



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ-BA)  
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF)  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUCIANA SILVA VILAS BÔAS**

**IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE GESTANTES COMO FERRAMENTA DO  
CUIDADO PRÉ-NATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Salvador

2017

**LUCIANA SILVA VILAS BÔAS**

**IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE GESTANTES COMO FERRAMENTA DO  
CUIDADO PRÉ-NATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), juntamente com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS).

Orientadora: Mariana Machado Aragão

Salvador

2017

**LUCIANA SILVA VILAS BÔAS**

**IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE GESTANTES COMO FERRAMENTA DO  
CUIDADO PRÉ-NATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA) / Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) como parte das exigências para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Salvador, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientadora Mariana Machado Aragão

---

1º Membro da Banca Examinadora

---

2º Membro da Banca Examinadora

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me ilumina, pelo dom da vida e pela proteção a todo instante! ;

À minha mãe, pelo seu amor lindo demais. O que seria de mim sem ele? Obrigada mãe, por acreditar em mim, por ser força e amor incondicionais sempre;

À minha orientadora, Mariana Aragão, por ser assim tão responsável, dedicada, questionadora! Quero vê-la arrasando sempre na Saúde da Família! Ah, Mari! Gratidão!;

Aos colegas de residência com os quais eu tive a oportunidade de conviver e aprender. Aos que me fizeram sorrir, tornando a caminhada mais leve.

Às mulheres que tive a oportunidade de acompanhar no pré-natal durante a residência, às que aceitaram estar presentes no grupo educativo. O quanto aprendi! De fato, sem elas, este trabalho não seria possível.

Luciana Vilas Bôas

VILAS BÔAS, Luciana Silva. **Implantação de um grupo de gestantes como ferramenta do cuidado pré-natal**: um relato de experiência. 38f., 2017 Trabalho de conclusão de residência. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), Salvador, 2017.

## RESUMO

Este estudo tem como foco a implantação de um grupo para gestantes. Apresenta como objetivo geral: Relatar a experiência de implantação de um grupo de gestantes como ferramenta do cuidado pré-natal. E, como específicos: Caracterizar as gestantes que estiveram presentes nos encontros; refletir sobre a importância da educação em saúde realizada pela equipe multiprofissional no fortalecimento da assistência pré-natal; discutir sobre a adesão das gestantes e seus parceiros no grupo educativo. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência sobre a implantação de um grupo voltado para as gestantes na Unidade de Saúde da Família, PHOC, no município de Camaçari-BA. Os resultados mostraram que a idade das gestantes variou de 19 a 33 anos, a maioria é da raça negra, estudou até o nível médio completo, encontra-se casada, não possui trabalho remunerado, é dona-de-casa, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e são primigestas. Aconteceram quatro encontros: O que mudou com a gestação; Amamentação e cuidados com a higiene oral do recém-nascido; Resignificando a estética na gestação através da fotografia; Direitos das gestantes. Concluiu-se que este grupo de gestantes significou uma tentativa de oferecer apoio e espaço a um público que muitas vezes vivencia um ciclo sem compreendê-los de fato. Além disso, devemos estar mais atentos incentivando não apenas as mulheres, mas também convidando o parceiro, estimulando-o a realizar o seu pré-natal. Torna-se urgente, refletirmos sobre como está acontecendo a rede de assistência materno-infantil no município, visando contribuir para a sua melhoria.

Palavras-chave: educação em saúde, pré-natal, grupos de gestante

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	06
<b>2 METODOLOGIA</b>	08
2.1 TIPO DE ESTUDO	08
2.2 LOCAL DE ESTUDO, CRITÉRIOS DE ORGANIZAÇÃO DO GRUPO	08
<b>3 RESULTADOS</b>	10
3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES	10
3.2 APRESENTAÇÃO DOS ENCONTROS	14
3.2.1 PRIMEIRO ENCONTRO: O QUE MUDOU COM A GESTAÇÃO	14
3.2.2. SEGUNDO ENCONTRO: AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL DO RECÉM-NASCIDO	15
3.2.3 TERCEIRO ENCONTRO: RESSIGNIFICANDO A ESTÉTICA NA GESTAÇÃO ATRAVÉS DA FOTOGRAFIA	16
3.2.4 QUARTO ENCONTRO: DIREITOS DAS GESTANTES	17
<b>4 DISCUSSÃO</b>	18
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	31
<b>REFERÊNCIAS</b>	33

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento de muitos significados na vida da mulher, caracterizada por valores e transformações que se constituem como singulares, sendo vivenciados de formas diferentes pelas mulheres (CARVALHO et al, 2006). Compreende-se que ao considerar o período pré-natal como uma época de mudanças e preparação para o parto, puerpério e maternidade, isto requer dos profissionais envolvidos um olhar diferenciado, uma postura que encare a educação em saúde como uma dimensão do ato de cuidar.

Levando-se em conta a relevância do período gestacional, além da premissa de que a gestação envolve várias alterações biopsicossociais que interferem no bem-estar destas mulheres, torna-se fundamental refletir sobre este momento, contribuindo para a construção de novas formas do cuidado. Esta reflexão precisa ser realizada pelos profissionais de saúde e pelo público-alvo. A partir daí, torna-se-á possível uma assistência cada vez mais próxima da realidade e dos anseios de cada gestante.

O desenvolvimento de grupos visa o atendimento das demandas originárias das próprias gestantes, seus parceiros e demais membros da família que juntos vivenciam um importante acontecimento familiar (BRASIL, 2001). Corroborando com esta ideia, Freire (2005) APUD Queiroz, Cerqueira, Mendonça (2015) enfatiza que os grupos se constituem de pessoas com histórias de vida distintas, mas com interesses semelhantes, que se reúnem para refletir criticamente sobre temas comuns, possibilitando no coletivo construir saberes conjuntos, superar suas limitações e reconhecer seus papéis sociais.

Percebe-se que formar grupos para gestantes torna-se fundamental a partir do momento que pretende contribuir para uma abordagem integral da mulher e ao mesmo tempo específica do período gestacional, além de incentivar o empoderamento feminino. É importante lembrar que, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe recomendações essenciais para a atenção pré-natal e perinatal. Alguns dos dez princípios primordiais da atenção à gestante, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestação deve ser multidisciplinar e multiprofissional, com atenção integral, levando em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, filhos e famílias, e não apenas um cuidado biológico. Precisa também ser apropriado, tendo vista as diversas pautas culturais para permitir lograr seus objetivos, compartilhar a tomada de decisão com as mulheres, valorizando a privacidade, dignidade e confidencialidade destas (BRASIL, 2005).

Sabe-se da importância de um acompanhamento pré-natal, porém, nem sempre se consegue atender às gestantes de informações e cuidados suficientes para uma gestação mais tranquila, principalmente, considerando as condições sociais dessas usuárias, tanto no aspecto de informações, ações educativas e preventivas, como nos aspectos emocionais e sociais, sendo necessárias estratégias que ajudem a suprir essa carência (LIMA et al, 2014). Entende-se que, ampliar o espaço para o diálogo para além de um consultório reforça a relevância da formação de grupos educativos permitindo uma melhor compreensão das mulheres sobre este período que envolve a gestação, parto e puerpério, planejamento familiar além de produzirem as suas próprias reflexões.

Diante desse contexto, o presente estudo apresenta como objeto a implantação de um grupo de gestantes em uma unidade de residência multiprofissional em Saúde da Família. E assim, espera-se contribuir para a qualidade do cuidado já oferecido para este público pela equipe, ao tentar deslocar o foco da atenção centrada no desenvolvimento fetal para uma abordagem mais integral da mulher a partir das suas considerações e do compartilhamento das mesmas.

Para tanto, este relato tem como objetivo geral: Relatar a experiência de implantação de um grupo de gestantes como ferramenta do cuidado pré-natal em uma unidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Camaçari-BA. E, como específicos: Caracterizar as gestantes que estiveram presentes nos encontros; refletir sobre a importância da educação em saúde realizada pela equipe multiprofissional no fortalecimento da assistência pré-natal; discutir sobre a adesão das gestantes e seus parceiros no grupo educativo.

Este trabalho torna-se relevante, a partir do momento que pretende contribuir para a educação em saúde através da formação de um grupo voltado para mulheres grávidas que vivenciam um momento delicado, visando fortalecer as decisões femininas, a qualidade do pré-natal, além de incentivar a responsabilização do homem durante todo este período e o seu cuidado com a saúde.

Basso e Monticelli (2010) defendem que gestantes e acompanhantes que participam de discussões grupais problematizadoras mostram-se críticos para perceber o distanciamento que separa as suas próprias expectativas, enquanto usuários das políticas atuais de atenção à mulher e ao recém-nascido, porém, almejam, igualmente, algumas possibilidades de modificar o atual cenário.



