

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARLA REGINA DE ALMEIDA CORRÊA

**CONTRIBUIÇÕES DE ENCONTROS DE DIÁLOGO AO LONGO DO
PRÉ-NATAL**

**SÃO CARLOS
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARLA REGINA DE ALMEIDA CORRÊA

**CONTRIBUIÇÕES DE ENCONTROS DE DIÁLOGO AO LONGO DO
PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como requisito para a obtenção do título de mestra em Ciências da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Monika Wernet

**SÃO CARLOS
2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C824c Corrêa , Carla Regina de Almeida
 Contribuições de encontros de diálogo ao longo do
 pré-natal / Carla Regina de Almeida Corrêa . -- São
 Carlos : UFSCar, 2016.
 105 p.

 Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
 São Carlos, 2016.

 1. Gestação . 2. Parentalidade . 3. Apoio social .
 4. Cuidado pré-natal . 5. Cuidado pós-parto. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Carla Regina de Almeida Correa, realizada em 30/05/2016:

Profa. Dra. Monika Wernet
UFSCar

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello
USP

**Dedico o fruto deste trabalho aos meus pais Gleide e Carlos,
às mulheres que aceitaram participar deste Encontro de Diálogos
e a seus filhos,
à equipe de saúde da família,
a todos que acreditam no SUS e na APS
e a todos que estiveram comigo nesta caminhada.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a sua bondade infinita em conceder-me a Vida.

Agradeço aos meus pais Gleide e Carlos, que com amor aceitaram receber-me como filha neste processo de reencarnação. A doçura, o caráter, dedicação e amor. O colo e o puxão de orelha são fundamentais a caminhada. Meu amor e minha gratidão nesta e em vidas que estão por vir.

Aos meus irmãos André e Cíntia por nossas travessuras na infância, por nossa amizade e pelo amor. Obrigada!

Aos sobrinhos Giovana, Júlia, Rafaela e Vinícius, vocês trazem o barulhinho bom de criança que toma a casa toda e alegria para nossas vidas. Como minha vida era sem graça antes de conhecê-los. Titia ama muito vocês. Obrigada, meus amores.

Aos amigos do Mato Grosso que sempre me apoiaram desde a decisão em concorrer ao mestrado, Deyse Sumida, Eloíza Zuconelli, Marilene Hiller, Pricille Marinho, Débora Santos, Luciane Almeida, Josué Gleriano, Michele Salles, Lorena Araújo Ribeiro, Letícia Goulart, Letícia Yamasaki, Lilian Carla Gimenez, Patrícia Lima, Graciano Sudré, Camila Luchese, Marlene Oliveira, aos colegas da UFMT/Rondonópolis, vocês são muito importante em minha vida. Obrigada!

A você Amanda de Assunção Lino, nossas idas e vindas sem habilitação ou documento do carro, foram uma grande aventura. Nossa amizade foi sendo construída aos poucos. Nossas conversas, desabafos, apoio e nossas comilanças marcaram nossa história de vida. Muito obrigada!

Beatriz Castanheiro Facio e Mayara Caroline Barbieri (Bia e May), vocês sabem mais do que ninguém o quanto sou chorona e nesse momento tirei o óculos porque está todo embaçado. Não consigo dizer, penso no que escrever e só faço chorar. Vocês são os presentes mais preciosos que ganhei. Nas crises eram vocês, broncas eram vocês, no carinho eram vocês. O bolo que vocês fizeram, as mensagens de boa noite, a firmeza necessária e a doçura. Amo - as de uma forma que não consigo expressar. Meu muito obrigado e abraços de quebrar costelas.

Aos amigos de São Carlos que permitiram a compreensão profunda da palavra amizade. Mariele Terrasi, Flávia Corrêa Porto de Abreu, Daianne e Vinícius Borges, Ana Carolina Ottaviani, Soraya Cirilo, Lina Bernal, Sara Eduarda, a todos que frequentaram a Rep1234 com as festas temáticas, brigadeiro de pimenta, comilanças e futebol, aos amigos da Casa Espírita Irmão Batuira, aos amigos idosos do Cantinho Fraternal. Obrigada!

A Bianca Royanna Pereira de Oliveira, sua amizade, dedicação, entendimento de minhas ausências e a crença que era possível a realização desse estudo, foram fundamentais para a conclusão. Meu muito obrigado.

Aos amigos da Equipe de Saúde, por aceitar nossa proposta e permitir a realização desse estudo. Obrigada!

As professoras membros da banca examinadora, Márcia Cangiani Fabbro, Jamile Bussadori, Débora Falleiro, Aline Silveira, que aceitaram participar desse momento tão importante de minha vida. Obrigada!

As professoras Márcia Fabbro, Jamile Bussadori e Giselle Dupas, o exemplo, a retidão de caráter, a presença, carinho e apoio foram fundamentais no transcorrer do mestrado. Obrigada!

A coordenação e funcionários administrativos do PPGEnf e as professoras que muito contribuíram nessa caminhada.

A Anna Paola Chiarelli e Márcia João Pedro, profissionais que estiveram comigo e ainda estão presentes nos momentos de crise, no socorro amigo, na escuta, no acolhimento e a cada encontro que tive comigo, com derrotas e vitórias.

A você Monika Wernet, desde o início eu sabia que o momento de agradecer-lá seria tomado por emoção. Você é minha mestra, minha professora, minha amiga. Sua simplicidade, desprendimento, força, caráter, inteligência e humanidade são exemplos. Deu-me muitos abraços que me ergueram quando eu não mais acreditava em mim. Confiou-me seus tesouros, a alegria deles enche a casa, o carro, o zoológico e me faz muito feliz. Ser Monikete é muito além do que se pode ver ou expressar. Quantas vezes eu fui injusta com você e você sempre estava lá com a mão estendida para mim. Teu saber, tua escrita, teu amor sempre estiveram comigo. A você meu abraço fraternal e minha gratidão.

