encontro a facilitadora das atividades, junto ao grupo de apoio, procurou anotar observações pertinentes para o alcance dos objetivos das mesmas bem como para a fase de transcrição do material produzido.

A **primeira oficina**, no qual os casais grávidos estavam no 2º trimestre de gravidez, teve o tema gravidez para reflexão e discussão. Estiveram presentes nesse encontro seis casais grávidos que aceitaram participar do estudo, dos quais um levou dois filhos, e outro levou uma filha. A oficina teve início com os esclarecimentos da pesquisadora, seguida do contrato de grupo a respeito da duração da atividade, uso de aparelhos e respeito durante as falas.

Para aquecimento do grupo, realizamos a dinâmica de apresentação e a troca de crachás entre os (as) participantes escutando a música “Toda forma de amor” (Lulu Santos). Após descontração e identificação das pessoas presentes, utilizamos como técnica mobilizadora a problematização, levantando as demandas dos casais sobre a temática gestação, incluindo os pontos: Sentindo-se grávidos, o corpo da gestante, sexualidade na gravidez, cuidados pré-natais (assistência em saúde, hábitos da gestante), medos e ansiedades.

A partir das demandas levantadas houve o processo de troca por meio de uma roda de conversa entre os casais, sob a mediação da pesquisadora. As observações foram registradas pelo grupo de apoio. A análise das vivências compartilhadas se deu através da síntese do conhecimento discutido e o esclarecimento das dúvidas, acompanhado da avaliação da oficina segundo as expectativas. Surpreendentemente os homens pareceram mais à vontade que as mulheres durante esse encontro, apresentando, em geral, soluções convenientes para as demandas levantadas por todos(as).

A oficina teve a duração de uma hora e vinte minutos; foi oferecido um lanche ao final da atividade para fins de interação e bem-estar do grupo. Nesse momento combinamos de manter contato para marcarmos a segunda oficina de reflexão, em que os casais deveriam estar no 3º trimestre de gravidez.

A **segunda oficina** aconteceu aproximadamente dois meses após o primeiro encontro, e nela discutimos a temática sobre trabalho de parto e parto/nascimento. Apesar da confirmação prévia dos seis casais que formavam o grupo, compareceram a esta oficina apenas três casais e uma criança filha de um deles. Entre os faltosos, ainda que os encontros tenham sido agendados de acordo com data e horário de disponibilidade do grupo, dois casais justificaram a falta devido ao trabalho do parceiro, e o outro devido ao filho estar doente. Assim, em respeito aos presentes, optamos por continuar a oficina com o grupo de três casais, e oferecer nova oportunidade para os que não puderam comparecer.

Essa oficina começou com atraso de horário, uma vez que aguardamos os casais faltosos por cerca de 1 hora. Então decidimos iniciar a atividade após confirmar por telefone que os mesmos não estariam presentes. Combinamos o contrato do grupo para esse encontro, distribuindo os crachás de identificação para os(as) participantes, e logo demos início ao aquecimento por meio da dinâmica “Viagem de Navio”. Esta proporcionou aos casais imaginação e relaxamento ao tempo em que os levou a imaginar uma viagem de navio, em que lidavam com temporada de chuva e com paisagens agradáveis.

A própria dinâmica funcionou como técnica mobilizadora, suscitando uma analogia entre a viagem de navio e o período de gravidez que vivenciava o casal. A partir disso as

demandas sobre trabalho de parto e parto/nascimento emergiram na discussão, estimulada por perguntas realizadas pela coordenadora as quais incluíram o conhecimento dessas fases, os cuidados necessários, os direitos e deveres, medos e ansiedades. Novamente o processo de troca ocorreu através de roda de conversa entre os casais, mediada pela pesquisadora e observada pela equipe de apoio.

Em seguida houve a síntese do conhecimento discutido e o esclarecimento das dúvidas, que por sinal foram muitas e interessantes, por tratar-se de um tema que permanece pouco discutido entre as mulheres grávidas e seus parceiros. O fechamento dessa oficina ocorreu com a avaliação da mesma e o lanche interativo, tendo a atividade duração total de uma hora e cinquenta minutos. Ao término, aproveitamos o momento de interação do grupo e marcamos de imediato a última oficina para a semana seguinte, no intuito de manter as pessoas participativas e estimuladas.

A **terceira oficina** aconteceu exatamente uma semana após a segunda oficina, abordando os temas puerpério e cuidados com RN, uma vez que os casais chegavam próximos ao fim da gestação. Os seis casais que participaram do primeiro momento foram convidados para esse encontro, mas dois casais que já haviam faltado à oficina anterior também não compareceram a esta, de modo que a terceira oficina aconteceu com quatro casais e duas crianças, filhas de dois casais participantes.

O contrato para o tempo do terceiro encontro foi de uma hora e quinze minutos, considerando o respeito às falas e o uso de aparelhos. Após a identificação dos casais por meio dos crachás, demos início à terceira oficina com a dinâmica “Chupando Balas”, na qual o(a)s participantes foram orientado(a)s a chupar uma bala sem que para isso utilizassem suas mãos para desembulhá-la e colocá-la em sua própria boca. Cada participante pegou uma bala, e o grupo começou a discussão sobre como poderia consumi-la, se usariam os pés ou outro instrumento. Até que um dos participantes chegou ao objetivo da brincadeira ao dizer que iria desembulhar a bala e colocar na boca de sua parceira, estimulando o trabalho em equipe, raciocínio lógico e o relacionamento interpessoal.

Acompanhada a essa dinâmica de aquecimento e mobilização, a temática pós-parto e cuidados com o(a) RN foi iniciada pela pesquisadora, com perguntas relacionadas à temática incluindo: volta para casa, o corpo da mulher após o parto, sexualidade no período pós-parto, cuidados no período pós-parto: hábitos (alimentação, preparo para o aleitamento materno, exercícios, trabalho, dentre outros), assistência em saúde (consulta puerperal, vacinas), visitas, medos e ansiedades, os pais e o(a) recém-nascido (a), alimentação do RN, cólicas no RN, higiene do RN e assistência em saúde ao RN (consulta puericultura; vacinas; teste do

pezinho). Destacamos que a discussão dessa oficina iniciou com a participação de uma criança de 3 anos de idade, filha de um dos casais, a qual procurou responder à pergunta sobre como lidar com esse momento de chegada do(a) RN: “*Cuidar dele! (risos) Eu vou dar o meu gogó.*” Esta frase foi usada como estímulo para discussão, iniciando sobre a alimentação do(a) RN.

A roda de conversa entre os casais da terceira oficina permitiu o processo de troca dos conhecimentos e vivências dos mesmos em relação às demandas acima levantadas. Nesse encontro as mulheres pareciam mais seguras que os homens e apresentaram soluções pertinentes para os problemas levantados, mesmo a participante primípara que demonstrou o banho do(a) RN de forma bastante coerente. Por fim, houve a síntese do conhecimento discutido na terceira oficina e o esclarecimento das dúvidas, e durante a conversa informal no momento do lanche foi realizada a avaliação final das oficinas, atingindo as expectativas dos casais participantes.

Notamos que as demandas discutidas no terceiro encontro foram muitas, em comparação ao menor tempo diante das anteriores. Nesta passagem o tempo reduzido não invalidou o processo de ensino-aprendizagem, já que as(os) participantes se encontravam mais familiarizadas(os) o que viabilizou maior participação e pouca necessidade de esclarecimentos pela pesquisadora.

Conforme proposto, cerca de quinze dias após a terceira oficina realizamos ainda um **quarto encontro**, em horário noturno e durante a semana, para dar oportunidade aos faltosos. Igualmente, os três casais que haviam faltado à segunda oficina foram convidados, porém apenas um deles compareceu acompanhado de um filho. Não obstante, decidimos realizar ação educativa com este casal discutindo a temática trabalho de parto e parto/nascimento, por ser a temática que faltava ser abordada com o mesmo. Embora não tenha se configurado como oficina reflexiva devido ao número pequeno de participantes, teve abordagem participativa e problematizadora. Seguimos os passos da oficina educativa, com contrato de grupo, aquecimento com a dinâmica da “Viagem de Navio”, estímulo para discussão com questões sobre o conhecimento dessas fases, os cuidados necessários, os direitos e deveres, medos e ansiedades, havendo o processo de troca com a participação da mulher grávida e seu parceiro, síntese do conhecimento discutido e esclarecimento das dúvidas.

A atividade teve duração de uma hora e quinze minutos, com lanche ao final do encontro. Apesar de uma configuração diferente, este também foi bastante produtivo, com a participação do casal em todas as etapas da atividade, enquanto o filho observava ao lado.

Esse comprometimento nos fez incluir este casal ao grupo de participantes, uma vez que o mesmo participou de duas oficinas e dessa ação educativa participativa.

Desse modo, quatro casais participaram das atividades educativas no pré-natal, contemplando toda a temática proposta para discussão e sendo definidos como participantes do estudo e selecionados para a segunda fase da produção empírica, realizada por meio de uma entrevista.

3.1.5.2 Entrevistas

A fim de complementar o material produzido durante as Oficinas, realizamos uma Entrevista Semidirigida (APÊNDICE C) com cada casal participante da pesquisa, no período entre a primeira e a segunda semanas de pós-parto, tempo suficiente para que os mesmos vivenciassem as fases de puerpério. Para Neme (2006), a classificação de puerpério mais lógica no que se refere à assistência segue em puerpério imediato, puerpério mediato e puerpério tardio. Defende que o puerpério imediato consiste até a segunda hora após o parto, enquanto o mediato estende-se da fase imediata até o décimo dia de pós-parto, e o puerpério tardio, do décimo primeiro até o reinício dos ciclos menstruais, nas que não lactam, e até, a 6^o ou 8^o semana nas lactantes.

Essa etapa da coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com auxílio de ACS, através de visita domiciliar aos casais que participaram do estudo, mediante contato prévio com os mesmos e/ou ACS responsável. Os diferentes contatos com os participantes promoviam novas conversas sobre as temáticas discutidas anteriormente, o que demonstrou interesse e estímulo dos mesmos.

Conforme defende Alexandre (2007, p. 274): “cabe à enfermeira do PSF (Programa de Saúde da Família) realizar visita domiciliar à puérpera até o sétimo dia após o parto para proceder à identificação de possíveis intercorrências e orientações que se façam necessárias tanto no cuidado à puérpera como com relação ao RN e a outros familiares”. Dessa maneira, a visita a cada casal na fase de pós-parto foi marcada não apenas pela entrevista, mas também como estratégia de atenção em saúde, através da mensuração da pressão arterial da mulher e seu parceiro, bem como um breve exame físico da puérpera e do (a) recém-nascido (a), reforçando orientações e direitos de assistência em saúde discutidos ou não durante as oficinas.

Para realizar a visita domiciliar, mantivemos contato através de telefone pessoal, acordando dia e horário em que ambos, mulher e parceiro, estivessem presentes no momento

do encontro. Três entrevistas aconteceram no período noturno durante a semana, e uma aconteceu em um dia de domingo pela manhã, do mesmo modo decorrente da dificuldade de horário para a participação dos parceiros devido aos seus trabalhos.

Durante a entrevista abordamos os elementos sociodemográficos, gineco-obstétricos, bem como questões sobre a experiência da educação em saúde para o casal grávido que vivenciou as oficinas de reflexão no pré-natal.

De acordo com Turato (2003), entrevista semidirigida é um sinônimo imperfeito de entrevista semiestruturada, pois, embora esse último seja consagrado na literatura, há de se considerar que todas as entrevistas têm uma “estrutura”. Portanto, a entrevista semidirigida caracteriza-se como aquela em que a direção para onde caminhará é dada alternadamente pelo(a) entrevistador(a) e pelo(a) entrevistado(a). Considera ainda que, para a construção dessa entrevista, somente o uso de questões abertas, marcada por uma relação de tópicos sem respostas preestabelecidas, é compatível com a definição da abordagem qualitativa. Esclarece que, “se queremos interpretar os sentidos e as significações que as pessoas trarão a partir do assunto proposto, jamais poderíamos fechar antecipadamente suas respostas em alternativas, porque deste modo nós mesmos é quem as construiríamos a partir da nossa visão teórica” (TURATO, 2003, p. 316).

A entrevista semidirigida foi escolhida por nos parecer ser a mais apropriada como instrumento auxiliar para este tipo de pesquisa, e tem o escopo de caracterizar os casais grávidos, sujeitos do estudo. Ademais, pela possibilidade que a mesma oferece de identificar, a partir dos relatos dos casais, aspectos referentes à vivência da gravidez, parto e puerpério que foram influenciados pelo processo de educação em saúde para o cuidado de si e do outro.

3.1.6 Análise do material empírico

A cada encontro realizado, bem como a cada entrevista, transcrevíamos na íntegra a respectiva gravação, escutando repetidas vezes os depoimentos, de modo a registrá-los de maneira correta e clara, observando a(o) participante responsável pela fala. Nessa etapa, houve dificuldade na identificação de algumas pessoas, devido às mesmas apresentarem fraca entonação da voz. A escuta extenuante dessas falas e as observações anotadas durante os encontros foram de grande importância para o esclarecimento do material transcrito.

Para análise do material transcrito, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), modalidade temática que utiliza técnicas de interpretação e oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da subjetividade, com hermenêutica controlada baseada na inferência.

De acordo com Bardin (2009), as fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A autora acrescenta que a pré-análise é a fase de organização em que acontece a leitura flutuante dos documentos a serem analisados, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos índices e indicadores para alicerce da interpretação final e a preparação do material, de modo que os textos estejam destacados e codificados. Na exploração do material, ocorre a aplicação sistemática das decisões tomadas, que consiste em operação longa de codificação, decomposição ou enumeração. Por fim, os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos, de modo que a analista possa fazer inferências e interpretações conforme os objetivos do estudo ou mesmo referente a descobertas inesperadas, podendo ainda os resultados serem submetidos a provas estatísticas e a testes de validação.

Assim delineamos o corpo dos documentos escolhidos, satisfazendo as principais regras para análise, segundo Bardin (2009): regra da exaustividade, regra da representatividade, regra da homogeneidade e regra da pertinência. Para essa autora, a regra da exaustividade trata da necessidade de considerar todos os elementos do corpo construído para análise; a regra da representatividade versa sobre a amostra representativa para o universo inicial; a regra da homogeneidade defende que os documentos analisados devem tratar da mesma temática; enquanto a regra de pertinência aborda a adequação dos documentos, enquanto fontes de informação, ao objetivo da análise.

Desse modo, iniciamos com a leitura da transcrição de cada entrevista para contato inicial, e seguimos com leituras exaustivas para conhecimento e apreensão das informações. A partir das unidades de registro emergiram diversas categorias, que a proporção das leituras mais acuradas foram reduzidas as categorias finais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 OS CASAIS PARTICIPANTES

A caracterização sociodemográfica dos casais e os dados gineco-obstétricos das mulheres foram obtidos mediante entrevistas realizadas no domicílio. Com a presença de ambos, mulheres e parceiros, foram realizadas no período que variou entre sete a 14 dias de pós-parto.

As mulheres tinham de 20 a 25 anos, enquanto os parceiros 20 a 41 anos de idade. Em todos os casais, a mulher tinha menos idade que o parceiro, com uma diferença entre um e oito anos entre os mesmos. Esse achado corrobora o estudo de Goldani (1994) há quase duas décadas, em que as diferenças de idade entre homem e mulher, ao casarem, era em média quatro anos a mais para os homens. Greene e Rao (1992) confirmam o fato de que, no mundo inteiro, os maridos são, geralmente, alguns anos mais velhos do que as mulheres, e destacam a explicação de Guttentag e Secord (1983) os quais atribuem essa diferença de idade às relações de poder entre os sexos.

Dentre os casais, dois são casados, oficialmente no civil, e dois vivem em união consensual, convivendo juntos entre três e 17 anos. Nesse aspecto, desde a década de 1990, Goldani (1994) apresenta a tendência para elevadas incidências de ‘casamento’ informal.

No quesito raça/cor, entre as quatro mulheres, uma referiu-se como branca e as demais pardas, e os parceiros se autorreferiram como pardos. No entanto, as mulheres e os homens sentiram dificuldade em responder a essa questão, uma vez que as alternativas pedem às pessoas que se classifiquem, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, dentro de uma das cinco categorias seguintes: branca, preta, parda, amarela ou indígena (IBGE, 2006). Considerando que, no Brasil, o conceito de raça encontra-se mais relacionado à cor da pele e a traços faciais do que à ancestralidade, alguns estudiosos passaram a analisar a classificação racial brasileira não enquanto grupos raciais, mas como grupos identificados pela cor (HERINGER, 2002). Do mesmo modo, acreditamos ter sido esse o critério de autoclassificação das pessoas participantes deste estudo.

Em relação ao nível de escolaridade, duas das mulheres tinham ensino fundamental incompleto e as outras duas, o ensino médio incompleto. Já os parceiros, três tinham o ensino

médio completo e um tinha ensino fundamental completo. Observamos que as mulheres apresentaram um nível de escolaridade menor comparado com o parceiro. Esse fato contraria a média brasileira que, de acordo com os dados do IBGE (2007), revela escolaridade das mulheres residentes na área urbana como igual ou superior à dos homens.