## 2 METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência sobre a implantação de um grupo voltado para as gestantes da equipe 02 na Unidade de Saúde da Família, PHOC, no município de Camaçari-BA, no período de maio a agosto de 2016. Este período inclui desde a construção do projeto até a realização dos primeiros encontros. Campos (2004) defende que o método qualitativo se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, revelando importantes informações sobre o sujeito da pesquisa, seu modo de vida e relações interpessoais.

Nesse sentido, por meio da trajetória qualitativa, objetiva-se, relatar o processo de implantação de um grupo de gestantes, partindo, portanto, do contexto de vida de cada gestante, permitindo que as mesmas revelem suas experiências, dificuldades e repercussões na vida pessoal através de depoimentos livres.

### 2.2 LOCAL DE ESTUDO, CRITÉRIOS DE ORGANIZAÇÃO DO GRUPO

O grupo foi implantado em uma Unidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família denominada PHOC, no município de Camaçari-BA. O processo de implantação foi iniciado em maio de 2016 quando foram realizadas as primeiras reuniões para discutir sobre a criação do mesmo. É importante destacar que para participar do grupo, a mulher deveria ser atendida pela equipe 02 da referida unidade de saúde.

A proposta de implantação foi elaborada a partir das necessidades das gestantes percebidas nos momentos das consultas de enfermagem. Esta proposta foi discutida por todos os membros da equipe, em reunião, sobre a viabilidade da criação do grupo de forma que todos estivessem presentes na realização dos encontros. Durante as reuniões (total de duas reuniões de equipe), levantou-se que o atendimento periódico destas, visava apenas ao acompanhamento do desenvolvimento do bebê e possíveis intercorrências com a gestante, não apresentando uma preocupação em fazer uma intervenção educativa para a mulher e seu parceiro. Perante isso, todos os profissionais da equipe, decidiram valorizar uma abordagem interdisciplinar através da criação de um grupo, onde cada profissional pode contribuir com as diversas áreas de conhecimento, caracterizando assim, uma educação de forma integral.

O turno para a realização dos encontros faz parte da agenda de toda a equipe mínima (enfermeira, médico, cirurgião-dentista, agentes comunitários e técnicos de enfermagem),

ocorrendo quinzenalmente, no período matutino das quintas-feiras. Além disso, conta com a participação de, pelo menos, um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: nutricionista, educador físico, fisioterapeuta.

Vale ressaltar que o pré-natal oferecido pela equipe, condiz com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, pois tenta-se garantir o total de consultas que deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Além disso, sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semanas – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente (BRASIL, 2013).

Outro ponto combinado em equipe foi que toda mulher que chegar à unidade referindo estar grávida, deverá dirigir-se à recepção, comprovar à que área pertence e, então terá a sua consulta agendada o mais rápido possível, podendo então, ter a primeira consulta realizada pelo médico ou enfermeira. Ficou acordado, também, que toda gestante ao passar na primeira consulta com enfermeira ou médico, deveria dirigir-se ao consultório odontológico para uma avaliação da saúde bucal. Além disso, conta-se com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (fisioterapeuta, educadora física e nutricionista) para a realização de consultas compartilhadas ou individuais, caso haja a necessidade.

Vale lembrar que, os agentes comunitários também foram convidados a participar, considerando a relevância do seu papel dentro da comunidade. Infelizmente, neste início do processo de implantação do referido grupo, os mesmos não puderam estar presentes, pois precisaram dar ênfase ao processo de territorialização da unidade de saúde ainda não concluído. Quanto aos técnicos de enfermagem, estes também foram convidados a participar do grupo, porém, ainda não foi possível devido a uma necessidade grande para atendimentos técnicos na unidade sob a responsabilidade de apenas duas técnicas de enfermagem para quatro equipes de Saúde da Família.

Ficou decidido também em reunião que a temática seria sugerida pelas mulheres a cada encontro. Além disso, os profissionais responsáveis pela condução do encontro, adotariam a postura de facilitadores e não de palestrantes apenas concedendo informações já pré-estabelecidas em protocolos, ou seja, começariam sempre pela escuta dos relatos das gestantes atendidas pela equipe. De fato, de acordo com a proposta de criação do grupo, a prioridade é considerar as experiências de cada participante, as dúvidas, o compartilhamento dos saberes e

não conduzir o encontro de forma pré-moldada. A partir disso, será possível a construção coletiva das reflexões.

Ficou acordado em reunião que, utilizaríamos um livro para registro de campo com a finalidade de ir acompanhando a presença das gestantes no decorrer do processo. Neste registro, seria colocado o nome da mulher, idade, raça, grau de escolaridade, estado civil, se tem trabalho remunerado ou não, ocupação, época de início do pré-natal, paridade. A partir destas anotações, foi realizado parte da construção deste relato.

Por último, iniciou-se a elaboração do projeto e também a divulgação do grupo. Foi construído pela equipe um convite para ser entregue às gestantes no momento da consulta individual realizada por qualquer profissional da equipe (enfermeiro, cirurgião-dentista, médico, técnico de enfermagem, e agente comunitário). Além disso, houve a distribuição dos convites pelas agentes comunitárias na área, reforçando o dia do encontro.

Os quatro encontros aconteceram no auditório da escola vizinha à unidade. Não havia problemas, pois, os profissionais da unidade conseguiam realizar uma boa parceria com a referida escola que, inclusive, disponibilizava o datashow também. As cadeiras eram dispostas em semicírculo favorecendo uma melhor interação entre todos, onde acontecia o compartilhamento dos saberes através da escuta dos depoimentos livres das gestantes ali presentes. Alguns materiais utilizados durante os encontros, nós conseguimos na própria unidade de saúde. Importante destacar que, o notebook e o datashow foram utilizados apenas para demonstração de imagens e vídeos.

Somente um dos encontros, ocorreu em um horto situado na cidade de Camaçari para a realização de uma oficina de ensaio fotográfico das gestantes intitulado “Ressignificando a estética na gestação através da fotografia”.

### **3 RESULTADOS**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES GESTANTES**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>
<b>IDADE</b>	19 anos	23 anos	27 anos	33 anos	30 anos	25 anos	28 anos
<b>RAÇA</b>	branca	preta	parda	preta	branca	preta	parda
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	ensino médio completo	ensino fundamental completo	ensino superior incompleto	ensino médio completo	ensino médio completo	ensino médio completo	ensino médio completo
<b>ESTADO CIVIL</b>	união estável	casada	união estável	casada	casada	Casada	casada
<b>TRABALHO REMUNERADO</b>	não	não	Sim	não	sim	não	sim
<b>OCUPAÇÃO</b>	dona-de-casa	dona-de-casa	autônoma	dona-de-casa	comerciante	dona-de-casa	vendedora
<b>ÉPOCA DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL</b>	1º trimestre	1º trimestre	2º trimestre	1º trimestre	1º trimestre	1º trimestre	2º trimestre
<b>PARIDADE</b>	primigesta	multigesta	multigesta	primigesta	multigesta	primigesta	primigesta

\*G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7- siglas utilizadas para substituir os nomes das gestantes presentes nos encontros.

Foram apresentadas 07 mulheres no quadro acima de um total de 17 acompanhadas pela equipe no início de implantação do grupo, porém, 05 estavam presentes no primeiro encontro, 05 no segundo encontro, 03 no terceiro encontro e 03 no quarto encontro.

Quanto ao quesito idade, a gestante mais nova, G1, tem 19 anos, G2 23 anos, G3 27 anos, G4 33 anos, G5 30 anos, G6 25 anos e G7 28 anos. Quanto à raça, 03 mulheres são pretas,

02 brancas e 02 pardas. Quanto ao estado civil 05 gestantes são casadas e 02 estão vivendo uma união estável. Quanto ao possuir trabalho remunerado, 04 mulheres não possuem, 03 possuem e no tocante à ocupação 04 são, exclusivamente, dona-de-casa, 01 comerciante, 01 vendedora, 01 autônoma. Quanto ao período gestacional em que se encontravam no início do pré-natal G1, G2, G4, G5 e G6 estavam no primeiro trimestre, G3 e G7 no segundo trimestre. Já no que se refere à paridade G1, G4, G6, G7 são primigestas enquanto G2 e G3 são multigestas.

A idade das mulheres variou de 19 anos a 33 anos, o que é considerado pela literatura uma idade propícia para engravidar. Conforme Shupp (2006), a melhor idade para ter filhos está entre 20 e 29 anos, e os extremos da vida estão sempre ligados a complicações perinatais. A autora afirma, ainda, que há variações quanto à definição de idade materna avançada para a gravidez, sendo que alguns autores consideram o limite de 35 anos, outros a partir dos 40 e há aqueles que vão mais além, considerando as gestantes com idade de 45 anos ou mais.