São tantas as pessoas que participaram comigo nesta caminhada, cada um de seu modo, doando seu tempo, sua atenção, o ouvido amigo, o abraço fortalecedor, a risada no momento de crise.

Muito Obrigada!

RESUMO

O período gestacional é marcado por grandes transformações, sejam elas físicas, hormonais ou emocionais. Nele, a mulher vivencia inquietações sobre si e sobre o cuidado do filho, tornando-o, dessa forma, um tempo/momento propício para a aquisição de novos conhecimentos e/ou alterações. O presente estudo tem por objeto “O encontro de diálogo e suas repercussões para a maternidade”, e propõe-se compreender a influência dos encontros de diálogo (ED) ao longo do período pré-natal no processo da parentalidade, com atenção ao uso da rede social. Adotou-se como referencial teórico a Hermenêutica Filosófica de George-Hans Gadamer e como referencial metodológico a Análise de Conteúdo Temático. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado, com obtenção de narrativa em profundidade utilizando-se a questão disparadora “Conte-me sobre a oportunidade de conversar ao longo do pré-natal. Qual foi sua percepção?” Fizeram parte deste estudo, sete mulheres que frequentaram os encontros por mais de três vezes e aceitaram participar da pesquisa. A realização dos ED ocorreu no período de outubro de 2014 a agosto de 2015, em distrito rural de uma cidade do interior paulista, e a coleta entre quarenta e cinco a sessenta dias após o parto. A análise dos dados revelou duas temáticas: “Apoio Informacional” e “Apoio Emocional e Reconhecimento de si”. Identifica-se que participar de Encontros de Diálogos ao longo do pré-natal foi importante para as mulheres que construíram um movimento dialógico no reconhecimento de si e do outro como apoio social do tipo emocional e informacional. Os ED emanciparam as gestantes na tomada de decisões para o cuidado da criança, promoveram a ampliação da rede social e contribuem para o reconhecimento do apoio recebido. Ademais, permitiram que as mulheres, de modo individual, desenvolvessem o processo de construção da parentalidade, reconhecendo-se como mãe e criando oportunidades de aproximação do pai neste movimento de autorreconhecimento.

Palavras-chave: Gestação, Parentalidade, Apoio social, Cuidado pré-natal, Cuidado pós-parto.

ABSTRACT

The gestation period is known as a time full of great transformations, such as physical, hormonal or emotional ones. In this period, most women experience some anxiety about themselves and the baby care, making it a space favorable to achieve and/or modify knowledge about it. This study had as object "A meeting for some dialogue and its repercussion to maternity"; and, based on this, it proposes to understand the influence of these dialogues during the prenatal in the parentally process, paying attention to the use of a social network. The theoretical reference adopted is George-Hans Gadamer's Hermeneutics and the methodological reference is the Thematic Content Analysis. Data were collected by a semi-structured questionnaire, obtaining a deep and complete narrative based on the starting question "Tell me about the opportunity to talk during the prenatal. What was your perception?" Participated of the study seven women who went to the meetings more than three times and accepted to take part of it. The meetings for some dialogue occurred from October, 2014 to August, 2015, in the countryside of a city in the state of Sao Paulo, Brazil; data were collected in a period between forty-five and sixty days after the childbirth. Data analysis showed two themes: "Informational Support" and "Emotional Support and Acknowledgment of Themselves" It was identified that the participation in these meetings for some dialogue during the prenatal was important for women who built a dialogic movement in the acknowledgment of themselves and the others as an emotional and informational social support. These dialogues emancipate the pregnant mothers to take decisions on how to take care of their children, promote a social network increase and contribute for the acceptance of the support received. Besides, these meetings permitted that these women, individually, developed the process of parentally building, recognizing themselves as mothers and creating opportunities for the fathers approaching in this auto recognizing movement.

Keywords: Gestation, Parentally, Social Support, Prenatal Care, Postpartum Care.

RESUMEN

El periodo gestaciones es marcado por grandes cambios, son físicos, hormonales o emocionales. La mujer vivencia inquietudes sobre ella y su hijo, haciendo de esta manera en espacio favorable a la adquisición de nuevas informaciones y/o cambios de otras. El presente estudio tiene por objeto “El encuentro de diálogo y sus repercusiones en la maternidad, así, propone comprender la influencia de los encuentros de dialogo (ED) a lo largo del período prenatal e niel proceso de parentabilidad, con atención al uso de la red social. Determinó se como referencial teórico la hermenéutica Filosófica de George-Hans Gadamer y como referencial metológico la Análisis de Contenido Temático. La colecta de datos ocurrió por medió de cuestionario semiestructurado, con obtención de narrativa em profundidad utilizando se la cuestión gatillo “Dime sobre la oportunidad de hablar a lo largo del prenatal. Cual su percepción? Hicieron parte del estudio, sete mujeres que han frecuente do los encuentros por más de tres veces y han aceptado participar del mismo. La realización de los ED ocurrió entre octubre de 2014 y agosto de 2015, en una ciudad del interior de la provincia de São Paulo - Brasil, y la colecta de datos entre cuarenta y cinco y sesenta días después del parto. La análisis de datos ha revelado dos temáticas: “Apoyo informacional” y “Apoyo emocional y reconocimiento de sí mismo”. Se identifica que la participación de Encuentros de Diálogos fue importante para las mujeres que constrúyelo nun movimiento dialógico en el reconocimiento de si mismo y del otro como apoyo social del tipo emocional y informativo. Los ED emancipan las mujeres embarazadas en la toma de decisión niel cuidado de los niños, promueven la expansión de las redes sociales y contribuyen para El reconocimiento del apoyo recibido. Por otra parte, permitieron que las mujeres, individualmente, desarrollase niel proceso de construcción de la parentabilidad, reconociendo se como madre e creando oportunidad de aproximación del padre en este movimiento del auto reconocimiento.