A respeito da renda mensal, todos(as) os(as) participantes relataram receber entre um e dois salários mínimos, sendo a ocupação/profissão das mulheres descrita como “donas de casa” /do lar em sua maioria (três participantes), enquanto uma trabalha como manicure. Na atualidade, para garantir o sustento da família, é bastante comum as mulheres desempenharem duplas jornadas de trabalho, ocupando-se do privado mundo do lar e de atividades remuneradas fora do mesmo (MACHADO, 2001). Contudo, ressaltamos que as mulheres deste estudo permanecem no modo de organização tradicional da família, em que o provedor financeiro é o homem, caracterizando as relações de poder. Enquanto isso, as ocupações dos parceiros foram autotaxadas como: um “auxiliar de produção”, um “segurança”, um “vendedor de loja”, um “dono de lava-jato”. Esses dados se coadunam com os achados dos estudos descritos acima (GRENNE; RAO, 1992; GOLDANI, 1994).

Em relação ao saneamento básico no domicílio, alguns não tinham certeza sobre essa questão para informar, sendo que apenas dois casais afirmaram ter saneamento básico em domicílio, nos quais residiam em média quatro pessoas, sendo geralmente o casal, o(a) recém-nascido (a), e outro(a) filho(a). Apenas um casal que ainda não tinha filho compartilhava o domicílio com uma pessoa adulta da família.

A segunda parte da entrevista abordou dados gineco-obstétricos. Todas as mulheres eram secundigestas, e dentre elas uma sofreu um aborto anterior e as demais tinham um (a) filho(a) vivo(a). Entre as que pariram, duas informaram parto normal e uma, cesárea. A respeito da gravidez atual, esta foi considerada como não planejada e desejada pelos casais em unanimidade. Em relação ao parto, todos os casais tiveram parto atual a termo, sendo um parto normal e três cesáreas, entre as quais uma cesárea eletiva indicada justificada por “não ter passagem”. As demais cesáreas foram indicadas pela não evolução do trabalho de parto, embora as mulheres tenham iniciado essa fase.

O período de internação na gravidez atual foi de um a três dias, de acordo com o tipo de parto, sendo menor para parto normal (um dia), e dois ou três dias nos casos de cesariana. Esse tempo condiz atualmente com o período mínimo de internação no puerpério sem complicações, com alta hospitalar de 24 horas após o parto normal e 48 horas após parto

cesáreo. Esse período de adaptação vem sendo cada vez mais reduzido, encurtando o período necessário para o cumprimento da finalidade do Alojamento Conjunto na Maternidade. Ungerer e Miranda (1999) notam o objetivo dessa estratégia de oferecer à mãe a possibilidade de cuidar ela mesma de seu/sua filho(a), por meio de informação e orientação junto à puérpera e familiares em relação às práticas adequadas ao contexto que vivenciam.

4.2 A EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS REFLEXIVAS PARA O CASAL GRÁVIDO

As demandas dos casais sobre a vivência da gravidez, parto e puerpério foram apresentadas a cada oficina de reflexão (ANEXO D), momentos nas quais eram devidamente discutidas. Tais demandas incluem os seguintes aspectos: dor, felicidade, dúvidas sobre alimentação, sono, relação sexual, espiritualidade, responsabilidade, conflito conjugal, mitos, vitória, compreensão, ajuda, conhecimento das alterações corporais e emocionais da gestante, cuidado, preocupação relacionada à saúde da mulher e à saúde da criança, medo relacionado à ocupação/profissão da mulher e ao parto.

Por meio da análise temática, inserida no método de Análise de Conteúdo de Bardin (2009), foi possível organizar em categorias os relatos obtidos durante as oficinas educativas e as entrevistas utilizadas para a produção do material empírico.

Tendo como referencial básico a integralidade na sua dimensão prática, incluindo o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção, a leitura das informações fez emergir três categorias, a saber: a) Significados do processo gravídico-puerperal para a mulher grávida e seu parceiro; b) Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido c) Oficinas de reflexão: contribuições para o cuidado de enfermagem ao casal grávido.

4.2.1 Significados do processo gravídico-puerperal para a mulher grávida e seu parceiro

Os casais grávidos referiram sinais e sintomas vivenciados e identificados durante o período gravídico-puerperal, relacionados a aspectos físicos e emocionais da gravidez, parto e pós-parto. Para as mulheres, a felicidade e a dor são sentimentos que permeiam todo o

processo. Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) caracterizam a felicidade por um estado emocional positivo, de bem-estar e de prazer, associados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo. Conforme esses autores, a felicidade mencionada nos relatos a seguir apresenta-se como um fenômeno predominantemente subjetivo, vinculado mais a traços psicológicos e socioculturais do que a eventos externos.

E eu estou muito feliz. Tive umas dorzinhas aqui e acolá, mas tá passando, dá pra ir levando [...] (Livia Garcia-Roza).

Estou muito feliz! Depois de quase 15 anos ter outro filho né, naturalmente, sem precisar tratamento nem nada, estou muito feliz. Até agora não tive nenhum problema, não me incomodei nada (Simone de Beauvoir).

O sentimento de felicidade apresentado pelas mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal vem surgindo em diversos desenhos de pesquisa (CENTA; MOREIRA, 2002; JAYASVASTI; KANCHANATAWAN, 2005; BALLAS; DORLING, 2007; WEDEL; WALL; MAFTUM, 2008; OLIVEIRA et al., 2010). Dessa maneira, em meio à subjetividade desse fenômeno, é possível indicar que a vivência da gestação geralmente satisfaz as expectativas psicológicas e socioculturais das mulheres. Contudo, segundo Jayasvasti e Kanchanatawan (2005), o nível de felicidade em mulheres grávidas pode ser previsto de acordo com o tipo de personalidade, renda familiar e relação conjugal, corroborando a afirmação de Corbi e Menezes-Filho (2006) que alegam que a felicidade parece estar positivamente relacionada ao estar casado (a), além da correlação positiva com renda e emprego. Nessa afirmativa, os autores parecem referir-se à convivência marital, e não apenas ao estado oficial de casado.

Para as mulheres deste estudo o significado da felicidade parece estar ligado aos valores culturais, estimados pela capacidade de gestar e parir. Ademais as características sociodemográficas das(os) participantes do estudo revelam estabilidade conjugal, renda e emprego presentes para pelo menos um dos membros dos casais, o que parece contribuir na menção da felicidade como significado do processo de gestar, parir e cuidar de si e do(a) recém-nascido(a).

Ao lado da felicidade, a dor é bastante significativa desde a gravidez ao pós-parto. Tal qual a felicidade, Sousa (2002) discorre sobre a dor como uma experiência subjetiva, multidimensional, podendo estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, e afetada por

variáveis afetivo-motivacionais. Essa autora destaca a definição da Sociedade Americana de Dor e da Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, as quais desde 1996 consideram a dor como o quinto sinal vital, para além de temperatura, pulso, pressão arterial e respiração.

Durante o ciclo gravídico-puerperal, o corpo precisa adequar-se fisiologicamente às alterações necessárias para dar suporte à reprodução humana. Essas modificações são justificativas potenciais ou reais para o sintoma da dor. Entendemos que, no período da gravidez ao pós-parto, os significados mencionados, positivos e negativos, estão presentes em todos os momentos, uma vez que a experiência desse ciclo permite a vivência do processo como um todo, ultrapassando o sentimento concreto da fase em que se encontra e remetendo a lembranças e/ou relatos principalmente negativos. Portanto, a dor referente ao trabalho de parto e parto parece ser vivenciada no decorrer de todo o processo, como aparece nas falas:

O que é que eu senti (na hora do parto)? Dor (Zélia Gattai).

Pensava que não ia voltar mais pra casa, de tanta dor (Livia Garcia-Roza).

Espero que fiquem prestando atenção, sem me deixar abandonada lá, sofrendo com dor [...] (Marina Colasanti).

Pesquisas sobre a dor no contexto gravídico-puerperal têm mostrado que não apenas o trabalho de parto e o parto remetem a esse sentimento. Apesar de o parto ser um evento bastante estudado a respeito de dor nesse período, outras causas são ainda consideradas determinantes para a mesma, tais como a síndrome clínica de dor pélvica durante ou após a gravidez, a dor lombar na gestação e a cefaleia (BARBOSA; SILVA; MOURA, 2011; SANTOS; GALLO, 2010; CHAPMAN et al., 2009; KANAKARIS; ROBERTS; GIANNOUDIS, 2011).

Para Sumita (2002) a assistência à mulher que vivencia o trabalho de parto e parto, a dor aguda aparece como diagnóstico de enfermagem identificado na grande maioria das parturientes (90,6%). Enquanto isso, em estudo retrospectivo com prontuários de 40 mulheres, a dor crônica esteve entre os diagnósticos de enfermagem mais comuns em gestantes com assistência pré-natal em unidade de saúde da família (KARAN et al., 2008). Esse achado também aparece no depoimento dos casais:

Ela [referindo-se à parceira] sente muita dor de cabeça [...] Várias vezes que ela até chorou porque ela queria tomar remédio. Eu não quero dar, mas eu sou obrigado a comprar... (Affonso de Sant'Anna).

Quando eu arrumo a casa, faço faxina, eu sinto que o meu bebê ele fica lá embaixo. Eu sinto no pezinho [mostrando a região pélvica], no pezinho mesmo um bolinho. Aí começa a doer as costas, aí eu fico com medo de perder (Marina Colasanti).

Diante dos depoimentos identificamos que o significado da dor para as gestantes que participaram deste estudo refere-se a um sintoma proveniente de alguma alteração relacionada ao período gravídico-puerperal e que emerge em decorrência do esforço físico, e que parece provocar medo e preocupação.

O homem, embora não experimente a fisiologia do ciclo gravídico-puerperal, relata como resultado da vivência do processo gravídico-puerperal a responsabilização como uma experiência gratificante, e que lhes remete a necessidade de apoio ao dizer:

Bom, eu vejo o seguinte: é, quem sofre mais realmente são as mulheres, mas a experiência é uma experiência muito boa [...] E nós devemos aproveitar esse momento, que é um momento que a mulher precisa muito do seu marido; devemos dar uma força muito grande [...] É um momento muito especial, e nesse momento a pessoa tem que ajudar, apesar de que o homem nunca tem aquela habilidade que tem a mulher, mas devagarzinho vai encaixando uma coisa com a outra e vai resolvendo os problemas (Jorge Amado).

Na visão do interacionismo simbólico, de acordo com Brito (2001), a interação dos homens na gravidez de suas companheiras ocorre com sentimentos e atitudes que se fundamentam nas concepções dos estereótipos masculinos, apresentando-se como uma experiência percebida com positividade, dificuldades e lembranças. Sob esse aspecto, a paternidade tem sido objeto de estudos com enfoque teórico de gênero e integralidade (CARVALHO, 2003; FREITAS et al., 2009; GALASTRO; FONSECA, 2007; FREITAS; COELHO; SILVA, 2007; ZAMPIERI et al., 2009). Eles sugerem a tendência para a condição de pai como responsável pela formação de um ser humano em várias dimensões, inclusive afetivas.

O papel social do homem, no contexto reprodutivo e no modo de ser na sociedade, vem passando por mudanças. O lugar de provedor financeiro da família, histórico e socialmente construído como masculino, passa a ser partilhado nos casais, e ambos, homem e mulher, assumem as múltiplas funções na organização da sociedade. Contudo, essa sociedade

ainda assume resistência a tais mudanças quando não apoia a oportunidade para o preparo do homem para a paternidade, tal qual é feito com a gestante no pré-natal. Em vista à construção de uma atenção em saúde comprometida com a integralidade, são necessários o incentivo à presença dos pais no pré-parto, parto, pós-parto e nas consultas pediátricas e a preparação das equipes para trabalho com as famílias, conforme relata Carvalho (2003). Essa autora indica ainda a formulação de políticas trabalhistas que garantam essa participação, uma vez que o principal impedimento desta é devido à dificuldade de afastamento do trabalho.

A experiência gratificante, de responsabilização e apoio, é dita pelos parceiros *grávidos* deste estudo, corroborando os estudos de Carvalho (2003), Freitas e colaboradoras (2009), Freitas; Coelho; Silva (2007) e Zampieri e colaboradoras (2009). Do mesmo modo, Andreani (2006) revela que ocorrem diversas mudanças na vida do homem que vivencia o processo gestacional, principalmente na sua relação conjugal e nas prioridades de vida, sendo a paternidade representada como evento positivo, mas que traz responsabilidade.

E hoje, daqui a 5 meses vou ter um filho, e pretendo outra responsabilidade maior ainda. Essa semana mesmo um colega meu, que eu nem sabia que ele já era pai [...] Ele falava pra mim que quando a mulher tá grávida a pessoa pensa mais na dificuldade financeira que vai ter futuramente [...] Até parece uma coisa de outro mundo. Aí eu sempre falo que é questão de organização. Se você souber organizar as coisas eu acho que não tem dificuldade nenhuma. Tem gente que gasta dinheiro com besteira, com show [...] E estar preocupado com trinta reais, que é um pacote de fralda, com leite... não! Aí ele mesmo falou pra mim que às vezes chega do trabalho, ele chega estressado né, é só ele entrar no quarto, quando ele vê a filha dele parece que ele está nascendo de novo [...] (Affonso de Sant'Anna)

Para Freitas e colaboradoras (2009), o termo responsabilidade nessa circunstância aponta mais para a paternidade como novo encargo social do que como espaço de envolvimento afetivo, o que implica prioritariamente no modelo de pai tradicional, provedor material e guardião da família. Entretanto, as falas assumem que o significado de responsabilização vem acompanhado de gratificação e apoio, o que alude o significado da paternidade a um sentido mais amplo e afetivo.

De acordo com Toneli (2006) a paternidade está inserida num complexo cenário composto de um contexto social e histórico e parece centralizar interesses diversos, sendo objeto de investigações, reflexões e até políticas de Estado, passando a cada geração por continuidades, rupturas, fragmentações e saltos qualitativos no que se refere aos significados e às práticas. Revela que, nos dias atuais, é comum pais (homens) de todas as idades

apresentarem comportamentos antes considerados como inadequados a esse papel, o que na construção de uma “nova paternidade” pode ser visto como um dever, de maior participação dos homens no cuidado com os filhos, e/ou um direito, associado à perspectiva da construção do “novo homem”, de estarem mais próximos aos seus filhos e companheiras. Complementa que é preciso considerar a importância de se incluam os homens nos contextos de investigação e de intervenção nessa área, como facilitadores no caso da saúde das mulheres e, sobretudo, como sujeitos de direito que devem ter suas necessidades contempladas.

As mudanças comportamentais, na ocorrência de maternidade/paternidade, sugerem às mulheres grávidas e a seus parceiros a necessidade de compartilhar entre si os significados que percebem no período da gravidez ao pós-parto, especialmente no que se refere à dor e à responsabilização. Os relatos revelam que entre as demandas dos casais grávidos há a necessidade da vivência compartilhada, com a intensificação da convivência a dois.

Quando a pessoa passa realmente a viver a dois, a gente tem que passar a procurar entender o parceiro, de ambas as partes [...] Então a gente precisa realmente ser um pouquinho, vamos dizer assim, mais passivo. [...] Tem um momento que a pessoa se emociona tanto e sente ali, fica penalizado com aquela cena que tá vendo ali, porque é muito ruim ver uma pessoa que você ama tá sofrendo bastante (Jorge Amado).

Porque (quando) a pessoa é mãe, o bebê só depende da mãe? Depende do pai também (Marina Colasanti).

Eu tenho muita vontade de acompanhar (no parto), eu queria muito! Mas, que ter medo eu não tenho não porque eu poderia ter medo se tivesse uma gestação complicada, mas graças a Deus, só teve aquela questão do início mesmo, mas de lá pra cá foi normal [...] (Luiz Garcia-Roza).

Para Carvalho (2003) a motivação dos casais quanto à participação dos pais no processo de nascimento parece estar relacionada principalmente ao apoio à gestante e à experiência da paternidade. Porém, desvenda que essa iniciativa ainda é frustrada pela desvalorização da presença dos parceiros por profissionais e modelos vigentes de atenção em saúde, seja como apoio às mulheres ou como evento da paternidade participante, o que reserva às mães a capacidade e a responsabilidade exclusivas no cuidado com as crianças. Nesse aspecto concordamos com Freitas e colaboradoras (2009) sobre o avanço no modelo tradicional de paternidade, o qual requer políticas públicas direcionadas à inserção dos pais no contexto dos cuidados.

Os depoimentos dos casais revelam uma inter-relação entre o divino e a maternidade/paternidade. O significado de bênção relacionada à gravidez tem uma construção histórica e cristã herdada dos antepassados que permanece firme nos dias atuais, pois, em unanimidade, as pessoas participantes deste estudo mencionam divindade ao referirem o estado de gravidez, como descrito:

Porque ser pai é algo muito bonito, é bênção de Deus, mas eu fico contente ao assumir a gravidez da minha esposa pela segunda vez, algo divino mesmo, algo de muito bom [...] Esse é um momento que a gente, independentemente de religião, cada um tem a sua religião, da sua maneira, e crê em Deus assim, a gente tem o suporte Dele, entendeu? Eu tiro comigo isso, e isso me acalma bastante, me deixa muito confiante (Jorge Amado).

Deus agora me deu essa bênção (Livia Garcia-Roza).

Não esperava ser agora, mas com fé em Deus, só espero que venha com saúde e dê tudo certo (Affonso de Sant'Anna).

A gente não vê a hora de chegar, de dar tudo bem, pede a Deus pra dar tudo bem na hora né (do parto). Primeiro lá tem que se lembrar de Deus [...], só Deus pode botar a mão naquele médico (Simone de Beauvoir).