Três mulheres são negras, duas são brancas e duas são pardas. Torna-se, fundamental ressaltar que, segundo Carneiro (2002), as mulheres negras são vítimas do fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às diversas formas de discriminação social em consequência da combinação perversa de racismo e sexismo, resultando em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida. De acordo com Rodrigues (2009), que realizou um estudo em Salvador, ficou comprovado que as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto, negras em sua maioria, possuem, em grande parte, baixos indicadores sociais e econômicos, já que a maioria possui renda de até dois salários mínimos, exerce atividade sem remuneração e tem, em média, 9,62 anos de estudo.

O grau de escolaridade mais referido foi o ensino médio completo, apenas uma delas relatou ensino superior incompleto e uma referiu ensino fundamental completo. Percebo que o grau de instrução, de fato, influencia na compreensão das orientações e percepção de todo o ciclo gravídico-puerperal. Segundo Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), a escolaridade materna exerce forte influência em diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal. Eles defendem que a baixa escolaridade materna é um componente que pré-predispõe a mãe e o recém-nascido ao surgimento de situações potencialmente de risco.

Cinco gestantes são casadas e duas estão em união estável. As mulheres revelaram estar vivenciando uma situação conjugal favorável, recebendo o apoio afetivo do companheiro, porém não houve a presença de nenhum deles nos encontros realizados. A atuação do homem durante o ato de cuidar, para Oliveira e Brito (2009), por meio do envolvimento afetivo para

com a esposa e o filho, representa uma base à vivência do casal, fortalecendo a consolidação da estrutura familiar. Percebe-se que, embora tenha ocorrido mudanças na sociedade, a família continua sendo o acolhimento adequado para as pessoas na busca da segurança, proteção, realização pessoal e integração ao meio social (OLIVEIRA, 2003). Por outro lado, a união estável, também é uma relação de convivência entre o homem e a mulher que possuem como objetivo a construção familiar pública e permanente (LIMA; MELO; FERREIRA, 2012).

Quanto ao trabalho, apenas três das sete mulheres apresentam trabalho remunerado. Em relação à ocupação, as participantes afirmaram as seguintes ocupações: dona-de-casa (4), vendedora (1), comerciante (1), autônoma (1). Acredito que não há como negar que a participação da mulher no mercado de trabalho tem se modificado em decorrência de mudanças referentes à estrutura familiar, maternidade, situação conjugal, urbanização, globalização. Enfim, mesmo com alguns avanços, considero que ainda há muito o que percorrer, pois ainda há mulheres que carregam consigo o estigma de que nasceram para ser donas do lar e cuidar da família, exclusivamente, o que reforça a divisão sexual do trabalho.

De acordo com Hirata e Kergoat (2007), o conceito de divisão sexual do trabalho emerge da percepção da carga de trabalho, realizada de forma gratuita e ‘invisível’ socialmente, exercida pelas mulheres não em seu próprio benefício, mas para outros. O trabalho doméstico seria desenvolvido, de acordo com estas autoras, “sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno”, e se opunha, ao trabalho profissional, assalariado, idealizado até então apenas em torno do trabalho produtivo e da figura do trabalhador masculino, qualificado, branco.

Quanto ao início do pré-natal, 05 iniciaram no primeiro trimestre e apenas 02 no segundo trimestre. Isto demonstra um ponto positivo, pois o calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos (BRASIL, 2013).

Todas as mulheres referiam não consumir álcool ou tabaco. Aspecto considerado positivo. Sabe-se que, mulheres que fumam durante a gestação apresentam maior risco de complicações, como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, parto prematuro, aborto espontâneo, gestação ectópica, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido e comprometimento de desenvolvimento físico da criança (ARAÚJO et al, 2004; BRASIL, 2004). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, além dos efeitos biológicos na gestante e no

feto, influencia de forma direta na experiência da maternidade, podendo interferir na interação mãe e filho e potencializar dificuldades econômicas, sociais, psicológicas e de saúde já vividas pela mulher (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Afirmaram, também, boa aceitação da gravidez. Nenhuma delas relatou ter passado por algum tipo de intervenção cirúrgica anteriormente.

### **3.2 APRESENTAÇÃO DOS ENCONTROS**

#### **3.2.1 O QUE MUDOU COM A GESTAÇÃO:**

Primeiramente, procurou-se estabelecer com as gestantes presentes, uma relação de empatia, visando estabelecer a confiança por meio de diálogos informais. De fato, o primeiro encontro foi dividido em três momentos. Optou-se por assim fazer, para que inicialmente, nós, profissionais da equipe, nos apresentássemos com a finalidade de propiciar uma aproximação com as mulheres ali presentes.

Logo após, ainda no primeiro momento, iniciamos com uma conversa sobre o que mudou na vida de cada uma com a gestação. Solicitamos, também, que contassem como se deu a escolha do nome do bebê. As perguntas utilizadas foram: “ O que mudou na sua vida com a gestação? ” e “ Como foi a escolha do nome do bebê? ” Cada gestante cedia o seu depoimento de forma livre, poderia ser em uma palavra, uma frase, ou um relato.

No segundo momento, sugerimos que elas escolhessem um nome para o grupo, questionamos se consideravam viável a continuidade dos encontros e qual seria o período de realização. Elas decidiram que o grupo deveria se chamar FAMÍLIA e os encontros deveriam ocorrer quinzenalmente. Nome este que nos chamou atenção, pois parte-se do pressuposto que, a família é considerada como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, pensamentos que estão presentes na sociedade. Ela exerce forte influência na forma como os indivíduos se comportam, principalmente nas crianças, que aprendem as diferentes formas de existir, de ver o mundo e de construir as suas próprias relações sociais (KREPPNER, 2000 *APUD* DESSEN; POLONIA, 2007).

Durante o terceiro momento, a partir do desenho de uma mulher grávida em cartolina, pedimos que as mulheres descrevessem em uma palavra o significado real da gestação para cada uma delas e fomos preenchendo nos espaços em branco. Dentre as palavras que as

mulheres citaram, estavam: vida, união familiar, amor, mudança, alegria, contemplação, cuidado, carinho, sabedoria, confiança.

Utilizamos também, um recurso audiovisual, o datashow para exposição de um vídeo com depoimentos de mulheres que estavam grávidas ou no puerpério, abordando sobre o significado da maternidade em suas vidas. Por último, perguntamos qual tema elas gostariam que fosse discutido no próximo encontro. As mesmas optaram por amamentação e cuidados com a higiene oral do recém-nascido.

### 3.2.2 SEGUNDO ENCONTRO: AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL DO RECÉM-NASCIDO

O primeiro momento foi conduzido por mim, a enfermeira, e pela nutricionista, além de ser caracterizado por uma discussão com as mulheres onde questionamos sobre o que elas sabiam acerca da amamentação e qual seria a sua importância. Cada uma falou brevemente sobre o que sabia à respeito da amamentação. Apenas uma delas, já mãe de um filho vivo, revelou que não gosta de amamentar porque sentia um incômodo no momento.

Seguimos para a exposição de slides através da qual demonstramos as características do leite materno, o motivo de amamentar, a posição adequada, os benefícios, além do armazenamento adequado quando for necessária a ordenha. Vale ressaltar que, os slides foram utilizados apenas para demonstração de imagens e foram bem recebidos pelas participantes. Utilizamos, também, uma boneca para demonstrar o posicionamento adequado durante a amamentação e solicitamos que as mulheres colocassem a boneca no colo para posicionar de forma que ficasse confortável para a amamentação.

Houve a necessidade também de discutir um pouco sobre a importância de uma boa alimentação, tendo em vista a necessidade de uma dieta equilibrada em nutrientes, levando em consideração o contexto de vida das gestantes carentes. As mulheres solicitaram que a nutricionista abordasse um pouco sobre uma alimentação diária que fosse considerada saudável. Para isso, a nutricionista pediu que cada mulher comentasse um pouco como tem sido a sua alimentação diária. A partir daí, ela as orientou como podem organizar melhor o cardápio.

O segundo momento foi conduzido pelo cirurgião-dentista que, primeiramente, desenvolveu um debate com as mulheres sobre o que sabiam quanto à limpeza oral do bebê, o que conheciam sobre chupetas e mamadeiras. De forma descontraída, as gestantes revelaram



que toda vez que o bebê chorar, elas colocarão uma chupeta. Daí, foi necessário conversar com elas à respeito de outras formas de tentar acalmar um recém-nascido.

Posteriormente, o cirurgião-dentista, demonstrou através de figuras em slides a importância da higienização oral nos recém-nascidos, qual seria o tipo mais adequado de chupetas e mamadeiras, quando houver necessidade, além dos cuidados com a mucosa oral e quando começarem a nascer os primeiros dentes.