Palabras-clave: Gestación, Parentalidad, Apoyo social, Atención Prenatal, Atención Posparto.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

ED – Encontros de diálogo

PHPN – Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento

USF – Unidade de Saúde da Família

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

ESF – Equipe de Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

HF – Hermenêutica Filosófica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

EPÍGRAFE

“Porque assim é como um homem que, ao ausentar-se para longe, chamou os seus servos e lhes entregou os seus bens. E deu a um cinco talentos, e a outro dois, e a outro deu um, a cada um segundo a sua capacidade, e partiu logo. O que recebera pois cinco talentos, foi-se, e entrou a negociar com eles e ganhou outros cinco. Da mesma sorte também o que recebera dois, ganhou outros dois. Mas o que havia recebido um, indo-se com ele, cavou na Terra, e escondeu ali o dinheiro de seu senhor. E passando muito tempo, veio o senhor daqueles servos, e chamou-os a contas. E chegando-se a ele o que havia recebido os cinco talentos, apresentou-lhe outros cinco talentos, dizendo: Senhor, tu me entregastes cinco talentos; eis aqui tens outros cinco mais que lucrei. Seu senhor lhe disse: Muito bem, servo bom e fiel; já que foste fiel nas coisas pequenas, dar-te-ei a intendência das grandes; entra no gozo do teu senhor. Da mesma sorte apresentou-se também o que havia recebido dois talentos, e disse: Senhor, tu me entregaste dois talentos, e eis aqui tens outros dois que ganhei com eles. Seu senhor lhe disse: Bem está, servo bom e fiel, já que fostes fiel nas coisas pequenas, dar-te-ei a intendência das grandes; entra no gozo de teu senhor.

E chegando também o que havia recebido um talento, disse: Senhor, sei que és homem de rija condição; segas onde não semeaste, e recolhes onde não espalhaste; e temendo me fui, e escondi o teu talento na Terra; eis aqui tens o que é teu. E respondendo o seu senhor, lhe disse: Servo mau e preguiçoso, sabia que sego onde não semeei, e que recolho onde não tenho espalhado. Devias logo dar o meu dinheiro aos banqueiros, e, vindo eu, teria recebido certamente com juro o que era meu. Tirai-lhe, pois, o talento, e dai ao que tem dez talentos. Porque a todo o que tem, dar-se-lhe-á, e terá em abundância; e ao que não tem, tirar-se-lhe-á até o que parece que tem. E ao servo inútil, lançai-o nas trevas exteriores: ali haverá choro e ranger de dentes.

(Mateus, XXV: 14-30).”

Parábola dos Talentos

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO E INTERESSE PELO TEMA	16
2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	22
2.1 CUIDADO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: O LUGAR DO DIÁLOGO	23
2.2. AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: JUSTIFICATIVAS, CONTRIBUIÇÕES E LIMITES	26
2.3. PRÉ-NATAL, PARENTALIDADE E REDE SOCIAL	31
3. OBJETIVO GERAL	35
4. MATERIAL E MÉTODO	37
4.1. REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.2. COMPREENSÃO INTRODUTÓRIA	40
4.3.REFERENCIAL METODOLÓGICO	41
4.4. ASPECTOS ÉTICOS	41
4.5. LOCAL DO ESTUDO	42
4.6. TIPO DE ESTUDO, PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS	44
4.6.1ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO	44
4.7. MÉTODO DE COLETA DE DADOS	47
5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	51
6. RESULTADOS	53
6.1.‘APOIO INFORMACIONAL’	54
6.2. “APOIO EMOCIONAL E RECONHECIMENTO DE SI”	59
7. DISCUSSÃO	74
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE E ANEXOS	98
APÊNDICE A	99

APÊNDICE B	101
ANEXO A	102
ANEXO B	103



1. APRESENTAÇÃO E INTERESSE PELO TEMA

Este estudo resgata o diálogo enquanto recurso importante à humanidade. Iniciei tal estudo entendendo o diálogo como momento no qual é possível troca de informações entre duas pessoas ou mais. Ele pode ocorrer de forma presencial, bem como via carta, telefonemas, mensagens por meio de aparelho celular, e-mail, encontros virtuais apoiados em vídeo transmissão, entre outros.

O resgate do diálogo permitiu rememorar a observação de minha mãe segundo a qual “usar tecnologia pode até diminuir distâncias, mas não permite sentir verdadeiramente o outro”. Alertava ela que as tecnologias da vida moderna limitam o outro e a si em relação ao verdadeiro contato. Tal fala foi muito comum na minha adolescência e, acreditava, à época, estar ela articulada à intenção de meus pais para limitar o tempo ao telefone e com a *internet*. Entretanto, o tempo passou e permitiu-me compreender que, no fundo, ela desejava dizer que “nada como desfrutar da condição de poder ouvir a voz e olhar nos olhos sentindo o outro”.

Quando criança, fazemos as nossas primeiras investidas no processo de comunicação, e começamos a socializar, aprendemos a compartilhar ou não os brinquedos, as atenções, as nossas características pessoais. Comigo não foi diferente. Lembro-me dos momentos em que tentava diálogos com os amigos imaginários, com as bonecas, com os coleguinhas, o cachorro e por aí vai, mas, quase sempre, eu pensava já nas prováveis respostas e estabelecia um diálogo imaginário. O tempo mostrou a necessidade de aprender a falar e ouvir o outro.