Segundo Flores (2006), em resenha ao livro *The God Delusion*, escrito por Dawkins, a clareza com que esse autor examina as principais argumentações sobre a existência de Deus, e ressalta dois dos argumentos: o argumento do “projeto” e o argumento da experiência pessoal. Explica que o argumento do projeto defende que a existência da vida, dos seres humanos e, especialmente, da mente humana é, indiscutivelmente, um produto de uma inteligência criativa, que nesse caso seria o divino; enquanto no argumento da experiência pessoal, as pessoas acreditam que há uma visão da divindade que lhes fala diretamente ou que tem uma experiência transcendente de contato íntimo. Flores (2006) comenta ainda que esse último argumento, da experiência pessoal, é forte para seu defensor, mas insuficiente para terceiros, especialmente aqueles com algum conhecimento de psicologia.

Diante dessas considerações vemos como importante a abordagem aos casais grávidos sob o olhar da integralidade, de modo a valorizar a subjetividade das suas escolhas para planejar um cuidado baseado nas suas necessidades. Para isso, a atividade educativa nos serviços de saúde na perspectiva dialógica possibilita esse planejamento, uma vez que permite o diálogo entre profissionais de saúde e comunidade.

Os casais versam sobre a divindade como sujeito responsável pela capacidade de reprodução humana e gestação saudável, e a tem como um apoio para lidar com as mudanças que o processo gravídico ocasiona. Outros estudos (RANGEL; QUEIROZ, 2008; ZANIN;

MOSS; OLIVEIRA, 2011), realizados no contexto da gestação, corroboram esse achado até mesmo quando se trata de gestantes adolescentes, evidenciando que o significado de aproximação com a divindade na gravidez surge independente da faixa etária e renda financeira das pessoas que a vivenciam. Diante de tal evidência notamos que este é mais um aspecto cultural e de modo de organização familiar do que uma questão isolada para determinada fase da vida ou classe econômica.

Sobre a forma de organização familiar Rodrigues (2005) versa os diferentes períodos históricos descritos pela psicanalista Roudinesco em 2003. Acena que a evolução dessa instituição denominada família abrange percursos psíquicos, políticos e econômicos que oferecem elementos para sua construção, possibilitando a travessia da etapa em que o casamento possui a natureza divina para o tempo em que ganha outra face, perdendo essa relação com a divindade.

A religiosidade se espalhou por todas as culturas humanas e, entre as hipóteses explicativas para esse fato, mencionamos duas que chamam atenção: a hipótese de que a crença em um Deus protetor aumentaria a coesão grupal e a capacidade de resistir a estressores ambientais; e a hipótese favorita de Dawkins, que consiste na possibilidade de o comportamento religioso ser um subproduto de características mentais que não são ligadas diretamente à experiência religiosa, o que acontece com as crianças (FLORES, 2006).

Fica notório para os casais estudados que a presença de uma nova vida humana proveniente da gestação alude à aproximação entre eles e o divino, de maneira que as modificações físicas e psicoemocionais decorrentes do processo gestatório são atenuadas pelo apoio encontrado na divindade.

4.2.2 Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido

A discussão sobre a vivência do processo gravídico-puerperal origina diversas opiniões e dúvidas nos casais, as quais constituem suas necessidades de saúde. Para fins da construção coletiva de um conhecimento que se tornará práxis, os casais participantes demonstraram interesse em dialogar sobre os temas propostos, ainda que uns apresentem mais desenvoltura que outros. As dúvidas são essencialmente solucionadas pelo próprio grupo, complementadas por esclarecimentos específicos pela facilitadora da atividade.

Ao participar das atividades educativas dialógicas desenvolvidas neste estudo, o parceiro da mulher grávida parece buscar um caminho que facilite o envolvimento com o processo gravídico-puerperal. Uma das questões apresentadas pelos parceiros das gestantes diz respeito à dificuldade em aproximar-se da parceira nessa fase, tendo como justificativa a ocorrência das modificações que ela vivencia, dando prioridade ao RN ser cuidado, conforme exposto:

Eu fico só esperando a chegada ao porto (em analogia com a dinâmica da viagem de navio, em que considera o fim da gestação e nascimento do (a) RN como a chegada ao porto). Bom, eu vou me sentir realizado se ela der atenção total ao bebê. Eu acho que até futuramente ela que vai saber cuidar dele. Eu vou me virar claro, o que for melhor pra ela né [...] (Affonso de Sant'Anna).

[...] Eu acho que não vale nem tanto a experiência, é a consenso dos dois juntos pra poder reagir bem [...] Mas que você esteja com cuidado porque nem toda hora a mulher pode estar pronta pra receber o marido (referindo-se à atividade sexual) (Luiz Garcia-Roza).

Complementam ao dizer que espera o momento do nascimento sem agir ou envolver-se com o processo, o que expressa dificuldade em lidar com o período gestacional. Contudo, em outros momentos mostram-se participativos, com cuidado sobre os hábitos da parceira em relação ao período da gravidez ao pós-parto, ainda que considere suas demandas específicas nesse período, o que é reforçado por outros participantes diante da necessidade de resolver as dificuldades por meio do conhecimento e do diálogo.

Ela é manicure, está sempre ali na acetona, no esmalte, alguma coisa assim. Eu sempre peço a ela pra usar aquelas máscaras, mas só que ela vive brigando comigo por isso [...] É o que eu penso, quando chegar no 7º mês ela parar né [...] É porque a mulher perde peso né (referindo-se à amamentação), e ao mesmo tempo ela tem leite pra amamentar [...] Evita doenças né? Tem muitas doenças que são evitadas através do leite né? [...] A comida pesada ela só vai ganhar mais peso, claro que ela vai ter leite mas [...], eu vou fazer o máximo pra ela não chegar perto de gordura, pelo menos o máximo né [...] (Affonso de Sant'Anna)

Apesar de eu não ser mulher sou uma pessoa observadora: os seios crescem, o corpo começa a enlastecer [...] A paciência que outrora já era mais branda já começa a se alterar [...] A gente tem que procurar entender né, porque no corpo está havendo uma mutação né, uma mudança, uma transformação [...] Toda ação tem uma reação. A gente, maridos, tem que ter um pouco de paciência [...] É uma vida que está se gerando dentro de uma vida, então são coisas que a gente vai vivendo, que a gente vai aprendendo no esforço (Jorge Amado).

Mas eu tô fazendo de tudo. Já comprei o negócio onde coloca o pé, que eu não fico assim (mostrando a coluna curva), eu fico assim (mostrando a coluna reta). Eu não fico o tempo todo sentada, eu me levanto, eu ando um pouquinho. Eu não fico o tempo todo assim,

porque eu sei que não vai me fazer bem. Só que eu não sinto mais cheiro de esmalte nem de acetona (Marina Colasanti)

Para Freitas, Coelho e Silva (2007), o fato de os homens se manterem distantes do processo de gestação proporciona ganhos secundários, como a possibilidade de não envolver-se com prováveis sofrimentos e sentirem menos culpa, além de dispor de mais tempo mental para elaborar as transformações que ocorrem nesse período. Esse argumento auxilia a compreensão da ausência dos parceiros nas consultas e demais atividades de cuidado pré-natais, inclusive nas oficinas realizadas neste estudo, episódio obviamente agravado pelo sistema trabalhista do qual fazemos parte.

As mudanças, durante o ciclo gravídico-puerperal, incluem possível alteração no relacionamento interpessoal e afetivo do casal, originando certa insegurança ou desconforto no seu dia a dia, seja em relação ao convívio, à tomada de decisões ou ao cuidado de si e do (a) filho(a). O estado de gravidez permanece um momento emblemático em que há mistura de crenças, mitos, conhecimentos empíricos e científicos que possibilitam o desacordo entre a mulher e o parceiro que vivenciam esse período, entre outras pessoas que participam do processo. As falas a seguir exemplificam esse evento:

Tem que ver que gravidez não é doença né (justificando a rotina do trabalho ao parceiro)
(Marina Colasanti).

Às vezes (as mulheres) não querem (amamentar) porque vai doer, aí antes de ter (o/a RN) já estão com medo né? Então, preparar (para amamentação) antes é melhor né? Tem que estar consciente do que vai ser melhor para o bebê [...] Mas é isso aí, pra satisfazer a mulher tem que fazer tudo né! É carregar manga verde, é jaca, é fazer o que for... (Affonso de Sant'Anna).

De acordo com Silva e Brito (2010), o interesse do parceiro pela gestação é percebido pela grávida quando o mesmo demonstra preocupação por ela e pelo feto, entretanto, ela reconhece que o parceiro, por vezes, desvaloriza suas queixas, possibilitando o desajuste conjugal. Diante da realidade que cerca o casal nesse período, os autores afirmam que a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal predispõe o fortalecimento dos desconfortos que a gestante sofre, o que fundamenta a necessidade de os cuidados pré-natais serem extensivos aos homens, considerando que eles são os mais próximos às grávidas e, portanto, convivem com as alterações e os desconfortos advindos da gestação. Complementam que, no entanto, frente às concepções sociais construídas acerca do papel masculino, a mulher deposita responsabilidade ao homem como provedor familiar e

demonstra compreensão sobre o distanciamento dele no pré-natal, ao mesmo tempo em que contribui, mesmo de forma indireta, para a manutenção dessa realidade.

Nesse sentido Gonçalves (2002) destaca que os homens acreditam que as mulheres são mais bem preparadas para cuidar e educar crianças, no entanto, consideram que tudo que as mulheres realizam dentro do lar, seja nos cuidados infantis seja nos afazeres domésticos, pode ser aprendido por eles.

Dessa maneira, os casais que vivenciam a gestação precisam de um espaço de entendimento, através de acolhimento, diálogo e escuta com profissionais de saúde, na expectativa de desenvolver uma práxis mais adequada e segura, de acordo com seu contexto de vida. Teixeira (2003) legitima que o acolhimento-diálogo que se dá nos serviços de saúde possibilita a identificação e negociação de necessidades que possam vir a serem satisfeitas. No entanto, na atenção básica em saúde, não diferente em relação aos demais serviços, há necessidade de aperfeiçoamento quanto à escuta e ao diálogo no pré-natal, conforme verificado em estudo de Durães-Pereira, Novo e Armond (2007).

Identificamos que as necessidades dos casais no contexto gravídico-puerperal perpassam aspectos sobre alimentação da mulher, exercício físico, trabalho e atividade sexual durante a gravidez e após o parto. Além destas, tem destaque as relacionadas ao cuidado profissional em saúde, cuidados sobre as fases de trabalho de parto e parto e cuidados com o (a) recém-nascido(a) referentes à identificação, alimentação, higiene, às consultas, aos exames e às vacinas:

Primeiramente (o cuidado com) a pressão né (Zélia Gattai).

[...]Uma alimentação saudável: frutas, verduras [...] Tudo equilibrado, moderado [...] Quando fala a medicação (sulfato ferroso e ácido fólico), pra quê? Pra que a criança desenvolva seu lado. Então a alimentação ela é fundamental tanto para a mamãe como também para o bebê [...] Então a gente tem que ter um cuidado muito grande com o que muitas vezes a gente fala, mas na prática [...] Porque o leite ele tem todas as propriedades necessários pra o bebê. Durante seis meses a pessoa não dê água, não dê nada porque ele tem todas as vitaminas, todas as proteínas. E quando tá com cólica [...] a pessoa pode encostar o bebezinho assim na barriga da mamãe né, que ameniza mais, pode ser na do papai também né [...] Quando ele gofa, se ele não tiver numa posição adequada, ele pode sufocar e morrer (Jorge Amado).

São umas dorzinhas no começo (do trabalho de parto). Vai dilatando né, aos poucos. Aí no começo vem aquelas dorzinhas, depois vai aumentando. Cada dor que vem, que vai e volta, o menino vai se dilatando né? [...] Enquanto o menino (recém-nascido) está mamando (a mãe) vai emagrecendo (Lívia Garcia-Roza).

O dela aqui foi primeiro (filho) e passou seis horas né (em trabalho de parto). Foi de onze da noite até cinco da manhã (discutindo o tempo de trabalho de parto) (Jean-Paul Sartre).

A gente fica aperreada quando está assim (próximo ao trabalho de parto), quer estar no hospital né. Mas as mulheres vão e voltam pra casa, porque não está na hora ainda, depois voltam de novo pro hospital [...] Sei que tem que dar todas as vacinas, não pode estar atrasando nem nada (Simone de Beauvoir).

[...] Diz que é pra continuar amamentando (em caso de cólica no(a) RN), e dali o leite vai procurando limpar pra passar [...] Tem que ter uma alimentação moderada nesse período da amamentação porque tudo que a mulher absorve é passado do leite pra ele [...] Geralmente na cólica fica a barriguinha um pouco inchada. Vai devagarzinho, e sente aquele... (Luiz Garcia-Roza).

Pelo menos eu dou banho assim (demonstra com boneca): eu pego o bebê assim (inclinado, de braços sobre seu braço), lavo o corpinho dele, lavo a parte do pescoço, com bem pouquinha água, aí vou tirando. Depois que lavo a parte de trás viro o bebê, lavo essa parte aqui (tórax e abdômen), aí molho a mão, lava o rosto, depois a coisinha dele (genitália), lavo o pezinho e pronto [...] Tem que botar aquela pulseirinha né (Marina Colasanti).

Tem os testes né? O teste do pezinho, a vacina (Affonso de Sant'Anna).

As necessidades provenientes dessa fase da vida circundam o universo do casal grávido, sobretudo para o parceiro que se permite envolver com o processo gravídico-puerperal e o enxerga como uma oportunidade de refletir sobre o cuidado da família e de si mesmo, considerando que as questões apresentam diferenças na perspectiva de gênero. Logo, necessitamos incluir as demandas específicas do parceiro nos serviços de saúde, a fim de discutirmos suas demandas à luz da integralidade. Para isso, concordamos com Carvalho (2003) sobre a realização de grupos de casais grávidos nos serviços de pré-natal que considerem as especificidades da paternidade, sendo indicador desse cuidado a escolha do horário viável à presença do homem.

A partir das temáticas abordadas nas oficinas de reflexão, os casais apontam maior necessidade de retomar as questões referentes ao trabalho de parto e parto/nascimento, não excluindo os temas sobre gravidez, pós-parto e cuidados com o(a) recém-nascido. O fato é que os casais demonstram mais segurança e apoio de profissionais de saúde e familiares ou amigos para os períodos de gestação e puerpério em relação à fase de trabalho de parto e parto/nascimento.

Segundo Almeida (2005), o cuidado de enfermagem à mulher durante o puerpério está voltado apenas para o atendimento às necessidades físicas apresentadas, mesmo assim de modo insatisfatório, já que a satisfação das pessoas envolvidas neste cuidado está mais relacionada à competência para estratégias de comunicação terapêutica do que à competência técnica. Logo, nas fases de trabalho de parto e parto/nascimento, o medo, a ansiedade e as

dúvidas decorrentes de vários fatores, tendo como coadjuvante a carência de escuta e de diálogo, contribuem para tornar esse momento mais obscuro. Os relatos abaixo, produzidos durante as oficinas, narram alguns desses anseios:

Quando (ela, a parceira) disser ‘está doendo aqui’, aí o cabra corre pra lá [...] E agora? Chamo um táxi, não chamo? Chamo o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)? Também não sei [...] Nesse momento a pessoa tem que ter muita calma, porque quando a pessoa tá nervoso perde seu raciocínio lógico, piora a situação. Então esse é um momento que estamos a aprender cada vez mais, cada parto é um momento diferente um do outro [...] A pessoa tem que realmente dar aquele apoio, e muitas vezes a gente não tem essa experiência. Eu tô aprendendo muito hoje, é um momento muito especial. Como ela (referindo-se à parceira) estava falando: tinha coragem de ver eu ganhando neném? Eu disse que tinha, mas muitos desmaiam lá, mas eu acho que eu não desmaio não! (Jorge Amado).

Eu fiquei sabendo antes de ontem que agora toda mulher pode escolher na sala de parto se quer entrar com alguém, é verdade? Porque eu tenho medo assim, eu fico imaginando na hora que o meu bebê nascer cair no chão [...]. É porque eu estou com uma dúvida: o bebê pode ficar encaixado antes mesmo de estar perto de nascer? Porque a minha está encaixadinha, eu fiquei com medo hoje quando a médica falou, porque ainda estou com seis meses e cinco dias, aí eu pensei: será que eu vou ter de nove meses? (Marina Colasanti).

E a infecção hospitalar? É muito importante esse negócio né? Que o pessoal fala muito de negócio de infecção (Jean-Paul Sartre).

Às vezes eu penso em levarem minha bichinha (RN); eu tenho medo. Assim que ela nascer eu peço que bote logo o meu nome [...] Eu tenho medo de chegar a um ponto de, se for cesárea, não sentir dor, ficar esperando [...], passar da hora e o menino nascer com problema (Lívia Garcia-Roza).

Assim, é no nascimento ou antes de nascer que enrola (o cordão umbilical)? Porque leva à morte né? Porque uma colega minha perdeu quando ela teve o bebê enrolado [...] Sei não, eu não vou estar na hora, e nem quero porque eu tenho medo (Affonso de Sant’Anna).