Vale ressaltar que, nos dois momentos as mulheres participaram manifestando, também, suas dúvidas a respeito das duas temáticas o que fez surgir discussões pertinentes e o compartilhamento de saberes com os diversos profissionais. É importante destacar também, que este momento foi fundamental para a participação da categoria profissional do dentista que, muitas vezes, não se encontra participando ativamente de uma atividade em educação em saúde durante o pré-natal na atenção básica.

### 3.2.3 TERCEIRO ENCONTRO: “RESSIGNIFICANDO A ESTÉTICA NA GESTAÇÃO ATRAVÉS DA FOTOGRAFIA”

Foi pensado em realizar um ensaio em um horto situado na cidade de Camaçari-BA, com o intuito de trabalhar a autoestima dessas mulheres gestantes. A intenção é valorizar a beleza que há em cada uma, incentivando o autocuidado e valorizando a feminilidade, muitas vezes esquecida, já que o foco na gestação é a nova vida que está por nascer.

A maquiadora que realizou o trabalho é uma moradora da comunidade, que já foi atendida por alguns profissionais da própria equipe e já havia se oferecido para fazer algum trabalho voluntário através da unidade de saúde. Ao idealizar a construção do grupo de gestante, foi pensado também, incluir a referida moradora da área nas atividades. Assim como o agente comunitário de saúde é considerado um elo fortalecedor da relação entre a equipe de saúde da família e os usuários, inserir alguém que vive na comunidade para atuar nos encontros, pode soar para as participantes como uma maior aproximação com os profissionais, contribuindo para deixá-las mais à vontade.

A fotógrafa profissional responsável pelo ensaio, se disponibilizou para participar após um convite de uma integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com a qual possui um certo grau de aproximação. Ficou combinado que, as fotos seriam salvas em um pendrive e depois repassadas para as respectivas gestantes em um momento oportuno. As gestantes foram

conduzidas da unidade de saúde para o horto, através de um transporte da prefeitura do referido município solicitado com antecedência pela equipe.

### 3.2.4 QUARTO ENCONTRO: DIREITOS DAS GESTANTES

Primeiramente perguntamos às mulheres o que vinha à cabeça sobre o que elas entendiam à respeito dos direitos das gestantes. Elas, então, se referiram à licença-maternidade e ao acompanhante na sala de parto. Para participar deste encontro, convidamos, também, a assistente social de referência da USF PHOC. A mesma escutou as angústias comuns entre as mulheres ali presentes, como os direitos trabalhistas e sociais da mulher, dando as suas contribuições.

Outro ponto questionado foi sobre a possibilidade de conhecer o local do parto com antecedência. Então, combinou-se que alguns profissionais da equipe iriam com as gestantes que tivessem interesse, realizar uma visita no Hospital Geral do referido município, na última segunda-feira do mês corrente. Na verdade, o local para encontro seria a recepção da maternidade do hospital já citado, pois não há transporte disponível para irmos todos juntos desde à unidade de saúde.

É válido citar que, a referida maternidade, está aberta para visitas das gestantes, toda última segunda-feira do mês, no período vespertino. Era notável que as gestantes ali presentes apresentavam a curiosidade de conhecer o ambiente onde ocorrerá o parto, mas não possuíam o conhecimento prévio de que realizar uma visita ao ambiente é de fato um direito da mulher. Isto nos reporta ao termo humanizar que se refere a uma atenção que parte desde o conhecimento sobre os direitos fundamentais de mulheres e crianças às informações sobre o tipo de tecnologia adequada para a assistência.

Esse conjunto de demandas incluiria o direito de escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os suportes emocionais, sociais e materiais no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ et. al, 2003)

## **4. DISCUSSÃO**

De acordo com a decisão em equipe, os encontros aconteceriam sempre baseados nos depoimentos livres das mulheres ali presentes. Acredito que realmente não teríamos como iniciar cada encontro sem saber o que cada uma já viveu ou sabe à respeito do tema em questão. De acordo com Paulo Freire, o princípio para o processo educacional está vinculado à vivência dos sujeitos, seus contextos, problemas e angústias, além de estimular à colaboração, a decisão, a interação, além da responsabilidade social e política. O conhecimento é construído coletivamente mediado pelo diálogo e articulado com a experiência de vida. Trata-se de uma prática integradora e participativa, pois os sujeitos estão abertos para o novo e sempre dispostos a algo mais para interpretar, descobrir, aprender, dizer e compartilhar (FREIRE, 2011).

As mulheres ali presentes, no primeiro encontro, afirmaram que a continuidade do grupo fazia sim, sentido. Relataram que seria uma forma de aprendizado e compartilhamento de vivências de forma coletiva e consideraram que o primeiro encontro favoreceu uma maior aproximação com a equipe e com outras moradoras da comunidade. Observei, também, que a manutenção do grupo não seria fácil porque depende da disponibilidade e da participação ativa das gestantes além do empenho e compromisso dos profissionais desde o planejamento. Considero que é imprescindível cada profissional estar sempre atento para o convite, seja no momento da consulta, em uma visita domiciliar, ou até mesmo em um breve contato na recepção.

Ao sugerir para as participantes, a escolha dos temas, ficou claro para mim, a partir do primeiro encontro, o quanto as mulheres ainda estão carregadas de inseguranças até mesmo em relação à temas comuns como amamentação, cuidados com a higiene oral do recém-nascido, por exemplo. O que é legítimo. O quanto ainda há a visão limitada sobre os direitos das gestantes, restringindo-os, muitas vezes à licença-maternidade e ao acompanhante na sala de parto. Não que não seja válido discutir sobre estas temáticas, é válido sim por fazer parte do universo do público-alvo, porém, existem outros temas que são tão importantes quanto, talvez mais polêmicos e que exigem a participação ativa das mulheres enquanto protagonistas como por exemplo, o que de fato é um parto humanizado, ligadura de trompas, sexualidade na gestação, a participação do homem no pré-natal, entre tantos outros.

De acordo com Tornquist (2003), as expectativas das mulheres em relação ao parto diferem entre os diversos estratos sociais. Para o grupo de melhor estrato social é estar ativa durante o processo, ter poder de decisão sobre o mesmo e ser menos submetida à intervenção de tecnologias durante a assistência. Para as mais pobres, o trabalho de parto está vinculado a

uma dor e sofrimento que pode ser amenizado o mais rápido possível com a ajuda da intervenção dos profissionais. Porém, ambos os grupos demonstram preocupação em relação à sua segurança e à do bebê.

Despertou-me, um questionamento em relação até que ponto as gestantes estão se permitindo de fato abordar e refletir em algum espaço coletivo sobre assuntos pertinentes ao universo feminino. Ou melhor, por que não estão se permitindo? Por que a baixa adesão? Considero um ponto negativo, a baixa adesão das gestantes assistidas pela equipe, pois de um total de 17 gestantes, no período de implantação do grupo, contou-se com a presença de 05 no primeiro encontro, 05 no segundo, 03 no terceiro e 03 no quarto encontro.

Acredito que esta baixa adesão pode estar associada ao descrédito em relação às atividades de promoção da saúde, ou, também, ao não se permitir debater sobre o universo feminino e seus direitos. Talvez, estas mulheres ainda não entendam uma atividade de educação em saúde através de um grupo como parte de uma assistência pré-natal muito menos como uma possibilidade para a transformação e para autonomia. Talvez, estas mulheres possam estar descrentes de si mesmas, do seu poder enquanto mulher.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde (CASARIN; PICOLI, 2011). Sendo assim, a potencialidade desta promoção através do grupo, está justamente em proporcionar a educação emancipatória para estas mulheres. A intenção é que elas sejam ativas e tenham o poder de decisão da sua história não permanecendo submissas ao que lhes é imposto.

Zampieri et al (2010) fortalecem esta ideia ao afirmar que as ações educativas quando são participativas e focadas na atenção integral, proporcionam à mulher uma maternidade segura por desmistificarem crenças e tabus inerentes ao ciclo gravídico-puerperal a partir da reflexão sobre esta fase ímpar da vida. Nesse sentido, é durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, com o intuito de estimular o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de maneira positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que a estratégia educativa é essencial não só para a obtenção de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã (RIOS; VIEIRA, 2007).

Percebo o quanto é importante que nós enquanto profissionais de saúde estejamos atentos para não tratarmos as mulheres como meras consumidoras de informações, ou seja, como um depósito de nossas orientações. Fortalecendo essa ideia, Paulo Freire, pensador e inspiração para muitos educadores, reconhecido mundialmente, defende através da sua pedagogia uma ação dialogal entre educadores e educandos. A pedagogia libertadora de Paulo Freire, que propõe a emancipação e a autonomia do sujeito, teve como proposta inicial a alfabetização de jovens e adultos e, aos poucos, foi sendo utilizada e considerada uma importante metodologia para trabalhar a promoção da saúde. Esta proposta pedagógica libertadora e problematizadora vai além dos limites da educação e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre esta leitura e recontá-la, transformando-a pela ação consciente (HEIDMANN, 2010).