Essa questão do falar e do ouvir, da troca no diálogo enquanto condição para entendimento do outro, foi muito retomada nos anos junto à Universidade, passando a fazer cada vez mais sentido a necessidade de ouvir e o lugar desse elemento na relação com o(s) outro(s). Quero compartilhar com vocês uma situação muito marcante para mim: trata-se da admissão de um senhor, já idoso, na clínica cirúrgica. Enquanto aluna, estava eu, ali, utilizando o roteiro de perguntas da coleta de dados e, ao olhar para ele, e entrar em contato mais intenso, reflexões surgiram e levaram-me a questionar se a forma como tudo estava acontecendo não estava caracterizando-se como uma invasão sem muito sentido. Como reflexo disso, pensei sobre o rigor imposto e recomendado àquela coleta e, senti-me incomodada diante daquelas ponderações. Deixei o instrumento de lado e passei a “simplesmente” conversar com ele, posso dizer, hoje, dialogar com ele. Pude sentir angústias, saudades, desejo de retomar momentos marcantes e felizes de sua vida, assim

como testemunhar medos, sensação de desinformação, de iminência da morte, sua dor e sofrimentos. Acabamos por chorar juntos. E, ao término do dia, quando a professora leu minha anotação de admissão, recebi elogio direcionado à riqueza de dados, bem como à sensibilidade pela dor do outro. À medida que ouvia os elogios, pensava: “Eu só conversei com ele”.

Tal situação consumou-se como uma epifania em minha trajetória de vida e modificou a valoração que dou a uma conversa aberta, respeitosa e franca no ato de cuidar. Sempre tive sensibilidade ao sofrimento do outro, mas a valorização da conversa refinou tal aspecto e conduziu-me a, por meio dela, aproximar-me e intervir junto a este outro com maior sintonia e presença, verdadeira e inteira. Isso me transforma continuamente enquanto pessoa e profissional. Assim, não poderia estar descolada do rumo que fui dando ao tema de estudo que optei por desenvolver nos anos de Mestrado.

Retomando meus tempos de formação, marcou-me também as disciplinas curriculares voltadas à saúde materno-infantil. Elas conduziram-me aos primeiros contatos, no âmbito profissional, com gestantes, puérperas e recém-nascidos. E, novamente lá, estavam os protocolos, os quais sempre me incomodavam por conduzirem, na minha percepção, a uma limitação interacional e, assim, restrição para conhecer e acessar necessidades dos sujeitos de meu cuidado.

Ouvi, testemunhei e compartilhei o sofrimento de uma jovem gestante, cardiopata, internada na clínica de Ginecologia e Obstetrícia e sua família. Havia sido internadas simultaneamente no mesmo hospital, a gestante e sua filha, de três anos, dependente de oxigênio e com prognóstico ruim. Ambas vieram a falecer. Ainda guardo as fotografias e as marcas daquela situação, inclusive o papel diferenciado dos momentos de diálogo entre nós.

Ao longo de toda a minha vida profissional, venho confirmando a importância do diálogo, do desejo de conhecer e estar com este outro que está sob seus cuidados, em uma atitude despida da crença de ter o profissional todo o conhecimento necessário para resolver o problema do outro. Invisto na tentativa de vestir-me com os relatos de vida daquele que está sob meus cuidados, deixando que ele me guie na relação, intencionada em apoiá-lo no alcance de seu bem-estar, de sua felicidade, empoderando-o para que possa ampliar sua autonomia diante do que a situação está a demandar dele.

Depois de formada, atuei tanto como enfermeira como professora. Contudo, quero destacar a experiência que tive no Hospital de Câncer de Barretos, onde vivi situações ímpares em termos de empatia e diálogo, o que confirmava, serem elas, elementos vitais para o verdadeiro cuidado humanizado.

Muitas caminhadas vieram depois, quando eu passaria no concurso para professora da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, na Universidade Federal do Mato Grosso/Rondonópolis. Nessa etapa profissional, tive contato com a população indígena. A oportunidade de trabalhar com crianças indígenas trouxe maior reflexão sobre o lugar e o valor do diálogo. Conhecer outra cultura, e como eles se comportam quando dialogam, retomou com maior foco a ponderação necessária para ouvir e falar, sendo esse um exercício diário, constante. Ficavam em minhas reflexões ponderações sobre o lugar da escuta, empatia e conversas genuínas no cuidado em saúde.

Assim, objetivei o mestrado na busca por qualificar-me enquanto pessoa, enfermeira e professora. Indicações de um amigo levaram-me à Universidade Federal de São Carlos e à Professora Monika.

Ingressar no mestrado levou-me a experiências de novas situações, instabilizadoras. Destaco as vivências junto à disciplina Saúde, Gênero e Sexualidade, quando tive contato com uma pedagoga militante nas causas referentes aos direitos da mulher. Esse contato propiciou-me participar do curso para Formação de Promotoras Legais, voltado para o público feminino. Foi a primeira vez que participei de uma reunião, na qual mulheres conversavam com outras mulheres, e todas tinham interesses em comum, e o mesmo objetivo na participação daquele encontro.

Era possível compartilhar experiências, ouvir, posicionar-se, sem a preocupação de estar certo ou errado. Todas eram acolhidas e, a cada encontro, cada novo tema, motivava para que olhasse para mim e para os outros, e assim construíamos novos saberes e modos de viver. Assim, participando desse colegiado de mulheres, das disciplinas, dos trabalhos em grupo, ajudando as colegas de mestrado com suas pesquisas, aprendendo, e buscando me encontrar na pesquisa, fui lapidando, com minha orientadora, o que iria estudar.

Neste sentido, as vivências em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em atividade curricular da Pós-Graduação (disciplinas Capacitação Docente I e II) conectada às práticas das disciplinas voltadas à Saúde da Criança e da Mulher do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) foram determinantes. Durante esse processo, compartilhei dificuldades vivenciadas pelas famílias dessa USF de área rural na promoção de sua saúde: dificuldades de acesso, incipiências da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir o cuidado a elas, vulnerabilidades sociais, entre outras. Tais percepções contribuíram para um processo de me solidarizar com o vivido por aquela população e equipe de saúde e, paralelamente, surgia, de forma crescente, um interesse em compreender melhor o que passavam na busca da promoção de saúde.

Dentre diversas questões derivadas desse compartilhar do contexto daquela USF, uma delas relacionava-se ao desafio de qualificação do cuidado das gestantes e suas famílias. Levei tal desejo aos encontros de orientação, momento em que nasceu o projeto deste estudo, vinculado à proposta de desenvolvimento de “Encontros de Diálogo (ED)” com as gestantes e suas famílias.