As consequências dessas dúvidas são a insegurança e a dependência em relação às(aos) profissionais de saúde, o que torna deficiente a participação ativa do casal, especialmente no processo de nascimento. Segundo Martins (2002), esse processo de participação se constitui de uma dinâmica individual e coletiva simultaneamente. Complementa que,

[...] se a necessidade de participação é o desejo que move o ator a praticar a ação, o sentido de sua participação num empreendimento coletivo pode ser altamente positivo. Se, ao contrário, a participação é delegada por normas, vigora a ausência do desejo como motor fundante da ação. Neste caso, dificilmente o ator imprimirá o mesmo sentido a ações sociais, a projetos coletivos, a empreendimentos de mudança institucional (MARTINS, 2002, p. 210).

Essa falha na participação do casal é proveniente de um conjunto de fatores relacionados na atualidade à organização do sistema de atenção em saúde, desde o modelo biomédico mandatário no qual está inserido até a construção social do poder, vinculado a profissionais de saúde. Almeida (2005) identifica a hierarquia e a assimetria de gênero institucionalizadas no espaço da maternidade, fragilizando a relação entre profissional de enfermagem e a mulher, o que lhe causa angústia e sofrimento. Observamos que mesmo na ocasião da consulta pré-natal, a qual seria uma das estratégias para diálogo entre profissionais de saúde e as pessoas que vivenciam a gravidez, surgem dúvidas que permanecem devido a não abertura para a escuta e o diálogo nesse momento.

Para Costa (2001, p. 40) muitas vezes as gestantes, mesmo sendo orientadas, não mudam as suas condutas dos cuidados no período puerperal, preferindo na maior parte das vezes seguir o saber culturalmente construído, relacionado às crenças e aos valores, por estar mais próximo do seu cotidiano. Sobre este saber cultural, a mulher grávida inserida numa população com relações interpessoais, são necessários, portanto, o diálogo e as orientações respeitando cada cultura individual.

Neste estudo observamos que as oficinas de reflexão oportunizaram o consenso entre as orientações e saber cultural apresentado pelos casais estudados. Nessa condição, reforçamos a importância de diálogo entre profissionais de saúde, gestante e seu parceiro sobre todos os seus interesses e necessidades, a exemplo daquelas problematizadas, já que o processo de participação do casal não se resume apenas ao seu conhecimento e sua atitude, mas estende-se ao que pode ser transformado em prática dentro de uma coletividade.

Aderimos ao pensamento de Freire (1979) em que a teoria separada da prática é puro verbalismo inoperante e, desvinculada da teoria, a prática se torna ativismo cego, não havendo práxis autêntica fora da unidade dialética ação-reflexão, prática-teoria.

Assim, cabem os diálogos entre profissionais de saúde e a mulher grávida e seu parceiro, para que juntos construam o cuidado de modo participativo. Vale destacar a afirmativa de Rios e Vieira (2007) de que a comunicação é uma competência que a(o) enfermeira(o) deve desenvolver de modo terapêutico, procurando satisfazer a necessidade das pessoas em suas diversas dimensões.

Considerando a integralidade como categoria de análise para as informações oriundas dos casais participantes, recordamos o cuidado em saúde vinculado aos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção, e inserido num processo de trabalho imerso nas dimensões da prática e organização do cuidado. Conforme trouxemos anteriormente, adotamos para este estudo o raciocínio de Mattos (2001) quando fala da integralidade como uma dimensão das práticas que se traduz na forma como ocorre um encontro entre o profissional de saúde e a(o) usuária(o), de forma que o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção estejam imersos nesse processo.

Discutindo sobre as experiências de cuidado em saúde, os casais grávidos colocam pontos de grande interesse para os conceitos da integralidade como fundamentais para a reflexão a respeito da atitude e conduta de profissionais da saúde, especialmente da enfermagem.

Nesse sentido, o acolhimento tem se mostrado bastante precário quando se trata de hospitalização nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A violência às mulheres nesse contexto, igualmente e historicamente apontada em outros estudos (NOGUEIRA, 1993, DINIZ et al., 1999, DINIZ et al., 2004, MURY, 2011), é visível nas falas das mulheres grávidas e parceiros, sendo a agressão verbal cometida principalmente por profissionais de saúde, destacando profissionais de enfermagem que prestam cuidado por mais tempo, durante o período de internação:

Não fiquem dizendo como uma vez que eu fui pro hospital com dor, que eu perdi um já, e a moça falava: minha filha na hora de fazer você não tava com dor, agora você espere, espere que não é o momento não! E eu gritando e ela não tava nem aí. Então na vida da gente tem muito disso né, só quem sabe a dor quem tá passando [...] Por isso que fico pensando, se eu sentir dor, se for normal, vou ficar bem caladinha, só vou fazer: hum! [...] Porque se gritar parece que elas fazem de propósito, e elas demoram pra atender (Marina Colasanti).

Pior que é, eu já passei por isso, quanto mais grita de dor, de sofrimento ali, elas dão massada, e tem umas que xingam [...] E a pessoa sentindo aquelas dores, e não respeitam né (Simone de Beauvoir).

É, mais respeito também, porque às vezes elas chegam, assim, nem todas né... Que teve uma até que se arrastava no chão de tanta dor. Meu Jesus será que é assim? Aí quando eu fui ter menino não era assim, era como eu falei pra você, ela (a dor) ia e voltava, aí quando ela vinha, ela vinha mais forte. Quer dizer que a pessoa fica nervosa, o menino é capaz de subir na hora. Aí ela (“enfermeira”¹) chegava: ‘é, na hora de fazer vocês não pensam nisso, de gritar, de ficar gemendo assim’. Mas só que ela (“enfermeira”¹) tem que ver que ela tem que ter mais respeito pelo que a gente tá passando naquela hora ali né, que é uma hora aperreada! (Lívia Garcia-Roza).

¹ O termo enfermeira é comumente usado pelas pessoas, assim como nos relatos deste estudo, para se referirem às(aos) profissionais de enfermagem, sejam auxiliares ou técnica(o)s de enfermagem, parteiras ou enfermeira(o)s.

Semelhante ao que foi exposto anteriormente, Almeida (2005) discute as necessidades de acolhimento e segurança das puérperas internadas, revelando que, pelo contrário, as mesmas sentem-se descuidadas e desrespeitadas por parte das profissionais de enfermagem, levando-as à insegurança, tratando-as muitas vezes com desprezo e humilhação. A realidade descoberta fere o conceito de acolhimento previsto no modelo de integralidade para o cuidado à mulher (e família) que vivencia o processo de nascimento. Ademais, Pinheiro (2001) afirma que a violência é um dos principais determinantes dos problemas de saúde das pessoas que buscam atendimento nesta área, não devendo, portanto, ser excluída da discussão sobre políticas de saúde.

Não obstante, ressaltamos que a violência aparece como um determinante igualmente provocado dentro dos serviços de saúde, e não apenas em situações externas, precisando ser observada e solucionada nos próprios serviços. Seguindo o texto do manual do Ministério da Saúde sobre Violência Intrafamiliar (BRASIL, 2001), a violência pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade, sendo considerada como um dos tipos a violência institucional:

Violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2001, p. 21).

A violência contra a mulher vem sendo discutida e inserida nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher desde 2004, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. As suas estratégias enfocam a situação de violência doméstica e sexual, porém a violência de gênero transpassa essas classificações, ocorrendo em diversos lugares e relações interpessoais. No Brasil, entre os documentos construídos para essas ações está a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), pautada na necessidade de respeito às mulheres que vivenciam o processo de abortamento, uma vez que comumente as mesmas sofrem preconceito pela sociedade, inclusive por profissionais de saúde de serviços responsáveis por este cuidado. Dessa maneira, trata-se de violência institucional, semelhante à violência à mulher (e parceiro) hospitalizada(o) durante o processo de nascimento, que implica em grave problema de saúde pública a ser solucionado. Para isto é preciso incentivar as(os) profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado no contexto gravídico-puerperal, em

especial a(o)s de enfermagem, conforme os relatos, para refletirem sobre a sua prática no exercício da profissão. O Capítulo 1 do Código de Ética dos(as) Profissionais de Enfermagem assegura ser a Enfermagem uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, buscando promover, proteger, recuperar a saúde e reabilitar pessoas, dentro dos preceitos éticos e legais, e destaca nos seus artigos 2º e 3º que:

O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população; O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004, p. 131).

O depoimento a seguir corrobora tais enunciados ao dizer:

É verdade... dar toda assistência porque é o trabalho delas (profissionais de enfermagem) né, a gente chega e quer ser bem tratado (a) né [...] (Simone de Beauvoir).

A mulher, no momento de parturição, deve ser acompanhada do parceiro ou pessoa de sua escolha, ser acolhidos mediante o atendimento de suas necessidades, com escuta e diálogo de modo a proporcionar o vínculo-responsabilização que requer um relacionamento de confiança. Essa importante iniciativa é valorizada pelos casais, ao destacarem a importância dessa prática para lhes dar mais conforto e tranquilidade:

Toda gestante tem direito de deixar alguém acompanhar no parto (Marina Colasanti).

Se, por exemplo, naquele momento, como ela falou, tinham três ou quatro pessoas, tudo sentindo dor, se tivesse uma pessoa que conversasse, chegasse e desse uma palavra de conforto, a pessoa até se conformava. Não ia tirar aquela dor daquela pessoa naquele instante, mas a pessoa com uma palavra de conforto fica até tranquila (Luiz Garcia-Roza).

A pessoa fica lá (no hospital), sozinha [...] A pessoa fica mais tranquila sabendo que a sua mãe, ou qualquer pessoa da família mesmo, tá ali do seu lado. Você sente assim que não está sozinha né, que dá pra ter o menino de qualquer jeito ali com uma pessoa do lado pra ajeitar você, tanto antes ou depois que tiver o menino né? Que depois você não vai poder cuidar sozinha. E se for cesárea você não vai poder estar se movimentando (Livia Garcia-Roza).

Tem que ter muito cuidado, tanto com o bebê quanto com a mãe né? Quando a gente tem familiar perto dá toda assistência melhor ainda né? É meu caso, estou assim porque eu não faço nada já, minha mãe faz tudo! (Simone de Beauvoir).

Embora Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) tenham observado em revisão de literatura que os estudos até então disponíveis não avaliavam a(o) acompanhante como

provedor de suporte ao autocuidado ou no aspecto emocional, ele é identificado como elemento importante para o enfrentamento no processo de nascimento. Mesmo sendo inquestionável o significado tanto para quem é acompanhado quanto para quem acompanha, um dos participantes enfatiza a necessidade preparatória desse para tal função.

Eu vejo o seguinte: quando você está realmente com alguém que vai dar umas palavras de conforto, mas tem gente que diz ‘oh tem uma amiga minha que morreu...’ Realmente tem pessoas que não sabem, tem pessoas que não são preparadas pra acompanhar ninguém. Então até isso a pessoa tem que ver quem vai acompanhar entendeu? (Jorge Amado).

A qualidade da atenção em saúde compreende alguns aspectos como expectativa, satisfação, direitos e deveres das pessoas que usam serviços específicos. Os(as) participantes reforçam a necessidade do cumprimento desse elemento e apontam expectativas em relação ao cuidado no período gravídico-puerperal principalmente durante a internação hospitalar, nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, momentos que envolvem ansiedade, insegurança e medo do desconhecido, dos riscos, entre outras demandas.

Algumas ações e procedimentos a serem adotados pela(o)s profissionais de saúde são considerados importantes para os casais estudados como forma de prevenir danos ou riscos para as mulheres e RN.

Examinando, olhando minha pressão, olhando dilatação, sabendo se tá perto... [...] Que limpe direitinho né, que retire todo o resto de placenta, essas coisas (Marina Colasanti).

É, tinha que fazer o exame de toque [...] Aliviava mais a dor! Umas reclamavam, diziam que doía, mas não senti não isso. É, passava mais a dor, era melhor pra mim (Zélia Gattai).

Ou normal ou cesariana né, que seja tudo bem feitinho né? Pra não ficar problema (Simone de Beauvoir).

Aqueles materiais têm que estar tudo esterilizado pra não anunciar uma infecção [...] e também a criança não engolir [...] (Jorge Amado).

É, assim que nascer, pra mim, coloca logo a pulseirinha com o nome da mãe [...] Porque ainda tirar, e ainda levar pra distante de você, antes de você ver, oxe, e sem colocar o nome! É isso que você tem que tá preocupada. Ter muito cuidado na hora de pegar, de dar banho também, na hora de limpar... (Lívia Garcia-Roza).

As expectativas de cuidado apresentadas apresentam necessidades subjetivas e há quem prefira permanecer em casa durante o período que requer esses cuidados, como indica o depoimento:

[...] O povo falava pra mim, chega um médico faz um toque pra ver se tá perto né? Aí chega outro faz o toque, que é tanto toque que eu não sei pra onde vai tanto toque (risos). O menino tá dilatando pra sair. Aí, sabe de uma, eu prefiro ficar em casa, quando eu ver que não está dando mais mesmo aí eu vou (Lívia Garcia-Roza).

A satisfação dos casais participantes deste estudo, no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado durante o processo gravídico-puerperal, envolve questões de cidadania que surgem nos depoimentos como direitos e deveres que precisam ser respeitados para um bom enfrentamento desse período. É perceptível o entendimento dos seus direitos de cidadania, que inclui um espaço seguro, acolhedor, e a companhia de uma pessoa de confiança pessoal, além ou mais do que um(a) profissional, acompanhando a evolução da sua gravidez, o que é expresso nas declarações a seguir:

Aqueles três dias que ela passa lá (na maternidade) ela tem direito à alimentação, tem direito a ter visita, entendeu? [...] estamos pagando aqui, o Estado, a gente paga imposto [...] Todos os enfermeiros que estão ali, todos os médicos que estão ali pelo SUS e pelo Estado quem paga é a gente. Tudo, onde você pisar você está pagando (Jean-Paul Sartre).

Procurar realmente saber nossos direitos, que muitas vezes a gente não exige porque não tem conhecimento [...] E tem direito também ao registro civil (para RN) (Jorge Amado).

Eu acho que uma coisa que eu vou exigir, quando ela (referindo-se à parceira) for ter, é que tenha alguém (profissional) que seja capacitado. Que não sejam pessoas de primeira viagem como é ela (a parceira) (Affonso de Sant'Anna).

É de direito ter um médico sempre acompanhando. Pelo que eu vejo é assim: um acompanhamento mais próximo ou do médico que estiver de plantão ou até mesmo das enfermeiras (Luiz Garcia-Roza).

Do mesmo modo em que pontuam seus direitos, e inseridos numa sociedade dita democrática, os(as) participantes demonstram a compreensão de que, para seus direitos serem respeitados, os(as) mesmos(as) precisam cumprir seus deveres com paciência, respeito e compreensão:

Respeitar o acesso (restrito em alguns setores dos serviços de saúde) [...] os médicos relaxam às vezes pela ignorância de quem deixou de ser educado [...] Você mesmo tira sua razão [...] (Affonso de Sant'Anna).

Tem que não somente exigir seus direitos, mas também ter os nossos deveres. Porque a gente também tem que saber os limites do outro, respeitar, quando a pessoa chega lá (na Maternidade) (Jorge Amado).

Você tem que ser principalmente compreensiva. Por mais que você esteja numa hora de dor, também tem que entender o outro lado... Porque hoje em dia é assim, o Ministério da Saúde corre atrás de chegar a um ponto de voltar a anos atrás, que se sugere mais parto normal, que é bem mais prático, né isso? (Luiz Garcia-Roza).

Tem que ter paciência. A gente tem que saber que vai pra lá consciente que vai ter que esperar né [...] Também não pode tirar às pressas, chamar o médico pra tirar às pressas, nem a parteira. Porque chega um, que nem eu falei, faz o toque, eles (profissionais de saúde) sabem né, quando tá na hora... Por isso que eu digo, nessa hora tem que ter muita calma, chegar e conversar e ter paciência, tanto do meu lado quanto do lado delas (“parteiras”) né (Lívia Garcia-Roza).

O conhecimento/informação dos casais grávidos sobre cidadania vivenciada no processo gestatório se estende à recepção de uma nova pessoa a ser incluída na sociedade e envolve aspectos de educação e de cuidado em saúde. Percebemos que os parceiros das gestantes possuem melhor compreensão dos seus direitos e deveres em relação às próprias gestantes, o que nos parece estar relacionado à diferença de escolaridade e acesso a informações. No entanto, como é de esperar e decorrente da construção social de gênero em que a mulher aprende desde a infância a cuidar do outro, na discussão de temas pautados no cuidado de si e do(a) RN, as mulheres demonstraram melhor participação, o que indica o modo de organização familiar tradicional.

Os depoimentos das mulheres e seus parceiros nos remetem à reflexão sobre um cuidado profissional voltado para as necessidades sociais e de saúde da(o)s mesma(o)s, as quais, expostas de maneira individual ou coletiva, emitem o valor da perspectiva da integralidade no cuidado. Concordamos com Antunes e Guedes (2010), ao afirmarem que essa é motivada pela dimensão de totalidade, e requer a produção de saberes que fundamentem essa modalidade de se trabalhar na saúde, por meio da adoção de inovações nas suas práticas.

4.2.3 Oficinas de reflexão: contribuições para o cuidado de enfermagem ao casal grávido

A entrevista realizada individualmente com os casais, após as oficinas educativas, expressa a aceitação dos mesmos para essas atividades. O significado, considerado positivo, refere-se ao conhecimento que os (as) participantes levantaram e à oportunidade de apreender,

por meio do diálogo com o grupo, pela troca de experiência entre o grupo e pelas contribuições culturais e científicas.