Conforme Lima e Costa (2005), esta educação problematizadora para o campo da saúde apresenta como objetivo a transformação da realidade, através da autonomia e independência, buscando desenvolver indivíduos críticos e conscientes de suas necessidades. Portanto, a educação em saúde deve ser permanente, com foco em uma práxis transformadora, não tecnicista, conduzida de acordo com a realidade de maneira coletiva e consensual (CECCIM, 2005).

Monticelli e Elsin (2006) ressaltam que as práticas fundamentadas no modelo preventivista e de transmissão de um conhecimento “superior”, estabelecem barreiras, nas relações cliente/profissional/instituição, porque desconsideram sua dimensão cultural. O simples ato de transmitir conhecimento não é capaz, isoladamente, de transformar comportamentos e hábitos, assim como não estimula o exercício de suas potencialidades, o que em nada acrescentará para a melhoria da saúde das pessoas e famílias.

Enfatiza-se, portanto, a formação de um grupo, pois a criação de um espaço de trocas de experiências e vivências no campo grupal se caracteriza como condição primordial para a mobilização dos estereótipos de cada um, o que ajuda cada participante a enfrentar as situações de mudança, uma vez que tende a “re-significar” suas vivências através do reconhecimento dos outros e de si (SARTORI; VAN DER SAND, 2004).

Outro aspecto que me instiga é sobre o que pensam estas mulheres quanto à sua condição feminina, sobre o seu estar no mundo enquanto mulher. Para Campos et al (2014), a percepção do indivíduo à respeito da sua situação na vida, no cenário da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e angústias, são entendidas

como qualidade de vida. Trata-se de um conceito amplo influenciado por fatores inerentes à essência humana como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social. Quanto ao termo qualidade de vida, ele agrega outros significados e engloba valores individuais e coletivos, sendo, portanto, uma construção social que se concretiza na comunidade por meio da intersetorialidade, da participação social e do empoderamento (BUSS, 2003).

Portanto, sinto que talvez estas mulheres que são atendidas pela equipe, ainda não vêem o grupo como um espaço coletivo potente que pode contribuir para a melhoria da assistência que a elas é oferecida. Acredito, também, que ainda não perceberam, o quanto elas podem juntas fazer valer os direitos femininos e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria da assistência materno-infantil no município.

Embora o tema do segundo encontro seja considerado comum e até bastante divulgado pela mídia, as mulheres relataram que foi proveitoso no sentido de compartilhar as ideias e os seus saberes prévios tanto com outras mulheres quanto com os profissionais da equipe. Importante destacar, como já foi citado, que apenas uma das gestantes afirmou não gostar de amamentar e já estava imaginando como seria, pois, na experiência que viveu com o primeiro filho, sentia uma “agonia” durante o ato de amamentar.

Nota-se que as mulheres têm maior facilidade em demonstrar a percepção positiva da prática de amamentar pelo fato desta coincidir com a construção social predominante do mito do amor maternal, aquele em que a mãe se dedica exclusivamente em benefício do filho e, conseqüentemente, manifesta satisfação em fazê-lo (ARANTES, 1995). Esta compreensão positiva também pode ser resultado da observação de outras mães amamentando, favoravelmente, além do imaginário da maternidade que envolve afetividade e da crença de que a amamentação fortalece o vínculo entre mãe e filho (SILVA, 2000).

Há do outro lado, a percepção negativa que está relacionada à incapacidade para manter a amamentação, à insatisfação, ao desprazer, à impaciência, à introdução dos leites industrializados e às doenças associadas ao uso do mesmo, à incerteza dos benefícios do leite in natura, à dificuldade de amamentar devido ao ingurgitamento mamário, e ao tempo diminuído na preservação da amamentação justificado pelo não desejo do filho (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013).

Dessa forma, compreendo que não basta à mulher ter as informações referentes aos benefícios da amamentação, mas sim, estar inserida em um contexto favorável e poder contar

com a ajuda tanto de um profissional habilitado quanto da sua rede social de apoio para escutá-la e apoiá-la quanto à sua decisão.

A adesão ao aleitamento materno e os julgamentos dos profissionais sobre essa decisão, se forem realizados de forma dogmática e autoritária, podem induzir um distanciamento das mulheres e famílias dos serviços de saúde (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013). Defender o melhor para a saúde da criança é legítimo, mas adotar o aleitamento materno como direito exclusivo da criança pode ocasionar uma situação delicada e constrangedora, porque faz com que a mulher-mãe passe de detentora de garantias para cumpridora de deveres, dando espaço para os conflitos emocionais e ao desenvolvimento de ações e políticas públicas autoritárias na área da saúde e em outros campos, pois as mulheres ficariam sujeitas à restrição de liberdade, à discriminação, entre outras violações (FRANÇA, AYRES, 2000).

Considerada a fonte do precioso leite, atualmente, o corpo feminino ainda é objeto de regulações, como instrumento de garantia da saúde da criança em moldes pré-estabelecidos pelos governos e por organizações internacionais. Por outro lado, acontece que mulheres brasileiras de diversos estratos socioeconômicos integram, como componente primordial, tanto o sistema ‘reprodutivo’ (organizado em torno de atividades de gestar, parir, alimentar e cuidar das crianças e da família) quanto o sistema produtivo, como população economicamente ativa (KALIL, AGUIAR, 2016).

De fato, percebo que falta espaços para discussão sobre a possibilidade de a mulher, diante de suas inúmeras atribuições, escolher a alimentação do seu filho. De acordo com Taylor e Wallace (2012), restaria à mulher que não amamenta ou interrompe o aleitamento por limitações físicas ou necessidades pessoais, conviver com a culpa ou a vergonha perante o julgamento moral da sociedade por colocar em risco a saúde da criança.

O que me parece é que as mulheres que resolvem não amamentar por vontade própria poderão ser consideradas pela sociedade como “menos-mãe”, “menos-mulher” ou uma “péssima mãe”, independente do motivo que a levou a tomar tal decisão. Possivelmente, serão ainda apontadas como “irresponsáveis” ou “aquelas que têm menos amor pelo filho”.

Emergiu, também, da discussão neste encontro, a necessidade de abordar aspectos sobre uma alimentação que fosse considerada adequada para a gestação, garantindo a saúde materna e o desenvolvimento fetal. As participantes queriam algumas dicas da nutricionista sobre se estavam se alimentando corretamente ou não. Brasil (2011) defende que o cuidado nutricional

no pré-natal tem o seu valor pelo impacto no resultado obstétrico tornando-se de grande relevância para a saúde pública.

Quanto à importância dos bons hábitos alimentares na gestação, cabe enfatizar que essas gestantes serão, possivelmente, as principais responsáveis pela formação dos hábitos alimentares da criança que está sendo gerada, reforçando ainda mais a importância da promoção da alimentação nutricionalmente apropriada para este período (GOMES et al, 2015).

Campos et al (2013), em uma coorte de gestantes adolescentes, identificaram maior consumo de proteína, lipídios, colesterol, cálcio, potássio, fósforo, ácidos graxos saturados e monoinsaturados entre mães de crianças que nasceram com mais de 2500 g, sendo o principal preditor do peso ao nascer o perfil lipídico da dieta materna. Importante também considerar que, o alto percentual de gestantes com sobrepeso/obesidade pré-gestacional representa um fator de risco para desfechos negativos para a mãe e o conceito, o que pode estar relacionado ao aumento do uso de serviços hospitalares (CARNEIRO et al, 2014).

Estes fatores, dentre outros referentes à carências nutricionais, me chamam atenção enquanto profissional de saúde para a avaliação nutricional da gestante desde o atendimento na primeira consulta e o quanto é importante também a atuação da nutricionista tanto no grupo quanto em uma consulta compartilhada ou individual, caso haja a necessidade. O quanto é essencial a presença desta categoria nos encontros para que juntos tenhamos um olhar multiprofissional e possamos ajudar cada gestante de acordo com as suas reais necessidades.

Outro ponto que merece destaque no segundo encontro foi a participação do cirurgião-dentista e o quanto esta categoria pode contribuir para a promoção da saúde bucal reforçando o princípio da integralidade através da atuação em um grupo de gestantes. Peres et al (2001) ao discutirem sobre a implementação de programas de atenção à saúde materno-infantil, incluindo orientação para gestantes quanto aos cuidados com o bebê, e meios específicos para a redução de *Streptococcus mutans*, consideraram a educação em saúde, por meio da instrução de higiene e orientação da dieta, como um complemento das ações desenvolvidas nos programas de saúde integral.