Desejava desenvolver uma intervenção que valorizasse o diálogo e contribuísse para reforçar sua importância no cuidado em saúde. Assim, propus-me, com o incentivo de minha orientadora, a promover encontros entre mulheres gestantes e identificar o desdobramento desses na parentalidade.

Precisávamos definir os referenciais do estudo. Nas discussões que permeavam a disciplina Pesquisa Qualitativa em Saúde e os encontros de orientação, ponderamos na hermenêutica filosófica de George Hans-Gadamer um caminho, por sustentar elementos de valor ao estudo e consoantes com minha percepção de cuidado. Iniciei leituras sobre esse referencial, o qual se confirmava como um possível caminho, em especial pelo valor do diálogo e da linguagem na compreensão e apreensão do mundo, assim como pela noção de incompletude, estando tudo sempre aberto a um novo desdobramento.

Nosso pressuposto era de que a oportunidade de dialogar ao longo do pré-natal contribui com as demandas inerentes ao processo da parentalidade. Li artigos a respeito de grupos e rodas de conversas com gestantes, percebendo que os resultados eram escassos em relação à articulação de tais recursos, a parentalidade e o apoio social. Assim, integrando os elementos expostos acima, estabeleceu-se

como pergunta de pesquisa: “Como os diálogos no pré-natal afetam a parentalidade e quais desdobramentos têm para a visibilidade e uso da rede social enquanto recurso à parentalidade?”

Convido você a continuar este caminho comigo e compartilhar dos achados alcançados...



2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

2.1 CUIDADO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: O LUGAR DO DIÁLOGO

O “cuidado” manifesta-se como ação e abarca valores de vida, estando delimitado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos (PINHEIRO, 2009). Ele é uma criação a dois, que tem no encontro (físico ou não) condição *sine qua non* (CECÍLIO, 2009). Não está em protocolos, mas na capacidade de fusão e criação que se manifesta em função e por meio de tal encontro (CECÍLIO, 2009). Sua ocorrência tem potencialidade de efetivar balizas assumidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com destaque à integralidade e humanização. Essas requerem abordagem ampliada, acolhimento, vínculo e responsabilização (AYRES, 2011; DUARTE et al., 2013).

Na atualidade, apontam-se limites nas práticas em saúde quanto ao alcance das necessidades de pessoas e suas comunidades, sobretudo frente aos desdobramentos do desenvolvimento científico e tecnológico (CECÍLIO, 2011). Conhecer tais necessidades é condição para que a promoção de um cuidado gere bem-estar, segurança e autonomia (ANÉAS; AYRES, 2011). Nesse sentido, repensar o encontro nas relações de cuidado é premente (CECÍLIO, 2011), especialmente nas agendas de prioridade em Saúde, nas quais estão as gestantes e crianças.

O nascimento no Brasil caracteriza-se por altas taxas de cesarianas (52% dos partos) com repercussões para a morbimortalidade materna e perinatal (MELLER, 2011; BRASIL, 2012a). O Ministério da Saúde tem investido esforços para transformar tal contexto, com destaque para o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Entretanto, as práticas seguem marcadas por lacunas assistenciais, com incipiência nos resultados almejados.

O cuidado na atenção pré-natal necessita ser centrado na usuária e sua família, no estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes, contribuindo, assim, para a saúde, sobretudo para um nascimento saudável, redução da morbimortalidade materna e fetal, autonomia e segurança de decisões ao longo do ciclo gravídico (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

O momento de gerar os filhos no processo de formação de uma família pode ser considerado um exemplo de enfrentamento crítico. Ao longo desse período, que se inicia durante a gestação, ocorre a transformação e a consequente ampliação do sistema conjugal para o parental (FERREIRA et al., 2014).

Neste sentido, as ações em saúde são concebidas enquanto espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que também levam à construção e à reconstrução do conhecimento a partir de um processo de identificação entre os sujeitos envolvidos, durante o processo de cuidado em saúde, premissa básica para o empoderamento deles (FERREIRA et al., 2014).

Assim, o período pré-natal é apontado como estratégico para formação do vínculo e empoderamento da mulher (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; MALHEIROS et al., 2012) e, podemos afirmar também, de sua família. A proximidade estabelecida nessa fase, entre os sujeitos (profissional\serviço de saúde e mulher\família) envolvidos no cuidado em saúde pode ter repercussões longitudinais positivas, com extensão ao período do parto/nascimento, puerpério e primeira infância (WERNET et al., 2016).

Os profissionais de saúde devem empenhar-se em acolher a gestante e sua família, buscando o cuidado integral posto nas políticas de saúde da mulher (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004). Na atenção pré-natal, visa-se a resolubilidade das ações e o acolhimento das demandas. Contudo, o cuidado pré-natal prevalece centrado nas queixas físicas, comprometendo sua qualidade, em especial por esvair-se de diálogo (SILVA et al., 2012, p.992).

Vale ressaltar a importância do diálogo como parte do tratamento e o significado da comunicação que se cria entre profissionais de saúde e usuárias. É necessário que os profissionais saibam ouvir, sobretudo, porque a usuária quer relatar suas experiências baseadas na sua visão de mundo. Ao permitir que a usuária manifeste opiniões e sentimentos, o profissional desenvolve uma base comum para estabelecer um vínculo e consolidar a colaboração no que concerne às suas orientações. [...] o diálogo é a condição primordial para estabelecer o cuidado humanizado, sendo necessário para que as barreiras de comunicação e os ruídos dialógicos entre profissionais e usuárias sejam superados. (SILVA et al., 2012, p.642).

Na Atenção Primária em Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo direcionador das práticas assistenciais em saúde neste âmbito, tem

como preceitos de suas práticas a humanização e integralidade do cuidado, as quais requerem abordagem ampliada, com adoção do acolhimento, vínculo e responsabilização (BRASIL, 2012b). Volta-se a atender às necessidades de pessoas e suas comunidades por meio do cuidado.