Notamos que, apesar da dificuldade de adesão dos homens às atividades educativas e mesmo de acompanhamento nas consultas de pré-natal, os que participaram demonstraram satisfação e proveito em relação a essas atividades, revelando o alcance das suas expectativas nas falas a seguir:

Pra mim foi bom, um aprendiz né, sempre é bom aprender mais alguma coisa, lembrar de alguma coisa, né, foi bom [...] (Simone de Beauvoir).

Eu gostei [...] Foi bom, tirou as dúvidas da gente, que a gente tinha, e quer queira quer não a gente sempre tem dúvidas né? No meu caso acho que foi bom (Lívia Garcia-Roza).

Eu gostei também, que eu aprendi coisas que eu não sabia ainda (Marina Colasanti).

Pra mim, como eu tava dizendo a ela (parceira): valeu a pena a gente participar dessas reuniões porque tanto tirou nossas dúvidas lá, e a gente foi esclarecido de algumas coisas que a gente não sabia (Luiz Garcia-Roza).

Pra mim mesmo foi bom porque foi uma troca de experiências, e inclusive estamos sempre a aprender cada vez mais, a gente nunca sabe tudo. A pessoa troca experiência e ali a pessoa vai adquirindo mais e mais, e a gente morre adquirindo experiência. Pra mim foi muito bom (Jorge Amado).

Eu, pelo menos da minha parte, eu achei ótimo. Que até deixou a gente mais seguro, e outra que a gente teve contato com pessoas que já são pais pela segunda vez né (Affonso de Sant'Anna).

É, tem todo aquele cuidado né [...] E esse negócio que você passou foi bom demais. Foi um conhecimento, a gente teve um conhecimento total isso aí. Foi legal, foi bom. Eu tava dizendo que eu tava até com saudade de participar porque a gente não sai pra nenhum canto assim né [...] Eu fiquei muito curioso, eu fiquei numa amizade. Assim, eu achei bom porque, é que nem eu falei nesse instante pra você, a gente tava aprendendo mais coisas que a gente não tinha nem conhecimento disso [...] Quando o Pedro (outro filho) nasceu a gente não tinha esse conhecimento (Jean-Paul Sartre).

Na avaliação das oficinas educativas os casais participantes mencionaram temas discutidos durante as mesmas, que lhes fizeram refletir sobre experiências anteriores, despertando para a organização familiar e para sua participação no cuidado do(a) outro(a) e no cuidado do(a) RN. Em relação ao cuidado citado, destacaram que suas práticas foram influenciadas pelas discussões das oficinas, principalmente em relação aos cuidados com o(a) RN. Neste aspecto destacam: a cólica e posição após alimentação e para dormir; no cuidado

com as mamas – preparo e durante a amamentação. Em relação ao trabalho de parto: conhecimento sobre as contrações uterinas e exercícios durante o trabalho de parto; direitos da parturiente; possibilidade do parto normal como evento não programado; enfrentamento das dúvidas e medos emergentes desse período. Os relatos a seguir expressam tais assertivas:

[...] Aquelas coisas mesmo de mama, essas coisas que você falou tudinho aqui eu já tava lembrada que você tinha comentado lá. E a criança, arrotar, como deitar pra não golfar
(Simone de Beauvoir).

Eu tava até conversando com ele (o parceiro): oh ‘Jorge’, eu nem sabia daquele negócio lá, que eu aprendi [...] (Zélia Gattai).

Sim, porque ela nunca participou de uma oficina dessa né, e ela, apesar de ser o segundo, mas ela não tinha assim o conhecimento, por exemplo, o conhecimento das contrações que ela começou a ter no sábado [...] (Jorge Amado).

É, tem várias coisas que a gente acompanhou, que você comentou, que a gente viu na realidade, e até essa questão mesmo de acompanhante que a gente não sabia. Tinha cartaz e tudo, mas a pessoa fica com receio de procurar nossos direitos [...] Foram várias, desde lá pra cá eu sempre converso com ela, isso aí a enfermeira conversou com a gente [...] tudo que ia acontecer, do parto [...] No momento assim a gente não lembra, mas no dia a dia que a gente vai lembrando: foi isso que foi comentado nas reuniões, vamos fazer desse jeito, e sempre dando certo (risos), que é o principal de tudo (Luiz Garcia-Roza).

Do parto normal mesmo. A gente marcou a cirurgia pra tal dia, mas nasceu antes, como poderia ter acontecido né, antes ou depois. Questão também da cólica (do RN) (Livia Garcia-Roza).

Bom, o que a gente tinha mais medo, que a gente ficou até mais tranquilo, foi porque a gente fica apreensivo, você não sabe se vai vir com uma deformidade, se vai vir com saúde, como é que vai ser, se vai ser um parto normal... E o pessoal lá, que algumas já são de segunda viagem, já contavam de um jeito [...] (Affonso de Sant’Anna).

Foi bom! Eu aprendi muitas coisas [...] O que mais me chamou atenção foi quando a gente falou sobre como ia ser no hospital [...] Foi, que eu tava preocupada e você explicou como era, como a gente fazia os exercícios pra ajudar na hora do parto, tudo isso eu me lembrei quando eu tava no hospital (Marina Colasanti).

Além da temática que compreende a vivência do período gravídico-puerperal, a metodologia participativa que se desenrola durante as oficinas educativas despertou a atenção e estimulou a participação dos casais. Para os mesmos, as oficinas revelaram-se como uma ação inovadora de cuidado, em que o grupo foi valorizado, instigado a participar e construir conhecimento a partir da própria experiência de vida, oportunizando a tomada de consciência para cada tema e ação discutidos. Foi possível apreender com clareza o entendimento dos casais grávidos sobre a importância de uma educação em saúde pautada na participação e na

dialogicidade presente nas oficinas, uma vez que possibilita uma práxis ajustada às suas necessidades.

As bases conceituais de uma educação dialógica são alocadas por Freire (1987), o qual traça como requisitos - amor, humildade, fé na humanidade, relação horizontal, confiança, colaboração, união, organização e síntese cultural. Explica o autor que a síntese cultural é necessária por resolver a contradição entre a visão do mundo da liderança, geralmente tomada pelo poder científico, e a visão do povo, o que resulta no enriquecimento de ambos – participantes e facilitadoras(es).

Também tem essa questão assim: não é porque eu tenho 34 anos hoje que eu digo que não tenho experiência, nem digo que eu tenho experiência... Então assim, cada... é como o professor né, o professor vai dar aula e vai ensinar e pode aprender também com o aluno [...] Porque lá a gente procura aprender e depois botar em prática, fica tudo mais fácil [...]

(Luiz Garcia-Roza).

Em relação a essa reunião que vocês fizeram, foi bom porque a gente nunca teve essa participação com o pessoal. Conhecer como é um ao outro, conhecer como é que a pessoa é [...] Achei muito importante de você ter apresentado isso pra gente conhecer mais esse detalhe aí, que a gente não tinha conhecimento [...] É porque a gente cria né [...] Você sai puxando, é como se fosse uma história, o certo, o errado né [...]. É, a oficina é uma coisa assim, que você tem carinho, respeito pelas pessoas (Jean-Paul Sartre).

E às vezes, na hora assim, surge o assunto, a gente esquece a pergunta, eu sou meio tímida também no meio do povo estranho, aí [...] A assistência, eu gostei da assistência toda. E a sua visita também aqui é muito importante, eu gostei (Simone de Beauvoir).

E a gente vai aprendendo aos poucos, até pela conversa de um, que um falava, o outro falava [...] (Affonso de Sant'Anna).

E hoje a pessoa vê que é muito gratificante mesmo, porque antigamente eu não via isso, mas graças a Deus as coisas vão passando e vão se modernizando (Jorge Amado).

Embora o movimento de educação popular no Brasil, iniciado em 1930, tenha interesse, sobretudo, nas suas implicações sociais e políticas, almejava manter relação com o círculo de cultura da sociedade. Segundo Paulo Freire (1999), ao longo da história, vê-se que a população brasileira é marcada pela “inexperiência democrática” devido à imposição proveniente da colonização, repercutindo na necessidade dessas pessoas em passar de uma consciência ingênua para a transitividade crítica, por meio de uma educação dialógica, ativa e com responsabilidade social (FREIRE, 1999).

Nesse sentido, afirma que a ação cultural pode estar consciente ou inconscientemente a serviço da dominação por parte dos seus agentes, ou ainda estar a serviço da libertação da

população (FREIRE, 1987). A ação cultural para a libertação, portanto, tem caráter de conscientização e se caracteriza pelo diálogo, em que educador convida educando(a)s a conhecer e desvelar a realidade de modo crítico, levando em consideração que conhecimento não é uma coisa feita e acabada. A conscientização referida consiste na capacidade de o sujeito perceber-se criticamente no mundo e, para isso, deve estar obrigatoriamente inserido na práxis, na unidade reflexão-ação (FREIRE, 1979). Complementa afirmando que: “na verdade não é a educação que forma a sociedade, de uma certa maneira, mas a sociedade que, formando-se de uma certa maneira, constitui a educação de acordo com os valores que a norteiam” (FREIRE, 1979, p.146).

As experiências e saberes compartilhados pelos casais grávidos e demais participantes durante as oficinas demonstram o processo de ensino-aprendizagem instalado. Contudo, analisando esse processo no contexto da integralidade, entendemos que ele se apresenta desintegrado, isolado, sem exprimir a realidade de modo geral. Para Czeresnia (2009, p. 48), “por mais que o conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integralidade, ou seja, não é capaz de representar a realidade”.

Os depoimentos indicam as dificuldades e limitações para operacionalização dessas atividades educativas com casais grávidos:

Em primeiro lugar eu vi assim que quando tem um órgão competente que se preocupa com a gente, isso pra mim é motivo gratificante, porque tem muitas pessoas por aí que não têm o conhecimento [...] Foi muito bom, foi bom mesmo, apesar de que uma eu tava muito cansado, mas isso daí é irrelevante, porque se a pessoa for olhar pro cansaço a pessoa não faz quase nada né? (Jorge Amado).

Eu mesmo, no meu modo de ver, eu gostei. Primeiro porque às vezes é a correria, a pessoa chega (do trabalho), é uma coisa e outra, mas que valeu a pena [...] Que às vezes a gente dizia ‘poxa, será que vai dar pra gente ir no dia que ela marcar?’ E a gente sempre dava um jeito de ir. Eu, pra ser sincero, eu gostei [...] Pra mim foi excelente, eu gostei muito de ter participado. Falhei uma vez, mas foi corrigido o erro, foi remarcada a data, mas que, não é porque a gente não quer, é porque uma vez ou outra acontece um imprevisto, mas eu mesmo, tanto eu quanto ela (a parceira) gostamos (Luiz Garcia-Roza).

É muito importante, é que nem o cara diz: é um negócio que quanto mais a pessoa aprende né. Pra você ver como são difíceis as coisas, que tem gente que não participa dessas coisas [...] (Jean-Paul Sartre).

O trabalho como justificativa para a não participação dos homens às consultas e atividades educativas no pré-natal precisa ser acolhido no sentido de encontrarmos resolutividade, pois assumir integralidade no cuidado à mulher que vivencia o período

gravídico-puerperal implica na necessidade de atenção à família. Com isso, devemos pensar e agir na contribuição pela maior participação dos casais grávidos, especialmente dos homens, nas atividades de cuidado para o período gravídico-puerperal, sendo necessários, portanto, a iniciativa dos órgãos de saúde e o envolvimento dos setores trabalhistas e sociais.

Os casais grávidos destacam a discussão sobre suas demandas decorrentes do processo gestatório como ação significante para colaborar no cuidado de si e do outro(a), parceiro(a) e recém-nascido(a), reconhecendo a importância da aprendizagem e a segurança adquirida que vão além do fazer e agir frente às questões práticas e decisões subjetivas.

Sem palavras né. É como se diz, a gente nunca sabe tudo, e após essas oficinas aí abriram muito os meus olhos. Eu já possuo um pouco de experiência, que é o meu segundo casamento [...] Mas a gente está sempre a aprender [...] e a partir de hoje as coisas são totalmente diferentes, a visão que antigamente era um pouco retrógrada não é mais, estamos aprendendo devagarzinho (Jorge Amado).

Segurança, em quase tudo. Porque a gente já vai fazendo aquilo com certeza, que se não tiver certo, mas tá quase, porque é o melhor caminho de fazer. Porque você tem a informação, você às vezes quer fazer a coisa de um jeito só que tá completamente errado. Sobre até como colocar o bebê pra dormir [...] Influencia bastante (Affonso de Sant'Anna).

É importante, porque pessoas assim como a gente, que somos pais de primeira viagem, que não sabíamos de muita coisa né. Porque eu não sabia como eu ia ficar na hora do parto, essas coisas eu não sabia. Eu sabia algumas coisas sobre como cuidar do bebê e outras eu não sabia. Como era que eu ia ter paciência com ele (o parceiro), que sobre isso a gente conversou, aí eu aprendi muita coisa. Que ia cuidar de você (parceiro), de mim e da bebê (Marina Colasanti).

Eu estava do lado e ela me vendo ali, certo que eu não ia ajudar ela a ter (parir), mas pelo menos ela tava me vendo ali, era uma segurança pra ela. Aí foram essas coisas que a gente, nas oficinas onde foram comentadas, e que a gente botou em prática e viu uma diferença, como aconteceu a diferença e está acontecendo a diferença. O cuidado, até com ela mesma [...] a maneira que ela (a parceira) tá procurando tratar tanto ela (a RN) como ela mesma. Os cuidados estão sendo outros, até na alimentação mesmo (Luiz Garcia-Roza).

Ao pensar em integralidade nas ações em saúde, atentamos para a recomendação de Galastro e Fonseca (2007) que afirmam a necessidade do exercício de reflexão constante do fazer e do pensar de profissionais dessa área, de modo que se ultrapasse o modelo biológico e se adote o conceito de cuidado centrado na pessoa atendida nos serviços de saúde. Nesse aspecto Silva e Sena (2008) complementam que, no contexto da enfermagem, a prática à luz da integralidade do cuidado aponta a necessidade de repensar o fazer pedagógico e as

concepções de educação adotadas, com a finalidade de redirecionar a formação trabalhada atualmente nas instituições de ensino.

Concordamos com Machado e colaboradoras (2007) quando situam a integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde, e mais, como um processo político-pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo que permite desvelar a realidade e propor ações contextualizadas e transformadoras, incluindo sujeitos capazes de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Em estudo realizado por Santos e Assis (2006) sobre a prática de atenção à saúde bucal, afirmam que pensar em cuidar implica em pensar em integralidade, ainda que o estudo esteja inserido numa área que aparentemente remete ao modelo fragmentado de atenção em saúde. Do mesmo modo situam-se atualmente as ações de enfermagem, geralmente regidas pelo modelo de produção ao invés do modelo que emerge das demandas das pessoas que necessitam do cuidado.

A atenção básica em saúde, embora pautada nos princípios de integralidade, ainda tem um longo caminho a percorrer para alcançar a lógica de adequação das práticas às necessidades e problemas de saúde da população. Esse fato é agravado pela tendência à “burocratização” do trabalho das equipes de Saúde da Família, identificada a partir de relatos de enfermeiras supervisoras do “programa”. O processo de construção da integralidade, tanto na perspectiva de sistema como de prática, enfrenta atualmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS desafios “estruturais” e “conjunturais”.

Do ponto de vista estrutural, o principal problema tem origem na reprodução do “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista”, enquanto do ponto de vista conjuntural, é necessário se pensar numa política voltada para a qualificação da atenção básica que produza mudança na prática e na concepção das pessoas envolvidas na prestação e consumo de ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, 2006). Para isso, tem-se como importante tarefa, na promoção da saúde emancipatória, a análise dos determinantes socioambientais e dos processos saúde-doença e a incorporação do conceito de território em articulação com o de comunidade, superando uma visão normativa e descontextualizada de promoção de saúde. Para o alcance dessa proposta, talvez o elemento mais desafiador seja a construção de linguagens e práticas que permitam o diálogo entre o mundo técnico-científico e o espaço popular, a partir do qual nascem saberes legítimos acerca dos contextos, valores e culturas nas quais as propostas de promoção à saúde deveriam florescer (PORTO; PIVETTA, 2009).

No desenvolvimento de suas ações de cuidado, o(a) enfermeiro as desenvolve nos três níveis de complexidade do SUS e, para isso, deve se engajar na concretização dos valores por ele preconizados, entre os quais o princípio da integralidade. O discurso de que o cuidado deve ser integral, e de que as ações de cuidado devem alcançar a totalidade, está presente na formação deste(a) profissional (ANTUNES; GUEDES, 2010). Entretanto, Bachion, Ramos e Antunes (2010, p. 327), acreditam que “não há situação alguma de saúde que possa ser transformada para melhor, de forma substancial, com a atividade de apenas uma categoria profissional [...] A integralidade pressupõe que o atendimento em saúde seja compartilhado entre profissionais de várias disciplinas”.

Desde a Constituição Brasileira de 1988, a instituição do SUS deixa claro o dever do Estado na promoção da saúde, adotando políticas de modo a garantir qualidade de atenção à saúde e satisfação popular. Para o alcance desse objetivo, a integralidade precisa ser incorporada como paradigma nas políticas intersetoriais de bem-estar social, inclusive do setor saúde, na prática do cuidado e nos processos de formação e educação permanente do(a)s trabalhador(a)s, os quais devem ser construídos exaustiva e cotidianamente (ANTUNES; GUEDES, 2010).