Corsetti, Figueiredo, Dutra (1998) comprovaram que a maioria das gestantes não demonstram conhecimento acerca dos prejuízos que podem ocorrer para a saúde bucal da criança em consequência do tempo de amamentação prolongada, uso indevido de mamadeira e o hábito do consumo de açúcar para o preparo dos alimentos do bebê; além dos conhecimentos



com relação à higiene bucal pessoal e do recém-nascido. Analisaram, também, longitudinalmente a efetividade da educação durante o pré-natal e concluíram que houve uma conscientização e retenção das informações por parte dos pais em relação às orientações sobre saúde bucal para com o bebê. Dessa forma, sugeriram programas de promoção da saúde bucal continuados após o nascimento da criança para reforço e estímulo com vistas a continuar a mudança de hábitos frente à saúde.

O pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional tem se revelado excelente aliado à promoção da saúde, prevenindo transtornos psicoafetivos, transtornos alimentares e socioculturais da gestante, melhorando, assim, a qualidade da assistência materna e do recém-nascido. Contribui, também, na prevenção de agravos, proporciona melhor qualidade de vida e auxilia a diminuir os riscos de morbimortalidade materna e fetal (FALCONE et al, 2005). É, portanto, fundamental a existência de um serviço com atendimento interdisciplinar que aborde tanto os aspectos psicológicos quanto físicos, visando a um atendimento holístico à gestante (HOGA; REBERTE, 2007).

Considero que implantar um grupo de educação em saúde para gestantes com a presença de profissionais das mais diversas categorias, significa uma tentativa de não focar apenas no biológico, mas sim, considerar o todo e ao mesmo tempo o singular. Dessa forma, acredito que o grupo poderá contribuir positivamente para a organização da nossa assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Percebi que cada profissional pode acrescentar algo para o grupo a partir das especificidades de sua categoria, reafirmando, portanto, o princípio da integralidade. A ausência de qualquer um destes pode nos enfraquecer enquanto equipe, além de tornar o trabalho mais limitado.

Quanto ao uso do lúdico no terceiro encontro, considero que a experiência foi inovadora tanto para a equipe de saúde quanto para as mulheres participantes. Este momento, proporcionou a todos os presentes algo diferente do habitual, além de nos instigar enquanto profissionais de saúde sobre o quanto podemos e precisamos transcender para avançar. As gestantes afirmaram ter vivenciado um momento de descontração dentro de um contexto caracterizado por transformações não apenas no aspecto biológico, mas também, no psicológico e no ambiente familiar. Relataram não esperar realizar um ensaio fotográfico durante a gestação, possibilitando, guardar as fotos como recordação não por falta de vontade, mas pelas condições financeiras. Além do mais, afirmaram que este momento estimulou a autoestima que está muitas vezes esquecida por diversos motivos.

Convém enfatizar que as imagens dialogam com a realidade e com a representação dessa realidade, pois a fotografia se apresenta como uma fonte privilegiada de informação da realidade estudada e da visão de mundo dos participantes. A interação imagem-realidade mostra-se potente no acesso a diferentes dimensões dos sujeitos e se constitui em uma estratégia de intervenção em várias problemáticas (BARLEM et al, 2016). Nesse sentido, as narrativas visuais têm uma finalidade estratégica, contribuindo para a superação de barreiras culturais entre profissional de saúde e usuário, carregados de significados demonstrados em emoção e afetividade (GOMES; DIMENSTEIN, 2014).

Para mim, usar o lúdico no grupo, significou uma tentativa de usarmos a criatividade, de repensarmos, inclusive sobre as metodologias que usamos para realizar educação em saúde tanto nos consultórios como no grupo. Simboliza uma tentativa de proporcionar às gestantes um pré-natal diferente do comum, estimulando, inclusive o autocuidado e a autoestima destas mulheres.

Durante o quarto encontro “DIREITO DAS GESTANTES”, observei que as mulheres queriam focar na abordagem sobre a licença-maternidade e à respeito do acompanhante na sala de parto. Embora o parto se aproxime e seja talvez considerado o momento mais esperado do período gestacional, neste primeiro encontro voltado para direitos, as participantes ainda não manifestaram o desejo de discutir sobre este assunto.

Por outro lado, sabe-se que os direitos de uma mulher gestante englobam um universo de questões que precisam vir à tona e as protagonistas da história devem estar cientes. Na verdade, sinto que muitas ainda não têm a consciência de que são as protagonistas. As mulheres fizeram um breve relato sobre o que sabiam à respeito da licença-maternidade. Porém, nós profissionais ali presentes percebemos que havia a necessidade de aprofundar um pouco mais, sobre o que é de fato, este direito.

Foi pensando no aumento da prevalência do aleitamento materno, que em 09 de setembro de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.770, que prorroga por 60 dias a duração da licença maternidade prevista no inciso XVIII do *caput* do art. 7º da Constituição Federal, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei (BRASIL, 2008). Esta ampliação da licença maternidade pode se constituir como um fator determinante para o aumento da manutenção da amamentação, visto que há mais tendência a manter o aleitamento por mais de quatro meses

entre as mães que voltaram a trabalhar depois do quinto mês após o parto (BRASILEIRO et al, 2012).

De fato, não há como negar os benefícios em relação aos 06 meses de aleitamento materno exclusivo. Os problemas emergentes do processo de amamentação podem estar condicionados à falta de esclarecimento e suporte adequado, resultando na introdução de alimentos complementares precocemente. Isso influencia de forma significativa no aleitamento materno exclusivo, diminuindo sua duração, além de interferir na absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco. A introdução desses alimentos está também relacionada à maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (DIAS, FREIRE, FRANCESCHINI, 2010).

O que me preocupa em relação ao discurso da licença maternidade é que mais uma vez atribui-se a grande responsabilidade de cuidar da cria ao sexo feminino como se apenas a mulher fosse a responsável pelos cuidados nos primeiros meses de vida do recém-nascido e por isso ela deverá tirar logo a licença. É como se estivéssemos reforçando a ideia de que amamentar fosse um direito apenas da criança e não dependesse da decisão da mulher quanto a isso e muito menos da presença paterna neste contexto. Além disso, por vezes, esquecemos também da importância da licença paternidade.

A partir disso, torna-se necessário destacar que, a participação efetiva dos homens no cotidiano familiar, inclui não apenas o sustento econômico da família, mas, principalmente, uma maior participação na alimentação e em todos os aspectos do cuidado do recém-nascido, inclusive no acompanhamento ao longo de seu desenvolvimento (MEDRADO, 2001). Os homens, enquanto pais, devem desempenhar uma função importante na divisão de responsabilidades e tarefas, nos cuidados com a criança, fornecendo apoio à mãe e filho desde as primeiras semanas de vida da criança até o seu completo desenvolvimento psicofísicoemocional (CARVALHO, 2003).

A vivência dos pais no processo da amamentação ocorre com conhecimentos e desconhecimentos quanto aos assuntos que dizem respeito ao leite materno e, sobretudo aos sentimentos de bem-estar, frustração e exclusão na estrutura familiar e da sociedade. Entretanto, apesar de todas as dificuldades, os primeiros meses de convivência pai-lactente são fundamentais para a formação de laços e afirmação da consciência de paternidade (FERNANDES, 2003).

Baseando-se na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, os pais têm direito a 5 dias de licença paternidade. Localidades como Cuiabá, Niterói, Florianópolis, Manaus, Pernambuco, Porto Alegre e João Pessoa já criaram leis locais que ampliam a licença paternidade para 10,15 ou 30 dias para os servidores públicos. Um outro exemplo é a Emenda Constitucional 63/2015 publicada em 22 de dezembro de 2015 que estende a licença paternidade para o prazo de 30 dias a todos os servidores civis e militares no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2016)

Atualmente, homens e mulheres fazem parte de uma geração em transição; ser pai não é mais considerado algo unicamente de ordem biológica, pois os homens já não são vistos exclusivamente como responsáveis pelas necessidades financeiras. Esta concepção se inicia com o movimento feminista dos anos 60, que teve como meta a “igualdade na diferença sexual, reivindicando a não hierarquização das peculiaridades de homens e mulheres, visando conquistar uma igualdade social que reconhecesse as diferenças”. A divisão sexual questionada pelo feminismo era referente à identidade masculina na sua função de provedor, e a feminina no seu papel de doméstica, reprodutiva e mãe” (GIFFIN, 2002).

Um outro aspecto importante dos encontros, foi a ausência dos pais. Percebo isto como um reflexo do pré-natal realizado pela equipe onde é notório a rara presença dos homens nas consultas. Importante ressaltar que, desde o primeiro encontro do grupo, nós explicamos para as mulheres que elas poderiam convidar outro membro da família, principalmente o pai da criança. Reforçamos o quanto seria enriquecedor a presença dos mesmos. Porém, a justificativa apresentada pelas participantes, é que o pai da criança trabalha e, por isso, não há tempo para se inserir no acompanhamento pré-natal. As relações de trabalho dificultam a participação nas consultas pré-natais, pois não se aceita que o homem falte ao trabalho para dar assistência à sua mulher e filho (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006 APUD OLIVEIRA, 2009).