A proximidade que a equipe da ESF pode ter com seus usuários é propícia ao diálogo, constituindo-se em potencialidade de promoção de saúde. Isso se deve ao fato de existir um contexto profícuo à criação de um espaço de entendimento de si e do outro acerca de algo (objeto colocado à compreensão) (GADAMER, 2011; WALKER, 2011), no caso, a saúde.

Neste estudo, o diálogo é concebido como modos de conversação que favorecem a construção de relações dialógicas e responsivas, criando, assim, possibilidades de transformação (GUANAES-LORENZ, 2013). É nele e por meio dele que ocorrem o contato e a transformação com entendimentos e práticas (FURASI, 2011).

Assim, entende-se que o diálogo no pré-natal, parto/nascimento, puerpério, puericultura, oportuniza conversas sobre expectativas, medos e ansiedades em relação à gestação (THIENGO et al., 2011), parto (PIMENTA; HESSEL; STUMM, 2013), puerpério e cuidado à criança (FLORES et al., 2013) com potencial de contribuições para a saúde, segurança e autonomia de pessoas e suas comunidades.

Ocorre que as práticas dos profissionais, de equipes da ESF, são descritas como normativas centradas em protocolos rígidos da clínica, com foco nos resultados (VASCONCELOS et al., 2009; SILVA et al., 2009), o que denota serem esvaziados de diálogos para acessar as particularidades do cotidiano do cuidado, das famílias e de suas crianças. Esses dados sugerem problemas no que diz respeito à aliança com a família para apoiá-la em suas demandas e corresponsabilizá-la com a promoção da saúde.

Ações educativas no pré-natal são importantes para a promoção da saúde e têm sido integradas à assistência desde a década de 1980 (SILVA et al., 2015). Com intuito de promover diálogo e troca de experiências, ressalta-se, entre as possibilidades, o uso de discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas (BRASIL, 2012b).

2.2. AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: JUSTIFICATIVAS, CONTRIBUIÇÕES E LIMITES

Gestação, parto e puerpério são eventos do período reprodutivo da vida da mulher que abarcam mudanças de ordem física, emocional, econômica e social para ela e sua família (NEVES et al., 2013; WILD et al., 2015). Tais eventos envolvem o manejo de novas demandas cotidianas (CREMONESE et al., 2012; NEVES et al., 2013), que precisam ser consideradas e acolhidas na assistência a cada mulher e família, com atenção à unicidade dessas. Ou seja, lembrar que cada mulher e família são únicas, possuem sua própria cultura, traduzidas por meio de suas vivências, medos, dúvidas, crenças e expectativas (LÍBERA et al., 2011).

Nesse processo, independentemente das circunstâncias pessoais, familiares e sociais que envolvem a mulher grávida, está posta a necessidade do compartilhar histórias e percepções para que o acolhimento possa ser planejado e efetivado (HOGA; REBERTE, 2007). Tais considerações remetem à assistência pré-natal de qualidade, entendida como importante na redução da mortalidade materna e perinatal (BARRETO et al., 2013), bem como no processo da parentalidade (WERNET et al., 2016). Dessa forma, tal atenção deve incluir os processos fisiológicos da gestação, mas também oferecer apoio e acolhimento à experiência de gestar, parir e exercer a parentalidade, quando trocas de conhecimento, percepções e experiências evidenciam-se como de contribuição (NEVES et al., 2013).

A assistência pré-natal de qualidade intenciona uma vivência positiva da gestação, parto e puerpério, o que perpassa, sobretudo, fatores ansiogênicos e mitos (WILD et al., 2015). Volta-se a empoderar a gestante para que ela seja ativa e processe sua autonomia (HOGA; REBERTE, 2007), com recomendação de ser iniciada precocemente durante o pré-natal (ALVES et al., 2013). Enfatiza-se, também, a centralidade do vínculo com o profissional em serviço, o qual contribui com um maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde e uma percepção mais consciente do lugar do autocuidado e das suas escolhas nesse processo (LÍBERA et al., 2011).

Neste sentido, atrelado ainda à qualidade do pré-natal, o Ministério da Saúde aponta a ação educativa como uma excelente forma de assistir a gestante e promover saúde (BRASIL,2002). Ações educativas nas distintas temáticas que se desdobram da gestação, parto e puerpério devem ser desenvolvidas ao longo de todo o pré-natal, seja no formato de grupos de gestantes, em grupos de sala de espera, intervenções individuais e coletivas nas campanhas de vacinação, na consulta individual de cada profissional, entre outras (FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

O grupo de gestantes pode ser entendido, especificamente, como um microambiente dinâmico que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele ocorrem (DELFINO et al., 2004). De maneira geral, esses grupos são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência das mulheres aos hábitos considerados mais adequados e diminuir ansiedades e medos relativos ao período gravídico-puerperal (HOGA; REBERTE, 2007). Alguns autores destacam que tal estratégia educativa, sobretudo quando estruturada em processos ativos, possibilita à mulher conhecer o seu corpo e desenvolver segurança e tranquilidade no gestar, parir e parentar (ALVES et al., 2013).