Nessa perspectiva, sua implementação tem sido de forma progressiva, e a avaliação do modelo de atenção à saúde identifica como “nós críticos” o financiamento das ações e o desenvolvimento de recursos humanos. Para sua resolubilidade faz-se necessário que haja mudanças no processo de trabalho em saúde, envolvendo seus propósitos, finalidades e elementos estruturais, desde o objeto, meios de trabalho, perfil de sujeitos (profissionais) e principalmente nas relações estabelecidas entre eles e a população que utiliza os serviços. A definição dos objetos de intervenção emergentes dos problemas de saúde, embora abranja uma visão policêntrica e democrática, para fins de planejamento e programação das ações, não deve excluir a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde para além da perspectiva clínica predominante entre profissionais de saúde (TEIXEIRA, 2006).

O conceito e a prática de promoção da saúde surgem e vêm se desenvolvendo nos últimos 25 anos, sendo discutidos por meio de importantes conferências internacionais sobre o tema. Como produto, tem destaque a Carta de Ottawa, em 1986, a qual define a promoção de saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle

deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Enfatiza o conceito de *empowerment comunitário*, por meio de aquisição técnica e consciência política em prol da sua saúde, resgatando a dimensão da educação em saúde. Modernamente, o que caracteriza a promoção da saúde é o enfoque nos determinantes gerais sobre as condições de saúde, tendo a integralidade como discurso prevalente no entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado e na sua solução. A efetividade da promoção em saúde nessa perspectiva tem como desafio o aperfeiçoamento do conceito, métodos e práticas dessa área, os quais já vêm sendo estudados por quem se encontra insatisfeito com os modelos vigentes de cuidado (BUSS, 2009).

Compartilhando da insatisfação com as práticas de cuidado com vistas à promoção da saúde, buscamos vivenciar a prática da educação em saúde junto a mulheres grávidas e seus parceiros. Czeresnia (2009) defende que, para se trabalhar eficientemente na construção da ideia de promoção da saúde, são necessárias duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde. A perspectiva mais complexa de pensar em saúde propõe construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico, e não apenas propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, porém difíceis de se tornarem práxis. Isso remete à necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade, por meio da reflexão, que pode efetivamente promover transformações sociais, ambientais e de condutas não saudáveis dos sujeitos (CZERESNIA, 2009).

A prática dialógica e participativa de educação em saúde com mulheres grávidas e seus parceiros, a respeito do processo gestatório, implica numa forma legítima de apreender a realidade. A propósito do cuidado, concordamos com os estudos anteriores que abordam essa temática. Estes afirmam a contribuição da atividade educativa aos casais grávidos, para descobrimento e consolidação dos seus papéis no processo de nascimento, por meio da troca de experiências e saberes científicos e populares (DELFINO et al., 2004; SARTORI; VAN DER SAND, 2004; ZAMPIERI et al., 2009). Além disso oferece subsídios para o suporte emocional, favorecendo a melhor compreensão, por parte das mulheres e dos homens, a respeito das mudanças inerentes a esta fase, contribuindo para o fortalecimento do casal e do trinômio – mãe, pai e filho(a).

Dessa maneira, percebemos que o diálogo educativo desenvolvido nas oficinas de reflexão junto aos casais grávidos possibilita transformações nos mesmos no sentido de contribuir para o cuidado de si e do(a) outro(a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente os discursos e políticas para o cuidado à mulher no período da gravidez ao pós-parto convergem para o atendimento às necessidades da mesma, para além de um cuidado restrito ao corpo da grávida, passando a incluir a participação e o acompanhamento de pessoas de sua escolha. Apesar de todas as vantagens para os(as) envolvidos(as) e para a sociedade como um todo, na prática a implementação desse cuidado é insatisfatória em decorrência de dificuldades na estrutura física, recursos humanos ou mesmo resistência dos profissionais de saúde e despreparo das mulheres e/ou familiares. A dificuldade em alcançar a integralidade do cuidado resulta da sua fragmentação que se soma aos demais desafios a serem identificados na busca de solucioná-los.

Nessa abordagem, a metodologia adotada para o estudo foi adequada aos objetivos propostos, mediante o uso da oficina de reflexão como técnica eficiente para educação em saúde. A participação dialógica e respeito entre os participantes foram alcançados durante a discussão de temas de interesse comum na busca de encontrar respostas condizentes com os problemas e dúvidas apresentadas.

A experiência junto aos casais grávidos, durante as oficinas educativas, possibilitou reflexão sobre aspectos importantes inseridos na dialética para a integralidade da prática do cuidado à mulher e seu parceiro que vivenciam o processo gravídico-puerperal. O estudo confirma o pressuposto de que o desenvolvimento de práticas educativas dialógicas apresenta ao casal grávido elementos para o cuidado de si e do(a) outro(a), oferecendo ferramentas para o mesmo lidar com as mudanças que acompanham esse período.

Conforme propõe a metodologia da oficina educativa realizada, a reflexão que versamos como consequência deste estudo não está limitada a idéias ou conceitos de estudiosas(os) ou leitores(as), exclusivamente destinados à construção teórica da temática. Implica no processo ensino-aprendizagem de todas as pessoas, mulheres grávidas, parceiros e profissionais que participaram das oficinas e, compartilhando seus saberes, experiências de vida, culturas e práticas do dia a dia, permite a reflexão sobre suas opiniões e, se necessário, a construção de um novo saber contextualizado, com possibilidade de se tornar práxis.

As contribuições por meio de depoimentos das mulheres grávidas e seus parceiros sobre o cuidado no processo de nascimento fizeram emergir elementos legitimados por estudos anteriores. No entanto, tais elementos precisam ser trabalhados seriamente e com mais intensidade na organização e na prática dos serviços. Ademais, no cenário estudado, a prática do cuidar-ensinando aos casais grávidos, por meio da educação dialógica e

participativa, foi revelada como inovadora pelos mesmos, com significado positivo para o enfrentamento do cuidado de si e do(a) outro, durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

A adesão e o apoio da equipe de saúde da unidade selecionada como lócus, especialmente da enfermeira, foram de grande importância para o desenvolvimento das oficinas, do planejamento à sua execução. A abertura para a realização de atividades educativas no cuidado pré-natal, por meio de oficinas, possibilitou a reflexão da enfermeira da unidade em relação às ações de saúde da mesma, despertando para o planejamento de novas atividades de educação em saúde na perspectiva dialógica e participativa, não apenas com casais grávidos, mas com outros grupos de pessoas atendidas nessa unidade.

Em busca de um cuidado à mulher grávida sob o olhar da integralidade, notamos que a aproximação com as pessoas que vivenciam essa fase da vida precisa ser cautelosa, de maneira a considerar cultura, hábitos e comportamentos, principalmente no que diz respeito à participação masculina. A experiência permitiu a todas(os) os(as) que a vivenciaram, mulheres grávidas, parceiros, profissionais de saúde e pesquisadoras, atentar para os desafios emergentes do planejamento e da prática de um cuidado integral à mulher e ao parceiro que vivenciam o período gravídico-puerperal, estimulando pensar estratégias de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção em saúde a estas pessoas.

As novas estratégias de acolhimento implicam no compromisso da equipe de saúde da unidade lócus do atendimento pré-natal, com destaque para a iniciativa da enfermeira, importante para a efetividade dessa prática, uma vez que assume funções administrativas e de cuidado para a saúde. Mesmo com uma “imagem-objetivo” a ser alcançada, lembramos que o cuidado integral à mulher grávida não é sequer imaginável sem a responsabilidade de toda a equipe de saúde, não só da unidade básica, mas de outras unidades de saúde necessárias como: laboratórios, unidades especializadas, unidades hospitalares, dentre outras. Esta condição é essencial à atenção pré-natal e puerperal preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, a qual deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado. Além do mais, a integralidade do cuidado requer ações dos diferentes campos que contribuem para a saúde da sociedade, não exclusivamente aquele preconizado como saúde.

Notamos que a comunidade estudada apresentou resistência em aderir à atividade educativa proposta, de modo que tivemos dificuldade compartilhá-la aos casais devido a indisponibilidade dos homens, resultando numa quantidade reduzida de participantes. Incluímos que é um fato compreensível, por ser uma prática a que as mulheres grávidas e seus

parceiros não estão habituados, e só terá maior participação quando se tornar uma prática estabelecida.

Apesar de sua efetividade, as oficinas reflexivas com casais grávidos ainda encontram obstáculos para seu exercício como prática de educação para a saúde, devido ao conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente, incluindo unidades de saúde e demais sistemas que compõem a organização da sociedade. Acreditamos que esse problema decorre do atual modelo de atenção básica em saúde, que mantém, na sua maioria, ações pautadas no paradigma dominante, baseado no saber unilateral dos(as) profissionais de saúde, fragilizando a sociedade, que ainda pouco compreende ou valoriza sua participação social no sistema de saúde e em outros espaços.

Diante desse desafio, e inseridas na esfera de totalidade, acreditamos que a participação dos parceiros junto às mulheres grávidas nas ações de saúde voltadas ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal precisa ser conquistada diante das contribuições positivas, passando a ser almejada à medida que as(os) mesmas(os) notem a sua valorização pelo(a)s profissionais. Nesse sentido consideramos significativa o modo como a prática de educação em saúde, desenvolvida neste estudo, influencia o casal grávido para o cuidado de si e do outro, possibilitando a construção de um diálogo transversal e de respeito mútuo entre as mulheres grávidas, seus parceiros e os profissionais de saúde.

A maneira como conformou a relação foi fundamental para o alcance dos objetivos da atividade educativa, desenvolvida a partir das demandas apresentadas pelo grupo de participantes, no processo gestatório, e o cuidado de si e do outro no período, permitindo a abertura para a reflexão dos(as) participantes sobre tais demandas, atingindo, assim, os objetivos do estudo.

Os depoimentos mostraram aspectos que influenciaram os casais em relação ao enfrentamento da gravidez, parto e pós-parto, no que se refere ao cuidado de si, do(a) parceiro(a), do(a) recém-nascido(a), e ainda em como lidar com os serviços e profissionais de saúde dos quais sentem necessidade. O estímulo à participação dos casais, durante as oficinas educativas, instigou a reflexão dos mesmos em relação a ações de cidadania em saúde, voltadas para as suas necessidades e sobreposto ao que o sistema oferece.

Sobre os achados da pesquisa apreendemos diferentes significados da vivência do processo gravídico-puerperal para o casal grávido, ficando evidente. As necessidades que o mesmo apresenta em ser cuidado; a importância de incorporar as oficinas de reflexão como uma estratégia a ser utilizada pela enfermagem como contribuição para o cuidado.

O resultado positivo da prática da oficina no cuidado pré-natal, considerando os subsídios que a mesma traz para um cuidado à mulher grávida na perspectiva da integralidade, conduziu-nos a transformá-la num projeto de extensão vinculado à Universidade, a fim de conquistar mais participantes e disseminá-la em outros cenários.

Sugerimos, então, o desenvolvimento de novos estudos que abordem as práticas educativas dialógicas e participativas junto a mulheres grávidas e seus parceiros ou acompanhantes. Estas atividades precisam ser promovidas por Enfermeiras(os) no sentido de incluí-los às ações de cuidado desde o planejamento familiar e em outros momentos do ciclo biológico da mulher, além do período gravídico-puerperal. Para sua operacionalização de forma efetiva, faz-se necessário serem incluídas na filosofia da instituição, planejadas e praticadas em equipe e com apoio de gestores, demais profissionais de saúde e comunidade, embasadas nas necessidades sociais, culturais e de saúde de quem o vivencia.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Lourdes Bernardete dos Santos Pito. Políticas públicas de saúde da mulher. In FERNANDES, R..Q.A.; NARCHI, N.Z. (orgs.). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007, p. 1-29.
- ALEXANDRE, Lourdes Bernardete dos Santos Pito. Saúde da mulher no programa de saúde da família. In FERNANDES, R..Q.A.; NARCHI, N.Z. (orgs.). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007, p. 267-276.
- ALMEIDA, Mariza S. **Indicadores de gênero para a assistência à mulher no período puerperal**. 2005. 167 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ANDREANI, Grace. **Satisfação e Responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade**. 2006. 100p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- ANTUNES, Maria José M.; GUEDES, Maria Vilani C. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In GARCIA, Telma R.; EGRY, EmikoY. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, pp.19-28.
- ARAPIRACA. Prefeitura Municipal de Arapiraca. **Relatório Anual de Gestão Exercício 2008**. Prefeitura Municipal de Arapiraca. Secretaria Municipal de Saúde. Março/2009. Disponível em <http://news.arapiraca.al.gov.br/noticias/downloads/downloads/dw55/relatoriogestao2008.pdf>. Acesso em 12 dez. 2011.
- ARDOINO, Jacques. **A complexidade**. In: MORIN, Edgar (org.). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 2 ed., Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2002, p.548-558.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.63-72, 2001.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2009, p. 127- 144.
- BACHION, Maria Márcia; RAMOS, Flávia Regina S; ANTUNES, Maria José M. Integralidade das ações de saúde e aplicação de terminologias à sistematização da prática de enfermagem. In GARCIA, Telma R.; EGRY, EmikoY. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, pp. 327-335.
- BALLAS, Dimitris; DORLING, Danny. Measuring the impact of major life events upon happiness. **International Journal of Epidemiology**. v. 36, n. 6, p. 1244-52, Dec. 2007. Disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/content/36/6/1244.full.pdf+html>. Acesso em 31 de jan. 2012.

BARBOSA, Cynthia M. de Sousa; SILVA, José Mário N. da; MOURA, Adeildes Bezerra de. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. **Revista Dor**. v. 12, n. 3, jul-set. 2011.

BARBOSA, Maria Aparecida R. da S. Atenção à mulher no pós-parto. In MANDÚ, Edir N. Teixeira (org.). **Saúde reprodutiva**: proposições práticas para o trabalho de Enfermeiros (as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006, pp. 37-67.

BARBOSA, Maria Aparecida R. da S; MANDÚ, Edir Nei T. Atenção à saúde do homem-pai antes e após o nascimento de seu filho. In MANDÚ, Edir N. Teixeira (org.). **Saúde reprodutiva**: proposições práticas para o trabalho de Enfermeiros(as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006, pp. 69-80.

BARBOSA, Nirliane R; MOTA, Rosana S.; PARCERO, Sônia M. de J.; MOREIRA, Vanessa dos S. Lei do acompanhante no trabalho de parto: análise de um paradigma. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 63º, 2011, Maceió-AL. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Maceió: Associação Brasileira de Enfermagem, 2011. 1 CD-ROM.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Trad. por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASTABLE, Susan B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Trad. Aline Capelle Vargas. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

BESSA, Lucineide F.; FERREIRA, Sílvia L. **Mulheres e parteiras**: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=291853&indexSearch=ID>. Acesso em 23 de jan. 2012.

BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>. Acesso em 12 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56p. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/02_1221_M.pdf. Acesso em 31 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada 2008**. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. 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**. 1ª ed., Série C Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei No 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF – 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.148 MS/GM, de 2 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005. Seção 1, p. 32, 12/12/2005b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569 MS/GM, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf . Acesso em 08 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, Maria Crispina M.; PRATA, Karina de Santana. **Presença de Acompanhante no Centro Obstétrico de uma Maternidade Pública**: significado para a Equipe de Enfermagem. 2010. 43p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

BRITO, Rosineide S. de. **Experiência do homem no processo da gravidez da mulher/companheira**: uma abordagem interacionista. 2001. 149p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17775&indexSearch=ID>. Acesso em 18 de jan. 2012.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary A.; OSIS, Maria José D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set-out. 2005.

BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp. 19-42.

BUZZELLO, Cristiane dos Santos; JESUS, Grasiela de. **Cuidando de gestantes e acompanhantes em busca da humanização**. 2004. 261 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0499.pdf> . Acesso em 12 jul. 2010.

CAMARGO JUNIOR, Keneth Rochel de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2 ed., Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CANDEIAS, Nelly Martins F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31. n. 32, p. 209-213, abr. 1997.

CARDOSO, Angela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria dos; MENDES, Vanja Bastos. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos possíveis**. Jan-jun. 2007. Disponível em <http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>. Acesso em 12 jul. 2010.

CARNEIRO, Fernanda; AGOSTINI, Marcia. Oficinas de Reflexão - Espaços de Liberdade e Saúde. In **Trabalho Feminino e Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 1994.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, s389-s398, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>. Acesso em 12 jul. 2010.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. vol. 20, n.4, pp. 1088-1095, 2004. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400024&script=sci_arttext. Acesso em 07 nov. 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: IMS – UERJ. ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CENTA, Maria de Lourdes; MOREIRA, Elaine Cristhine. Vou ser mãe e agora? **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.4, n.2, p.134-142, jul-dez. 2002.

CHAPMAN, A. H.; NONATO, Elza A.; ALMEIDA, Silvana V.; SOARES, Marta

A. Reis. Diagnóstico e tratamento de dores de cabeça. **Jornal brasileiro de Medicina**, v. 96, n.5, p.11-14, mai. 2009. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=539053&indexSearch=ID>. Acesso em 19 de jan. 2012.

CHIESA, Ana Maria; WESTPHAL, Marcia Faria. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, n. 46, mar. 1995.

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CORBI, Raphael Bottura; MENEZES-FILHO, Naércio Aquino. Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil. **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 4 (104), pp. 518-536, out-dez. 2006.

COELHO, Edméia de A. Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.13, n. 1, p.154-160, jan-mar. 2009. Disponível em http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2019.pdf. Acesso em 17 jul. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, v. 3, p. 131-137. São Paulo: UNINOVE, 2004. Disponível em <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/333/319>. Acesso em 26 nov. 2011.