De fato, entendo que ainda há uma resistência por parte do homem em estar presente no pré-natal não apenas acompanhando, mas também, realizando o pré-natal do parceiro. Acredito que esta resistência está associada à toda uma construção sociocultural enraizada que criou o homem para ser o macho inabalável que deve garantir a manutenção financeira da família. Este estereótipo atribuiu ao homem, a falsa ideia de que a doença só acontece no sexo frágil, que no caso seria, a mulher.

A compreensão masculina de reconhecer-se como um ser inatingível, ainda aprisiona o homem a esse nó cultural, dificultando as práticas de autocuidado, pois à medida que o homem

é visto como viril, dirigir-se para uma unidade de saúde numa perspectiva preventiva pode associá-lo à medo, fraqueza e insegurança. Essa percepção cultural, contribuiu para que o mesmo continue com um distanciamento em relação aos serviços de saúde, estando mais suscetível à situações de risco (BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011).

Dentro deste contexto, a política nacional de saúde do homem, aliada ao programa do pré-natal masculino surgem para estimular cada vez mais o público-alvo para o cuidado com a saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, apresenta como finalidade favorecer e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, através da atuação nas dimensões socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que valorizem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que, a inserção do pai no pré-natal é um direito reprodutivo. Além de ser um dos momentos fundamentais para o estabelecimento de vínculo precoce entre pai e a criança sendo considerado como forma preventiva de violência doméstica à criança, e ao abandono familiar. (FONSECA, et al 2007). Portanto, partindo do pressuposto que o pré-natal envolve tanto aspectos clínicos quanto a educação em saúde, enfatiza-se a necessidade de investir na vivência do homem durante todo este período tanto nas consultas quanto nos grupos. A participação do pai em grupos educativos é fundamental, pois proporciona o envolvimento ativo dos homens com a gravidez, isso porque o entendimento das alterações que ocorre durante o ciclo gravídico e puerperal produz reflexos positivos sobre a relação familiar (FERREIRA et al, 2014).

Outro questionamento das mulheres ainda no quarto encontro foi quanto ao acompanhante na sala de parto. Torna-se importante destacar que, para as gestantes do referido município, só há uma opção de local para o parto, o Hospital Geral do município. Porém, sabe-se que nesta instituição, não é permitido acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

De acordo com a Lei nº11.108, de 7 de Abril de 2005 em seu Art. 19-J e § 1 do capítulo VIII, 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 1 (um) acompanhante durante

todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante deverá ser indicado pela parturiente.

Infelizmente, o que se tem observado na realidade atual brasileira é que ocorre muita resistência dos profissionais da saúde em permitir a presença de um acompanhante durante o pré-natal, trabalho de parto e parto, tendo em vista que este é adquirido, mas alguns serviços ainda não se adaptam às leis em vigor (RODRIGUES et al, 2016). É importante que os direitos garantidos em lei sejam instituídos com o objetivo de humanizar a assistência tornando-se essencial que as mulheres, gestantes e famílias conheçam e saibam como exigi-los (NAKANO et al, 2007).

Hoga e De Souza (2007) defenderam em seu trabalho que o cumprir da lei permitindo a entrada de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto mostraram-se como mecanismos protetores, favorecendo um trabalho de parto mais rápido, menor utilização de analgesia, recém-nascidos de baixos índices Apgar, além de uma menor prevalência de partos operatórios.

Dentro deste cenário, o Ministério da Saúde iniciou em 2011 a implantação da Rede Materno-Infantil – Rede Cegonha como estratégia dentro da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2010), para articular cuidados que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

A intenção é que a Rede Cegonha se desenvolva de forma a garantir os seguintes componentes: acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com incentivo ao parto normal; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e direito sexual e reprodutivo com implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos, promoção, prevenção e tratamento de DST/AIDS; orientação e oferta de métodos contraceptivos (Brasil, 2011).

O que me marcou foi o quanto as mulheres ainda estão submissas e confusas em relação ao modelo de assistência vigente que lhes é imposto, muitas vezes, não têm a noção da complexidade do contexto em que estão inseridas e, inclusive ainda não estão apropriadas dos seus direitos. Outro fato que me chama atenção é a forma como a rede do município ainda está organizada, funcionando aquém do estabelecido pela Rede Cegonha, não garantindo alguns direitos básicos das mulheres.

A Rede Cegonha afirma que as mulheres, suas crianças e familiares podem e devem assumir a posição de protagonistas no processo de produção cogерida de saúde materna e infantil. Enfim, de usuárias/os do SUS, aliados com gestores (as) e trabalhadores (as), para que possam construir o cuidado e a gestão em saúde. Defende, ainda, a construção de formas de cuidado contextualizados, considerando: as especificidades territoriais, cada momento, cada serviço, cada equipe, bem como as singularidades de cada mulher grávida e seu contexto sociocultural (VASCONCELOS, 2016)

Verifica-se, nesse contexto, o quanto a Rede Cegonha e a Lei do Acompanhante podem contribuir positivamente para a inserção dos homens nas consultas de pré-natal, e consolidar a mudança crucial do paradigma - do binômio mãe-criança para o trinômio pai-mãe-criança (BRASIL, 2016). Enfim, ainda há muito o que avançar no que se refere à assistência materno-infantil no município, aos estereótipos já pré-estabelecidos pela cultura, ao reconhecimento da mulher enquanto protagonista, ao cuidado com a saúde do homem, à valorização da educação em saúde através de grupos por parte dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde.

Ao final deste quarto encontro, as mulheres referiram que a discussão foi rica e esclarecedora, até porque nem todas sabiam que a maternidade do município em questão, ainda não permite o acompanhante na sala de parto.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para mim, manter este grupo de gestantes significa uma tentativa de oferecer apoio e espaço para um público que muitas vezes vivencia um ciclo carregado de mistérios, direitos e inseguranças, sem compreendê-los de fato. Significa, também, estar aberto à construções de novas formas de cuidar. Compartilhar o conhecimento durante os encontros realizados foi muito válido, pois além da troca com as gestantes, houve aprendizado com colegas de categorias diferentes. Além disso, foi possível conhecer um pouco mais sobre as mulheres ali presentes, bem como algumas expectativas relacionadas à gestação.

Sugiro que a equipe de saúde invista na manutenção deste grupo, estimulando as mulheres, seus parceiros, e suas famílias para debaterem sobre os temas que consideram pertinentes. Enfim, acredito que manter os encontros seja uma forma de melhorar a qualidade do pré-natal a partir das reflexões dos participantes. Acho que é preciso valorizar este espaço

de educação em saúde como um momento potente para a transformação das nossas ações enquanto profissionais e para o empoderamento feminino.

Faz-se urgente, também, refletirmos sobre como está acontecendo a rede de assistência materno-infantil no município, visando contribuir para a sua melhoria e, conseqüentemente, um impacto positivo na qualidade da assistência. Daí, outra sugestão que trago, é que a equipe de saúde tente estabelecer momentos de diálogo com os profissionais do referido Hospital do município para debater sobre aspectos da assistência que estamos oferecendo incluindo o pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar. Enfim, sobre como estamos cuidando das mulheres e o que podemos fazer para melhorar o nosso processo de trabalho.

Outro ponto importante, é que devemos estar mais atentos também para o convite do parceiro, incentivando-o a realizar o seu pré-natal, além de acompanhar a gestante. É fundamental sensibilizá-los, sobre a participação durante todo esse processo, inclusive a sua presença em grupos educativos. Apesar de sabermos da resistência que existe algumas vezes e da construção cultural vigente, acredito que é nossa responsabilidade sim, incentivarmos o homem para o cuidado com a sua saúde.

Considero que a luta pelos direitos das mulheres é diária e deve permanecer nos mais diversos setores. Sinto o quanto ainda são discriminadas ao terem seus direitos ignorados, inclusive por profissionais de saúde. É como se não houvesse o direito ao saber, ao ser. É visível, que elas precisam de estímulo, de espaços para escuta e reflexão.

Compreendo, a necessidade de instrumentalizarmos as mulheres para que elas tomem as decisões de acordo com a própria consciência no que se refere aos assuntos do universo feminino. É fato, que os desafios ainda são muitos, um deles é levarmos em conta, enquanto profissionais de saúde, todo o contexto social, biológico, psicológico, além das crenças de cada uma. Conseguir vincular tudo isso ao nosso cuidado oferecido, não é fácil, mas o que importa é que não deixemos de avançar.