Inúmeras são as contribuições apontadas na literatura derivadas da participação em grupos de gestantes: (1) oportuniza espaço para a troca de experiências (FRANCO, 2012; NEVES et al., 2013) e para a colocação de problemas, preocupações e medos(SARTORI; VAN DER SAND, 2006; HOGA; REBERTE, 2007; FRANCO, 2012; CREMONESE et al, 2012;ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014;NEVES et a.l, 2013); (2) promove reflexão individual e coletiva sobre tais colocações (SARTORI; VAN DER SAND, 2006, HOGA; REBERTE, 2007; FRANCO, 2012); (3) reduz sensação de medo, ansiedade e inexperiência que afeta muitas mulheres (HOGA; REBERTE, 2007; CREMONESE et al., 2012,ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014;NEVES et al., 2013); (4) efetiva espaço para compartilhar afetos e socialização de saberes técnico-científico e popular (FRANCO, 2012); (5) efetiva-se como espaço de aprendizagem (SARTORI; VAN DER SAND, 2006; SANTOS; PENNA, 2009; ZAMPIERI et al., 2010; CREMONESE et al., 2012;ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014;LATHHTROP, 2013); (6) dá conhecimento dos direitos típicos ao ciclo gravídico puerperal ou mesmo gerais de cidadã

(DELFINO et al., 2004; ZAMPIERI et al., 2010; LATHTROP, 2013); (7) amplia interesse e comprometimento sobre a criança e seu cuidado (DELFINO et al., 2004; ZAMPIERI et al., 2010); (8) contribui à inserção e a participação do pai no processo (ZAMPIERI et al., 2010); (9) promove a disseminação de conhecimentos relativos à gestação, parto e puerpério (DELFINO et al., 2004; ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014, LATHTROP, 2013); (10) estreita laços e vínculo com os profissionais e serviço (NEVES et al., 2013); (11) prepara a mulher para a vivência do parto (ZAMPIERI et al., 2010; CREMONESE et al., 2012); enfim, (12) empodera e amplia autonomia naqueles que dele participam (ZAMPIERI et al., 2010; ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014; NEVES et al., 2013; LATHTROP, 2013).

Detalhando um pouco o exposto no parágrafo anterior, Neves et al. (2013) apontam que o fato de estar em contato com outras gestantes e a possibilidade de compartilhar experiências no grupo mostrou exercer um papel tranquilizador, especialmente por permitir identificação das situações típicas do processo. Tal achado vai ao encontro dos resultados de Hoga, Reberte (2007), quando destacam que o grupo promove, aos participantes, perceberem que as experiências pessoais e os principais questionamentos em relação ao momento vivido são comuns à maioria deles. Além disso, as trocas de experiências e percepções contribuem para os participantes do grupo elaborar e (re)significar a si enquanto pais e mães (SARTORI; VAN DER SAND, 2004).

No que se relaciona ao grupo enquanto ambiente de aprendizagem, destacam-se serem ensinamentos não contemplados nas consultas individuais de pré-natal (SARTORI; VAN DER SAND, 2004) e que favorecem escolhas conscientes e autônomas (SANTOS; PENNA, 2009), sustentadas na cidadania e conhecimento sobre direitos relacionados à gestação, parto, puerpério e direitos reprodutivos e sexuais (ZAMPERI et al., 2010). Enfatiza-se ser comum o desconhecimento das gestantes sobre seus direitos e que a gestante, ciente de seu direito, passa a multiplicadora de tal informação (DELFINO et al., 2004).

Ainda na direção do parágrafo anterior, a mulher vivencia aquisição informacional e autoconhecimento (principalmente quanto às alterações gestacionais), com redução de complicações gravídico-puerperais e de sentimentos negativos (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014). Há ainda evidências de influência positiva na prática de amamentação e no ganho de peso materno (LATHTROP,

2013). Os grupos propiciam menor probabilidade de atendimento inadequado, além de maior satisfação e assiduidade por parte da mulher (LATHROP, 2013).

Os achados de Delfino et al. (2004) trazem a ampliação da comunicação e elo entre mãe/pai e o bebê desde a gestação, com desdobramentos ao estabelecimento do vínculo e apego e, portanto à parentalidade e estruturação da nova família. Nessa mesma direção, a discussão e reflexão grupal sobre a paternidade e a maternidade, ampliam conhecimentos e percepções sobre tais papéis, estimulando a inserção e a participação do pai no processo (ZAMPIERI et al., 2010).

Além dos apontamentos acima, o grupo estreita vínculo com os profissionais da assistência e atua como facilitador na detecção de problemas, possibilitando a realização de práticas e intervenções congruentes e adequadas por parte da equipe que assiste às mulheres (NEVES et al., 2013).

No que concerne à compreensão do processo, gestantes e acompanhantes reforçam que o grupo ajudou a aproximar e concretizar situações abstratas e distantes, como o pós-parto, os cuidados com a mãe e com o recém-nascido e a prática do aleitamento materno (ZAMPIERI et al., 2010). Ter conhecimento das situações futuras da gestação e mesmo daquilo que ocorrerá durante e após a gravidez traz bem-estar e tranquilidade às grávidas e sua família (CREMONESE et al., 2012).

A participação em grupos de gestantes para a experiência do parto também está presente enquanto contribuição. No estudo de Neves et al.(2013), encontrou-se que conhecer o processo pelo qual passará o corpo da mulher, além de ter contato prévio com os profissionais e as possibilidades de técnicas e posições utilizadas durante o parto, facilitou a forma como as entrevistadas vivenciaram este momento. Em outro estudo, explicitou-se o conforto e segurança na decisão da via de parto (CREMONESE et al., 2012). Na pesquisa de Zampieri et al. (2010), por sua vez, foi ressaltado pelos participantes a importância da preparação para o parto, em especial, o parto normal e humanizado e as reflexões sobre os diferentes tipos de parto. A participação nas ações ou atividades de conscientização corporal, a realização dos exercícios respiratórios e de relaxamento, além da troca de saberes sobre os tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, bem como sinais de trabalho de parto têm sido apontados pelas gestantes como fundamentais no seu preparo para o trabalho de parto (ZAMPIERI et al., 2010).

Em todas as temáticas, compartilhar a ansiedade, o medo, as angústias ao longo das conversas em grupo é acolhedor e atende muitas das necessidades dos participantes (SARTORI; VAN DER SAND, 2004). Isso se deve, sobretudo, ao fato de permitir dialogar sobre mitos e verdades que perpassam o período de gestação, parto e pós-parto e ter conhecimento sobre as formas de participação do companheiro/acompanhante, assim como de outros direitos (ZAMPIERI et al., 2010).