COSTA, Maria Cristina Guimarães da. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 2001. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

COSTA, Lúcia Helena R. **Memórias de parteiras**: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. 2002. 139f p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17572&indexSearch=ID>. Acesso em 23 de jan. 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. por Luciana de Oliveira Rocha. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURY, Thereza Christina Holl. **Elaboração de Projetos sociais**. In: Coordenação Nacional de Programas de Capacitação Solidária – Projetos Gestores Sociais. Brasília: Programa Capacitação Profissional de Jovens, 2000.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp. 43-57.

DELFINO, Maria Regina R.; PATRÍCIO, Zuleica M.; MARTINS, Andréia S.; SILVÉRIO, Maria Regina. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na

saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.1057-1066, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a26v9n4.pdf>. Acesso em 05 jan. 2012.

DIAS, Maria Djair. **Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina**. 2002. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18291&indexSearch=ID>. Acesso em 23 de jan. 2012.

DICKSTEIN, Júlio; MALDONADO, Maria Tereza. **Nós Estamos Grávidos**. São Paulo: Integrare Editora, 2010.

DINIZ, Normélia Maria Freire; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; ALMEIDA, Mariza Silva; GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; OLIVEIRA, Jeane Freitas de. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 88-94, ago. 2000.

DINIZ, Normélia Maria Freire; ALMEIDA, Mariza Silva; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; OLIVEIRA, Jeane Freitas. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **Mundo saúde (Impr.)** (1995); v. 23, n. 2, p.106-12, mar-abr. 1999. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=233794&indexSearch=ID>. Acesso em 26 nov. 2011.

DINIZ, Normélia M. F.; LOPES, Regina L. M.; ARRAZOLA, Laura S. D.; GESTEIRA, Solange M. dos A.; ALVES, Sandra L. B. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-6, mai-jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a20v57n3.pdf>. Acesso em 26 nov. 2011.

DIÓZ, Majoreth. Atenção à mulher grávida. In MANDÚ, Edir N. Teixeira (org.). **Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de Enfermeiros(as) em atenção básica**. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006, pp. 9-36.

DURÃES-PEREIRA, Maria Beatriz B. B.; NOVO, Neil F.; ARMOND, Jane de E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 465-476, 2007.

FERRAZ, Renata Barboza; TAVAREZ, Hermano; ZILBERMAN, Mônica L. Felicidade: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 4. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Conscientização. Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Trad. Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintral. 3. ed., São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31ed., São Paulo: Paz e Terra / Coleção Leitura, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcante da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.137-145, jan. 2007.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcante da; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; GUEDES, Rebeca Nunes; LUCENA, Kerle Dayana Tavares de; COSTA, Ana Paula Teixeira. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6868.pdf>. Acesso em 07 nov. 2010.

FLORES, Renato A. Resenha do livro *The God delusion*, de Richard Dawkins, New York, Houghton Mifflin, Company, 2006. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p.366-9, set-dez. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. e trad. por Roberto Machado. 16ª Ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2001.

FUNDAÇÃO CASA DE JORGE AMADO. Biografia. Disponível em http://www.jorgeamado.dreamhosters.com/?page_id=75. Acesso em 10 de mar. 2012.

GALASTRO, Elizabeth Perez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 3, p. 454-459. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300016. Acesso em 12 jul. 2010.

GOLDANI, Ana Maria. Família ou Famílias? Individuação das mulheres e evolução da família como instituição: Retratos de família em tempos de crise. **Estudos Feministas**, N.E., pp. 303-335, 1994. Disponível em <http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16166/14717>. Acesso em 17 jan. 2012.

GOMES, Flávia Azevedo; MAMEDE, Marli Villela. Modificações gerais e locais do organismo materno na gravidez. *In* BARROS, Sonia M. de Oliveira (Org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

GONÇALVES, Mônica D. da S. **O homem com a guarda dos filhos: sentimentos e reorganizações do cotidiano**. 2002. 151p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Monica%20Goncalves.pdf>. Acesso em 18 de jan. 2012.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; SILVA, Lúcia de Fátima da; FREITAS, Maria Célia de. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 662-665. nov-dez. 2004.

GRENNE, Margaret E.; RAO, Vijayendra. A compreensão do mercado matrimonial e o aumento das uniões consensuais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v.9, n.2, p. 168-183, 1992. Disponível em

http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol9_n2_1992/vol9_n2_1992_5artigo_168_183.pdf. Acesso em 17 jan. 2012.

HERINGER, Rosana. Desigualdades Raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 57-65, 2002. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13793.pdf>. Acesso em 31 de jan. 2012.

HOTIMSKY, Sonia N; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 461-481, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/10**. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=27. Acesso em 09 nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga estudo especial da PME sobre Cor ou Raça**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737. Acesso em: 22 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mulher de hoje**. Rio de Janeiro: IBGE, 20007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhoje.html>. Acesso em 24 nov. de 2011.

JAYASVASTI, Kanthika; KANCHANATAWAN, Buranee. Happiness and related factors in pregnant women. **Journal of the Medical Association of Thailand**, v. 88, supl. 4, s220-2255, sep. 2005. Resumo disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16623032>. Acesso em 19 de jan. 2012.

KANAKARIS, Nikolaos K.; ROBERTS, Craig S.; GIANNOUDIS, Peter V. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. **BMC Medicine**, v. 9, n. 15, 2011. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/15>. Acesso em 19 de jan. 2012.

KARAN, Pedro M.; ROSA, Renata S. Locatelli; BARBOSA, Vanessa B. de Andrade; BRITO, Renata P. Alves de; SANTOS, Claudia dos Anjos. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 116, p. 36-44, jan. 2008.

LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema; BÜCHELE, Fátima; SOARES, Crsitiane. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre o planejamento familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p.197-205, set-out. 2006. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7304/5236>. Acesso em 12 jul. 2010.

LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22 (Especial - 70 Anos), p. 916-920, 2009.

LEVY, Sylvain Nahun; SILVA, João José Candido da; CARDOSO, Iracema Fermont Ribeiro; WERBERICH, Paulo Mostardeiro; MOREIRA, Lygia Luíza Schmal; MONTIANI, Helena; CARNEIRO, Rosa Maciel. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Conferência Nacional

de Saúde On Line. s/d. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>. Acessado em: 16 out 2010.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos; COSTA-GURGEL, Maria Salete; CECATTI, José Guilherme; OSIS, Maria José Duarte. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12 jul. 2010.

MACHADO, Ana Lúcia. A maternidade, o trabalho doméstico e a identidade feminina: um estudo particular. **Linhas**, v. 2, n. 1. 2001. Resumo disponível em

<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1295>. Acesso em 22 dez. 2011.

MACHADO, Maria de Fátima A. S.; MONTEIRO, Estela Maria L. M.; QUEIROZ, Danielle T.; VIEIRA, Neiva F. C.; BARROSO, Maria Graziela T. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.335-342, mar. 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em 31 dez. 2011.

MARIOTTI, Humberto. **Diálogo**: um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência. 2001. Disponível em

<http://pontodetransicao.com.br/biblioteca/Dialogos.pdf>. Acesso em 24 nov. 2011.

MARTINS, Ângela M. Autonomia e Educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**. n. 115, p. 207-232, mar. 2002. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115.pdf>. Acesso em 31 de jan. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: IMS – UERJ. ABRASCO, 2001.

MENDOZA-SASSI, Raúl A; CESAR, Juraci A.; ULMI, Eduardo F.; MANO, Patrícia S.; DALL'AGNOL, Marinel M.; NEUMANN, Nelson A. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/16.pdf>. Acesso em 12 jul. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80p.

MURY, Laura. **Violência Institucional**: casos de violação de Direitos Humanos na área da saúde materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro. Relatórios. s/d. Disponível em:

http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm#_ednref3. Acesso em 26 nov. 2011.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, 2006.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal em Duque de Caxias**: um caso de violência institucional. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=124433&indexSearch=ID. Acesso em 26 nov. 2001.

OLIVA, Alberto Kuhn. O normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade in PORTOCARRERO, Vera. (Org.). **Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: Abordagens Contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, pp. 67-102.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov-dez. 2004.

OLIVEIRA, Andressa S. Saturnino de; RODRIGUES, Dafne P.; GUEDES, Maria Vilani C.; FELIPE, Gilvan Ferreira. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, v. 11, n. esp, p. 32-41, dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS, 1996.

OSAWA, Ruth H.; RIESCO, Maria Luiza G.; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 699-702, set-out. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a20.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2012.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINTO, Benedita C. de M. Vivências cotidianas de parteiras e experientes do Tocantins. **Estudos Feministas**. Ano 10, 2º semestre, p. 441-448, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14969.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, Marcelo F. S.; PIVETTA, Fátima. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, pp. 207-229.

PRATES, Cibeli de Souza; SANTO, Lilian Cordova do Espírito Santo; MORETTO, Virgínia Leismann. Modificações do organismo materno in **Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério: Notas de Aula**. Dora Lúcia de Oliveira. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

RANGEL, Débora L. de O; QUEIROZ, Ana Beatriz A. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 780-788, dez. 2008.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para a saúde no pré-natal. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 16, n.1, p. 105-114, 2010. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100012&lng=es&nrm=iso. Acesso em 12 jul. 2010.

RÉGIA, Mara; LIMA, Maria José de; BAIÃO, Isis; CAMURÇA, Dulcinéia Xavier e S.; OLIVEIRA, Eleonora M. **COMO TRABALHAR COM MULHERES**. Coletivo FEMPRESS-Brasil, 2. ed., Vozes, Petrópolis, 1989.

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

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, Ciência e Profissão** [on line], v. 23, n. 4, 64-73, 2003. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_arttext. Acesso em 19 out. 2010.

RODRIGUES, Adriana. As novas formas de organização familiar: um olhar histórico e psicanalítico. **Revista Estudos Feministas** [on line], vol.13, n.2, pp. 437-439, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2005000200017&script=sci_arttext. Acesso em 31 de jan. 2012.

SALEM, Tânia. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

SANTO, Lilian C. do Espírito; SANTOS, Fabiana Santos dos; MORETTO, Virgínia Leismann. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério *in* **Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério: Notas de Aula**. Dora Lúcia de Oliveira. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005, pp. 61-78.

SANTOS, Adriano M.; ASSIS, Marluce M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>. Acesso em 31 dez. 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Marília Manfrin dos; GALLO, Ana Paula. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 35, n. 3, set-dez. 2010.

SARTORI, Grazielle Strada; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco - Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p.153-165, 2004. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig2_gestantes.pdf. Acesso em 12 nov. 2010.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob ótica da integralidade: aspectos conceituais metodológicos. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

SILVA, Flávio C. B. da; BRITO, Rosineide S. de. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n.3, p. 95-102, jul-set. 2010.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni R. de . Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 48-55, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>. Acesso em 31 dez. 2011.

SOUZA, Leani Cardoso. **Educação em saúde no pré-natal: Promoção da saúde através de práticas educativas**. 2008. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SOUZA, Fátima A. E. Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-7, mai-jun. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300020&script=sci_arttext. Acesso em 26 nov. 2011.

SUMITA, Satie Lúcia Nishimaru. **O processo de enfermagem na assistência à parturiente: diagnósticos e intervenções**. 2002. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=330820&indexSearch=ID>. Acesso em 26 nov. 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância, e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006a, pp. 19-58.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância, e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006b, pp. 59-83.

TEIXEIRA, Ricardo R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-101.

TONELI, Maria Juracy F. Paternidade em contextos urbanos: entre o dever e o prazer. In MINELLA, Luzinete S.; FUNCK, Susana B. (org.). **Saberes e fazeres de gênero: entre o local e o global**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006, p. 257-270.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNGERER, Regina L. S.; MIRANDA, Ana T. C. de. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 1, p. 5-10, jan-fev. 1999. Resumo disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=234269&indexSearch=ID>. Acesso 17 de jan. 2012.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl 2, p. 39-57, 1998.

WEDEL, Heidi Elisabeth; WALL, Marilene Loewen; MAFTUM, Mariluci Alves. Sentimentos da mulher na transição gestação-puerpério. **Nursing**, São Paulo, v.11, n. 126, p. 501-506, nov. 2008.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; GREGÓRIO, Vitória Regina Peters; OLIVERIA, Zaira Custódio de; REGIS, Isabel; JUNCKES, Jerusa Mendes; GUESSER, Joice Cristina. Grupo de gestante e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/ pai no processo de nascimento. **EXTENSIO: Revista Eletrônica de Extensão**, Ano 6, n. 7, jul. 2009. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewPDFInterstitial/10918/10485>. Acesso em 12 jul. 2010.

ZANIN, Michele; MOSS, Aurea T.; OLIVEIRA, Lisandra A. de. Representação social da gravidez na percepção de gestantes adolescentes de baixa renda. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 1, p. 89-98, jan-jun. 2011.

APÊNDICE A – Informações às pessoas participantes do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA: Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem

Informações às pessoas participantes do estudo

Eu, Nirliane Ribeiro Barbosa, estudante do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Professora Doutora Mariza Silva Almeida, venho convidá-los a participar da pesquisa intitulada “Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem”. Sua participação contribuirá para a construção desta pesquisa.

Estabelecemos como objetivos desta pesquisa:

- Objetivo geral: Analisar a influência das oficinas de reflexão desenvolvidas com o casal grávido para o cuidado de si e do recém-nascido.
- Objetivos específicos: 1) Levantar as necessidades do casal grávido relativas à gravidez, parto e puerpério; 2) Desenvolver oficinas de reflexão construídas a partir das demandas apresentadas pelo grupo participante; 3) Identificar, a partir dos relatos dos casais, a influência das oficinas de reflexão realizadas no período gestacional para o cuidado de si e do(a) recém-nascido(a).

Com este documento, fornecemos informações sobre esta pesquisa, para o seu entendimento sobre a mesma e possível participação, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Será assegurado o anonimato das pessoas que aceitarem participar, assim como das informações escritas nos resultados e relatórios de pesquisa. Vocês são livres para aceitar ou recusar a participação de vocês na construção deste estudo, a qualquer momento, mesmo que inicialmente tenham aceitado, sem que sofram nenhum tipo de punição. Esclarecemos que as informações ou dados serão coletados em duas fases e gravados por, no mínimo, dois gravadores de voz para depois os dados serem analisados. A primeira fase de coleta acontecerá durante a gravidez atual, na UBS Daniel Houly em Arapiraca –AL, através da realização de três encontros, chamados oficinas de reflexão, com um grupo de “casais grávidos” que aceitarem participar do estudo. Nestes encontros haverá uma conversa com o grupo de “casais grávidos” sobre os temas gestação, trabalho de parto e parto ou nascimento, pós-parto e cuidados com o(a) recém-nascido (a). A segunda fase da coleta de dados para a pesquisa será realizada em uma semana de pós-parto, através de visita domiciliar ao casal participante do estudo, ou durante o comparecimento deste na UBS para atendimento em saúde agendado no serviço, ou ainda em local de escolha dos sujeitos mediante agendamento prévio. Para isso, manteremos contato através de telefone pessoal. Nesta fase de coleta, abordaremos os elementos sociodemográficos, gineco-obstétricos, bem como questões sobre a experiência da educação em saúde para o casal grávido que vivenciou as oficinas de reflexão no pré-natal. Lembramos que nos encontros com os participantes do estudo, em caso de necessidade, serão feitos os encaminhamentos dos mesmos pela pesquisadora no local do estudo ou a outros serviços de saúde necessários. Avisamos que as informações obtidas

ficarão na posse das pesquisadoras e serão guardadas por cinco anos, juntamente aos relatórios da pesquisa. Após esse período, serão destruídas ou ficará à sua disposição.

Sustentamos que a participação neste estudo poderá trazer benefícios no sentido de apoiar o casal grávido na experiência dos momentos de gravidez, parto e pós-parto. Informamos que a participação dos procedimentos para a coleta de informações desta pesquisa não apresenta riscos às imagens pessoal, profissional ou institucional das pessoas participantes, pois serão assegurados o acolhimento, o respeito, o vínculo, a responsabilidade dentro do grupo de participantes, garantindo privacidade e integridade das falas. Entendemos que este estudo não trará despesas pessoais para as (os) participantes, uma vez que o local de estudo localiza-se próximo à residência das (os) participantes. Percebemos a possibilidade de risco para desconforto das (os) participantes ao deslocar-se para a UBS onde o estudo será desenvolvido. No entanto, tentaremos amenizar esse risco adequando as datas e horários dos encontros de acordo com a disponibilidade das pessoas participantes. As despesas do projeto ocorrerão por conta da pesquisadora mestranda, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia. Informamos também que o aceite, a recusa ou a desistência em participar deste estudo não trarão prejuízos no acompanhamento pré-natal através da Unidade Básica de Saúde Daniel Houly. Lembramos que não haverá benefícios financeiros, quer seja para as pesquisadoras ou para as pessoas participantes.

Os resultados da pesquisa serão divulgados, com nome fictício dos (as) participantes, em artigos de revistas científicas, na dissertação do mestrado da pesquisadora, em capítulo de livro e/ou apresentados em eventos científicos.