## REFERÊNCIAS

- ARANTES, CIS. Amamentação - visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**. v. 71, n.4, p.195-202, 1995.
- ARAÚJO, AJ; MENEZES, AMB; DÓREA, AJPS; TORRES, BS; VIEGAS, CAA; SILVA, CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**; 30 Suppl, v.2, n.1, p.76, 2004.
- BASSO, JF; MONTICELLI M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.18, n.3, mai-jun 2010.
- BARLEM, JGT; BORDIGNON S.S.; COSTA C.F.S.; COSTA, C.O; BARLEM ELD, Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. **Enferm. Foco**. v.7, n.2, p.83-86, 2016.
- BENAZZI, AST; LIMA, ABS; SOUSA PA. PRÉ-NATAL MASCULINO: um novo olhar sobre a presença do homem. **Rev Políticas. Públicas**, São Luís. v.15, n.2, p. 327-333, jul./dez. 2011.
- BRASIL. Lei nº. 11.108. 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**, Brasília (DF); 8 Abr, 2005 .
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003 – Tabagismo**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2004.
- \_\_\_\_\_. 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, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 240, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. **Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal**, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 202.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Rede Materno Infantil – Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011. (Nota Técnica, nº 17/2011).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**/ Ministério da Saúde, 2016.

BRASILEIRO AA, AMBROSANO GMB, MARBA STM, POSSOBON RF. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n.4, p.642-648, 2012 .

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.

CAMPOS, C. J. G. **Metodologia quantitativa e método clínico-qualitativo: um panorama geral de seus conceitos e fundamentos**. UNICAMP, 2004.

CAMPOS AB, PEREIRA RA, QUEIROZ J, SAUNDERS C. Ingestão de energia e de nutrientes e baixo peso ao nascer: estudo de coorte com gestantes adolescentes. **Rev Nutr**. v. 26, n.5, p. 551-561, 2013.

CAMPOS ACV, BORGES CM, LUCAS SD, VARGAS, AMD, FERREIRA EF. Empoderamento e qualidade de vida de adolescentes trabalhadores assistidos por uma entidade filantrópica de apoio ao adolescente. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.1, p.238-250, 2014.

CARNEIRO, S. “A batalha de Durban”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 2.009-2.014, 2002.

CARNEIRO JR, BRAGA FO, CABIZUCA CA, ABI-ABIB RC, COBAS RA, GOMES MB. Gestação e obesidade: um problema emergente. **Rev. HUPE**. v.13, n.3p. 18-25, 2014..

CARVALHO, QCM; CARDOSO, MVLML; OLIVEIRA, MMC; LÚCIO, IML. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. **Ciênc. cuid. saúde**. v.5, n.3, p. 389-397, 2006.

CARVALHO, MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. **Cad Saúde Pública**. v.19 (supl.2), p.:389-98, 2003.

CASARIN MR, PICCOLI JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.9, p.3925-3932, 2011.

CECCIM RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu). v. 9, n.16, p.161-177, 2005.

CORSETTI, LO; FIGUEIREDO, MC; DUTRA, CAV. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços de Porto Alegre/RS, durante o pré-natal. **Rev Aboprev** v.1, n.1, p. 9-15, 1998.

DESSEN, M A, POLONIA, AC. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v. 17, n.36, p. 21-32, 2007.

DIAS, MCAP; FREIRE, LMS; FRANCESCHINI, SDOCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev Nutr.** v.23, n.3, p.475-486, 2010;

FALCONE, VM; MÄDER, CVN; NASCIMENTO, CL; SANTOS JMM; NÓBREGA, FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev Saúde Pública.** .v.39, n.4, p.612-618, Ago 2005.

FRANÇA JR. I, AYRES JR. CM. **Amamentar é um direito humano?** São Paulo: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial; 2000.

FERREIRA, T.N, ALMEIDA DR, BRITO HM et al A importância da participação paterna durante o pré-natal percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** v.05, n. 02, 2014.

FERNANDES, E. R. L. **Vivência do homem/pai no processo da amamentação do filho.** 2003. 110f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Fortaleza, RN, 2003.

FONSECA, P. ; TABORDA, J. - Paternidade: passado, presente e futuro. **Atlas psico: A Revista do Psicólogo.** n. 5, p. 14-23, 2007.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido.** 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 18, p. 103-112, 2002.

GOMES MAF, DIMENSTEIN M. Pesquisa qualitativa em Psicologia e Saúde Coletiva: experimentações com o recurso fotográfico. **Psicol. cienc. prof.** v.34, n.4, p. 804-820, 2014;

GOMES, CB; MALTA MB, MARTINIANO, AC; DI BONIFÁCIO, LP; CARVALHAES, MA. Práticas alimentares de gestantes e mulheres não grávidas: há diferenças? **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.37, n.7, p.325-332, 2015;

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1025-1029, jul-ago, 2001.

HEIDMANN ITSB. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica:** investigação de questões problemáticas. Edital MCT/CNPq n. 014/2010, Universal, Faixa A. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa,** São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez, 2007.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 4, n. 4, p. 559-566, dez. 2007.

- HOGA, L.A. K.; DE SOUZA, C. M.. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest Educ Enferm.** v.25, n.1, p.74-81, 2007.
- KALIL, IR; AGUIAR, AC. Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil?: a enunciação da mulher nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.1, p.31-42, 2016.
- LIMA, JANAINA C. et al. **Gestação Vida:** oficina educacional para gestantes com abordagem multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Manaus. Extensão em Foco, Curitiba: Editora da UFPR, n.10, p. 86-101, jul/dez 2014, ISSN 2358-7180.
- LIMA, AF; MELO, AMAA; FERREIRA, MA. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada – PE. **Saúde Coletiva em Debate**, v.1, n.2, p. 31-40, dez. 2012.
- LIMA, KA; COSTA, FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Aliment. nutr.** v. 16, n.1, p.33-38, 2005.
- MEDRADO B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. **Homens e masculinidades:** outras palavras. 2ª ed. São Paulo: ECOS; p. 145-61, 2001.
- MONTICELLI, M; ELSEN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto & Contexto Enferm** 2006;15(1):26-
- MOREIRA, MA; NASCIMENTO; ER, PAIVA MS. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n. 2, p.432-441, Abr-Jun, 2013.
- NAKANO, MAS; SILVA, LA; BELEZA, ACS; STEFANELLO J; GOMES, FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul Enferm** [Internet]. v. 20, n.2, p.131-137, 2007.
- OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 595-601, jul/set. 2009.
- OLIVEIRA, E. B. **União estável:** do concubinato ao casamento: antes e depois do novo código civil. 6 ed. São Paulo: Método, 2003.
- OLIVEIRA, C. S et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré – natal. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 1, p. 73-8, 2009.
- PERES, SHCS; CARDOSO, MTV; GARCEZ, RMVB; PERES, AS; BASTOS JRM. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. **Rev. APCD** 2001; 55(5):346-351.
- QUEIROZ; MVO, et al. Cuidado de enfermagem à Puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de Humanização. **Rev Baiana de Enfermagem**. São Paulo, n. 18. 2003.

- QUEIROZ, LS; CERQUEIRA, CO; MENDONÇA, AVM. Implantação de um grupo de gestantes adolescentes: relatos das ações de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.9, n.1, p. 145-153, mar, 2015.
- RIOS, CTF; VIEIRA, NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cienc Saude Colet**. v.12, n.2, p.477-486, 2007.
- RODRIGUES, Q.P. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2009.
- RODRIGUES, ESRC; TORQUATO JÁ; DAVIM, RMB et al. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.5, p.1796-1804, maio, 2016.
- SARTORI GS; VAN DER SAND, ICP - Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n. 02, p.153-165, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).
- SHUPP TR. **Gravidez após os 40 anos de idade**: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos. São Paulo:USP; 2006.
- SILVA IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev Esc Enferm USP**. v. 34, n.4, p.362-369, 2000.
- SOUZA, S.N.D.H; MELLO D.F.; AYRES, J.R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 1186-1194, jun, 2013.
- SOUZA, LHRF; SANTOS MC; OLIVEIRA, LCM. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev bras ginecol obstet**. v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.
- TAYLOR, E. N.; WALLACE, L. E. **For shame**: feminism, breastfeeding advocacy, and maternal guilt. *Hypatia*, Edwardsville, v. 27, n. 1, p. 76-98, 2012.
- TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, p.419-427, 2003.
- VASCONCELOS, MFF; NICOLOTTI, CA; SILVA JF; PEREIRA, SMLR. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface- Comunicação** vol.20 n.59 Botucatu Oct./Dec. 2016.
- ZAMPIERI, MFM; GREGÓRIO VRP; CUSTÓDIO ZAO; RÉGIS, MI; BRASIL C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto & Contexto Enferm** v.19, n. 4, p.719-727, 2010.