Vocês receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em três vias, assinados pelas pesquisadoras, para as quais solicitamos as assinaturas do casal e/ou impressão digital, se os dois concordarem em participar. Com isso, vocês poderão a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito do estudo e/ou de sua participação, através do contato com a pesquisadora por telefone e/ou e-mail descritos abaixo, assim como no termo. Além disso, vocês poderão desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

Atenciosamente,

Nirliane Ribeiro Barbosa
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof^a Dr^a Mariza Silva Almeida
Orientadora

Contatos: Escola de Enfermagem da UFBA – Rua Augusto Viana S/N, *Campus* do Canela, Canela, Salvador-BA. CEP: 40110-060. Telefone (EEUFBA): 3283-7618. E-mail pesquisadoras: nirliane@hotmail.com, marizaal@yahoo.com.br. Telefone pesquisadora: (082) 99826404/ (071) 91197142.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA: Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Após a leitura do conteúdo do texto “Informações às pessoas participantes do estudo” bem como o esclarecimento sobre a pesquisa Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem, declaramos que estamos devidamente esclarecidos sobre a proposta do estudo e seu objetivo.

Ao participarmos, teremos a garantia de receber respostas das pesquisadoras, pessoalmente ou por telefone, a qualquer momento, sobre qualquer dúvida referente à pesquisa, assim como acerca dos procedimentos, finalidades, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a esta pesquisa, durante e após a mesma.

Estamos esclarecidos que nos é dado o direito a desistir do estudo a qualquer momento e que nossa recusa em participar ou nossa desistência no desenvolvimento do mesmo não terá nenhum tipo de punição. Entendemos que não correremos risco à nossa imagem, que teremos a segurança de que não seremos identificados nos relatórios de pesquisa e nas publicações que dela originarem. O material será guardado sob responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos e, após este prazo, obteremos o material se assim desejarmos.

Diante do exposto vimos registrar que estamos participando devidamente esclarecidos, que não fomos coagidos e aceitamos o convite para participar voluntariamente deste estudo.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Nirliane Ribeiro Barbosa
Mestranda da Escola de Enfermagem UFBA

Prof^a Dr^a Mariza Silva Almeida
Orientadora

Assinatura do casal participante

--	--

Pesquisada Pesquisado



APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semidirigida

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA: Oficinas de reflexão para o casal grávido: uma experiência da enfermagem

Roteiro de Entrevista Semidirigida

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº da entrevista: _____

Identificação do casal: _____ (pseudônimo do casal)

Idade da mulher: _____ Idade do companheiro: _____

Cor/ raça autorreferida da mulher: negra () branca () amarela () parda () indígena ()

Cor/raça autorreferida do companheiro: negra () branca () amarela () parda () indígena ()

Grau de escolaridade da mulher: Analfabeta () Alfabetizada () Antigo primário ()

Fundamental/ 1º grau incompleto () Ensino médio/ 2º grau incompleto ()

Fundamental/ 1º grau completo () Ensino médio/ 2º grau completo ()

Superior completo () Superior incompleto ()

Grau de escolaridade do companheiro: Analfabeta () Alfabetizada () Antigo primário ()

Fundamental/ 1º grau incompleto () Ensino médio/ 2º grau incompleto ()

Fundamental/ 1º grau completo () Ensino médio/ 2º grau completo ()

Superior completo () Superior incompleto ()

Estado conjugal: solteiros () casados () união consensual () divorciados ()

Convive com o companheiro: sim () não () Há quanto tempo? _____

Renda do casal: < 1 salário mínimo () 1-2 salários mínimos () 3-4 salários mínimos ()
5 salários () > 5 salários

Profissão/ Ocupação da mulher: _____

Profissão/ Ocupação do companheiro: _____

Local em que residem: _____

Saneamento básico no domicílio: sim () não ()

Número de pessoas que moram no domicílio: _____

II – DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Nº de Gestações () Nº de Partos () Nº de Abortos () Nº de filhos vivos _____

Gravidez atual planejada: sim () não ()

Gravidez atual desejada: sim () não ()

Parto atual: Pré-termo () A termo () Pós-termo ()

Tipo de parto atual: Parto normal/ natural () Cesárea ()

Tempo de pós-parto: _____

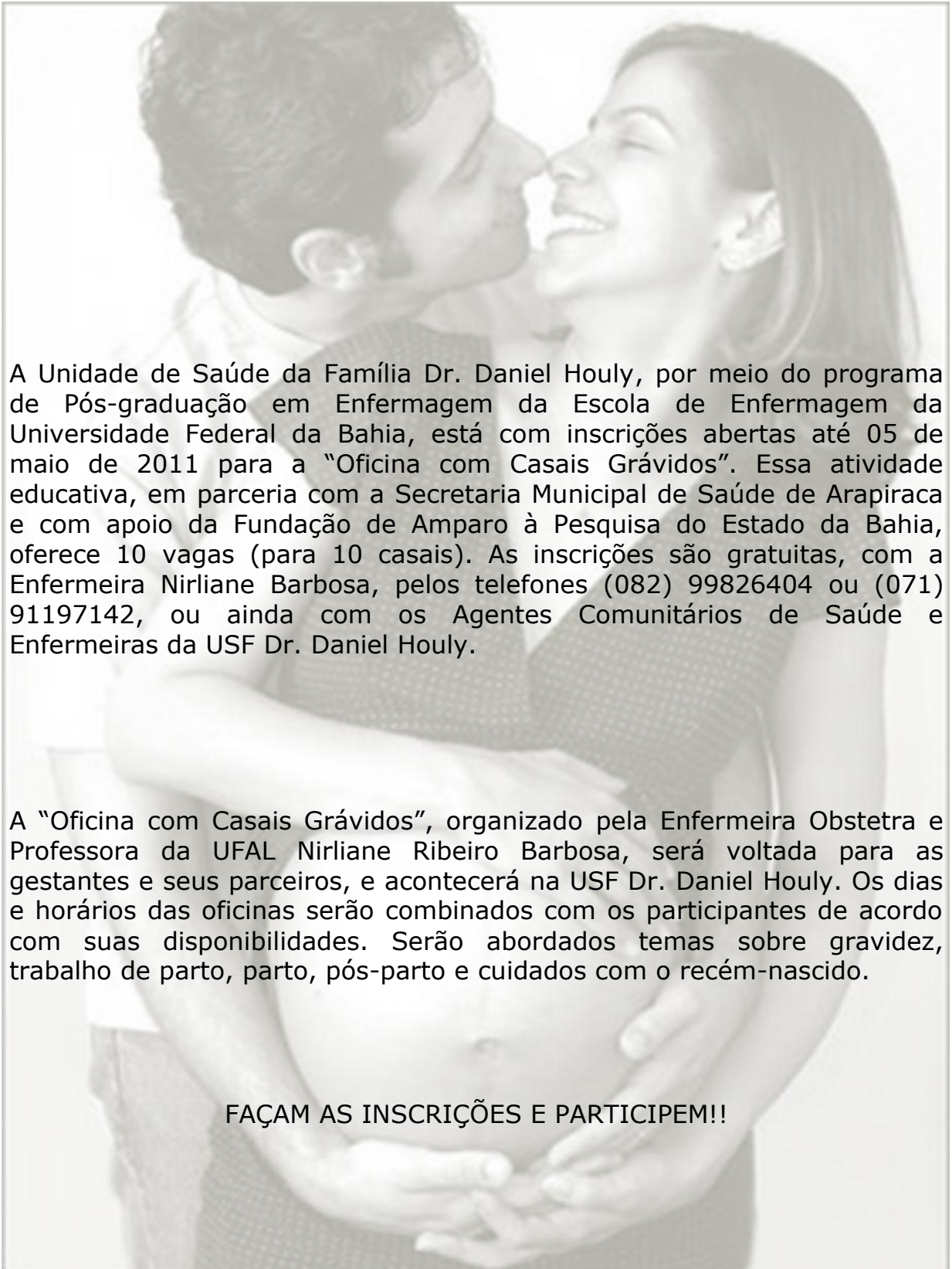
Tempo de internação na gravidez atual: _____

III – EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS REFLEXIVAS PARA O CASAL GRÁVIDO

1. O que foi para vocês participar de atividades de educação em saúde durante o pré-natal?
2. O que despertou a atenção de vocês em relação ao que foi conversado durante as atividades de educação em saúde?
3. Após participarem das atividades de educação em saúde, como vocês se sentiram em relação ao cuidado de si e do recém-nascido no período da gravidez até o pós-parto?

APÊNDICE D – Folder Informativo

Inscrições abertas para “Oficina com Casais Grávidos”



A Unidade de Saúde da Família Dr. Daniel Houly, por meio do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, está com inscrições abertas até 05 de maio de 2011 para a “Oficina com Casais Grávidos”. Essa atividade educativa, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca e com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, oferece 10 vagas (para 10 casais). As inscrições são gratuitas, com a Enfermeira Nirliane Barbosa, pelos telefones (082) 99826404 ou (071) 91197142, ou ainda com os Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras da USF Dr. Daniel Houly.

A “Oficina com Casais Grávidos”, organizado pela Enfermeira Obstetra e Professora da UFAL Nirliane Ribeiro Barbosa, será voltada para as gestantes e seus parceiros, e acontecerá na USF Dr. Daniel Houly. Os dias e horários das oficinas serão combinados com os participantes de acordo com suas disponibilidades. Serão abordados temas sobre gravidez, trabalho de parto, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido.

FAÇAM AS INSCRIÇÕES E PARTICIPEM!!

ANEXO A – Autorização da diretora do local do estudo

Prefeitura Municipal de Arapiraca/AL
Secretaria Municipal de Saúde

Arapiraca, 08 de fevereiro de 2011

DECLARAÇÃO DA DIRETORIA DA USF DR. DANIEL HOULY

Eu, Flávia Almeida do Nascimento,

atual Diretora da Unidade de Saúde da Família Dr. Daniel Houly, situada no município de Arapiraca-AL, autorizo nesta unidade a realização da pesquisa intitulada “A experiência da educação em saúde para a mulher grávida e seu parceiro”, que tem como autora a Enfermeira Nirliane Ribeiro Barbosa, discente do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, a qual será realizada com usuários (as) deste serviço no período de março de 2011 a fevereiro de 2012.

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo


Flávia Almeida do Nascimento
Enfermeira
CPF: 243100

Responsável institucional

ANEXO B – Autorização da secretária de saúde de Arapiraca-AL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

A **Secretária Municipal de Saúde de Arapiraca**, no uso de suas atribuições legais, com base nos princípios constitucionais do SUS e tendo assumido o compromisso da construção do Pacto pela Saúde com ênfase nas necessidades de saúde da população, definindo prioridades articuladas e integradas, autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"A experiência da educação em saúde para a mulher grávida e seu parceiro"**, tendo como autora da pesquisa a Enfermeira **Nirliane Ribeiro Barbosa** discente do Curso de Mestrado da Universidade Federal da Bahia - UFBA.

A pesquisa será realizada no período de março de 2011 a fevereiro de 2012, com os usuários do serviço de saúde da USF Dr. Daniel Houly.

Arapiraca, 08 de fevereiro de 2011.



Aurélia Magna Fernandes Dias,
Secretária Municipal de Saúde.

AURÉLIA MAGNA FERNANDES DIAS
SECRETARIA DE SAUDE
ARAPIRACA - AL

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

TERMO DE APROVAÇÃO

Temos satisfação de comunicar que o Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - CEPEE.UFBA em reunião realizada em 31.03.2011 apreciou o PARECER, após o atendimento às pendências, do PROTOCOLO Nº 03 / 2011, Folha de Rosto n 400270 intitulado “A EXPERIENCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A MULHER GRÁVIDA E SEU PARCEIRO” teve o PARECER final de: **APROVADO**

Pesquisadora Responsável: Nirliane Ribeiro Barbosa

Demais pesquisadores: Mariza Silva Almeida (Orientadora)

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 28.03.2011

OBSERVAÇÕES:

- . As autoras poderão iniciar a coleta de dados.
- Havendo alguma alteração no Protocolo esta deverá ser encaminhada ao CEP para nova apreciação, considerando que o CEPEE ao aprovar o Protocolo, torna-se co-responsável por sua execução.
- Deverão apresentar a cada seis meses os relatórios parciais e ao termino do Projeto apresentar o Relatório Final ao CEPEE.UFBA conforme Resolução 196/96. (BRASIL, 1996).

Salvador, 5 de abril de 2011.

Darci Santa Rosa
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111

ANEXO D – Planos das Oficinas Reflexivas

PLANO EDUCATIVO DA 1ª OFICINA

LOCAL: USF Dr. Daniel Houly DATA: 17/05/2011 HORÁRIO: A partir das 19h

PARTICIPANTES: 01 facilitadora, 02 discentes, 01 enfermeira do serviço, 06 mulheres grávidas e seus respectivos parceiros

OBJETIVO GERAL: Desenvolver oficina reflexiva com a temática gravidez.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Discutir as demandas sociais e de saúde sobre a temática gravidez para a mulher e seu parceiro.

TÉCNICA:

1. Apresentação da facilitadora e do projeto de pesquisa + Assinatura do TCLE;
 2. Contrato do grupo para a 1ª oficina: duração, saída, aparelho, respeito;
 3. Aquecimento: música “Toda forma de amor” (Lulu Santos) + identificação dos (as) participantes + dinâmica de troca de crachás
-
1. Técnica mobilizadora: estímulo para discussão em grupo através de perguntas sobre expectativas das mulheres e parceiros sobre a oficina e perguntas sobre a temática.
 2. Processo de troca: Roda de conversa entre as mulheres e parceiros sobre a temática da oficina
 3. Processamento/ análise/ articulação com o geral: síntese do conhecimento discutido + esclarecimento das dúvidas
 4. Avaliação da oficina considerando as expectativas
 5. Interação e socialização com lanche

RECURSOS MATERIAIS: Quadro branco, lápis piloto, apagador para quadro branco, micro system, compact disc, gravador de voz (02), papel A 4, canetas, crachás, lanche.

RECURSOS HUMANOS: Facilitadora, Discentes, Enfermeira do serviço, mulheres grávidas e seus parceiros.

AVALIAÇÃO:

1. A oficina alcançou as expectativas do público-alvo?
2. A oficina alcançou os objetivos do plano educativo?
3. Análise das falas após transcrição da oficina

PLANO EDUCATIVO DA 2ª OFICINA

LOCAL: USF Dr. Daniel Houly DATA: 13/07/2011 HORÁRIO: A partir das 19:30h

PARTICIPANTES: 01 facilitadora, 03 discentes, 01 enfermeira do serviço, 03 mulheres grávidas e seus respectivos parceiros

OBJETIVO GERAL: Desenvolver oficina reflexiva com a temática trabalho de parto e parto/nascimento.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Discutir as demandas sociais e de saúde sobre a temática trabalho de parto e parto/nascimento para a mulher e seu parceiro.

TÉCNICA:

1. Contrato do grupo para a 2ª oficina: duração, saída, aparelho, respeito;
2. Aquecimento: Identificação (as) participantes + Dinâmica “Viagem de navio”
3. Técnica mobilizadora: estímulo para discussão em grupo através de perguntas sobre expectativas das mulheres e parceiros sobre a oficina e perguntas sobre a temática.
4. Processo de troca: Roda de conversa entre as mulheres e parceiros sobre a temática da oficina
5. Processamento/ análise/ articulação com o geral: síntese do conhecimento discutido + esclarecimento das dúvidas
6. Avaliação da oficina considerando as expectativas
7. Interação e socialização com lanche

RECURSOS MATERIAIS: Quadro branco, lápis piloto, apagador para quadro branco, micro system, compact disc, gravador de voz (02), papel A 4, canetas, crachás, lanche.

RECURSOS HUMANOS: Facilitadora, Discentes, Enfermeira do serviço, mulheres grávidas e seus parceiros.

AVALIAÇÃO:

1. A oficina alcançou as expectativas do público-alvo?
2. A oficina alcançou os objetivos do plano educativo?
3. Análise das falas após transcrição da oficina

PLANO EDUCATIVO DA 3ª OFICINA

LOCAL: USF Dr. Daniel Houly DATA: 20/07/2011 HORÁRIO: A partir das 19:30h

PARTICIPANTES: 01 facilitadora, 03 discentes, 01 enfermeira do serviço, 04 mulheres grávidas e seus respectivos parceiros

OBJETIVO GERAL: Desenvolver oficina reflexiva com a temática pós-parto: modificações, cuidado de si, do outro e cuidados com o (a) recém-nascido (a).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Discutir as demandas sociais e de saúde sobre a temática pós-parto e cuidados com o (a) recém-nascido (a).

TÉCNICA:

1. Contrato do grupo para a 3ª oficina: duração, saída, aparelho, respeito;
2. Aquecimento: identificação dos (as) participantes + Dinâmica “Chupando Balas”
3. Técnica mobilizadora: estímulo para discussão em grupo através de perguntas sobre expectativas das mulheres e parceiros sobre a oficina e perguntas sobre a temática.
4. Processo de troca: Roda de conversa entre as mulheres e parceiros sobre a temática da oficina
5. Processamento/ análise/ articulação com o geral: síntese do conhecimento discutido + esclarecimento das dúvidas
6. Avaliação da oficina considerando as expectativas
7. Interação e socialização com lanche

RECURSOS MATERIAIS: Quadro branco, lápis piloto, apagador para quadro branco, micro system, compact disc, gravador de voz (02), papel A 4, canetas, crachás, lanche.

RECURSOS HUMANOS: Facilitadora, Discentes, Enfermeira do serviço, mulheres grávidas e seus parceiros.

AVALIAÇÃO:

4. A oficina alcançou as expectativas do público-alvo?
5. A oficina alcançou os objetivos do plano educativo?
6. Análise das falas após transcrição da oficina