Pode-se identificar, pelo exposto, o grupo como agente de empoderamento e promotor da autonomia, exercendo influência direta nas tomadas de decisões inerentes ao período gravídico-puerperal. Tal aspecto estrutura-se, em especial, na socialização e troca de saberes entre os membros, possibilitando que todos se tornem sujeitos mais ativos, com desdobramentos à autoestima, autoconfiança e autorealização (ZAMPIERI et al., 2010). O grupo fornece subsídios para que a gestante e o acompanhante possam refletir sobre as diversas visões e condutas adotadas no processo de nascer, para que revejam e redirecionem as que julgassem necessário, assumindo, dessa forma, o protagonismo do processo (ZAMPIERI et al., 2010), ou seja, contribui para autonomia e empoderamento da mulher, tanto em relação à gestação e parto, como também para a saúde de forma geral (ZAMPIERI et al., 2010; NEVES et al., 2013).

Apesar dos inúmeros benefícios, os grupos têm limites. No estudo de Hoga e Reberte (2007), as gestantes avaliaram que os conteúdos a serem discutidos não deveriam ser previamente estabelecidos pelos coordenadores, mas vindos da demanda espontânea do grupo, de acordo com a necessidade do próprio grupo.

Efetivar a formação do grupo e a presença nele aparece na literatura como um desafio aos grupos de gestantes (DELFINO et al., 2004; NEVES et al., 2013; SILVA et al., 2015; WILD et al., 2015). Há dificuldade para a busca ativa de gestantes e seus familiares para a formação do grupo por informações incompletas nos prontuários (WILD et al., 2015), bem como pelo fato de muitas mulheres buscarem clínicas particulares para desenvolverem seu pré-natal, fazendo, assim, com que os grupos tenham um número baixo de participantes em potencial (NEVES et al., 2013). Soma-se a isso a incompreensão inicial de alguns companheiros e familiares da importância e justificativa para gestantes participarem assiduamente dos grupos, em especial quando essas gestantes já são mães (DELFINO et al., 2004). Na

concepção deles, elas já possuem o conhecimento necessário sobre os cuidados de saúde (DELFINO et al., 2004).

Hoga e Reberte (2007) afirmam que o nível de escolaridade dos participantes também foi um limite em sua pesquisa, especificamente ao considerarem colocações não apropriadas ao contexto, o que foi avaliado como reflexo das diferenças no nível de escolaridade dos participantes (HOGA; REBERTE, 2007).

Pelo exposto, identifica-se nos grupos de gestantes ferramentas de extrema importância para um pré-natal de qualidade. Salienta-se que as mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações durante a assistência pré-natal, quando ações educativas efetivam-se como um recurso (ALVES et al., 2013). Dessa forma, abordar as vantagens e as dificuldades que podem ocorrer durante a gestação, considerando os conhecimentos prévios e as expectativas das gestantes, os seus sentimentos, pode levá-las a se sentirem mais seguras para superar as possíveis adversidades do período gestacional (FRIGO et al., 2012) e posterior a ele.

2.3. PRÉ-NATAL, MATERNIDADE, PARENTALIDADE E REDE SOCIAL

A parentalidade refere-se à “*dimensão de processo e de construção no exercício da relação dos pais com os filhos*” (ZORNIG, 2010, p. 454). Ela traz consigo a necessidade da família redefinir papéis e tarefas, a partir de um processo dinâmico de reajustamento e reorganização do sistema familiar, tanto em seu ambiente interno, quanto nas suas relações exteriores (RELVAS, 2004). Ela exige adaptação e manejo constante de sentimentos, comportamentos e preocupações, na medida em que os filhos se desenvolvem (SOARES, 2008). Portanto, requer revisão contínua de demandas (HOLMES; SASAKI, 2013), quando ajustes afetivos, comportamentais e sociais de tornar-se mãe ou pai são exigidos (Brasil, 2010 – Política Nacional de Atenção à Primeira Infância). A maneira como a mulher e, podemos acrescentar, o homem e família, percebem e enfrentam as transformações advindas com a gestação é importante para a própria gravidez e processo parental (PICCININI; GOMES; NARDI; LOPES, 2008).

Apoiar o processo da parentalidade tem desdobramentos positivos à própria gestação, aos desafios cotidianos advindos à família e casal com a presença da criança (OLIVEIRA; DESSEN, 2012) e ao desenvolvimento infantil, estando entre recomendações de ações estratégicas na promoção da saúde da criança, devendo integrar as ações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012b). É preciso reconhecer as condições de saúde das famílias, os espaços de vida e cuidado e os recursos disponíveis que contribuem para a prática de cuidado integral à saúde da criança (ALEXANDRE; LABRONICI; MAFTUM; MAZZA, 2012), especificamente na ESF, por ter a família e seu espaço da vida como foco das práticas (ALEXANDRE; LABRONICI; MAFTUM; MAZZA, 2012).

No pré-natal, é comum a sensibilização dos pais à parentalidade, sendo estratégica a exploração de tal temática. Neste sentido, podem-se explorar crenças, prospecções do exercício do papel parental, medos, sentimento de culpa, ansiedade ou outros elementos (WENET, et al., 2016).

No contexto da parentalidade, o apoio familiar e social é imprescindível (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Intervenções direcionadas ao apoio social permitem às famílias potencializarem seus recursos com desdobramentos ao processo da parentalidade (WERNET et al., 2016), com diminuição da ocorrência de eventos estressantes (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

Assim, o processo da parentalidade tem articulação com a rede e apoio social. Os conceitos de rede e apoio social estão interligados, mas possuem diferenças entre si. Rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional associada à pessoa, ou seja, refere-se a pessoas, estruturas e instituições sociais com as quais se mantém vínculos. O apoio social possui uma dimensão mais individual, sendo constituído pelos membros da rede social efetivamente importantes para a pessoa (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; SANCHEZ et al., 2010) seja em termos informativos ou de recursos fornecidos. A rede de apoio social atua desde o período pré-concepcional até o pós-parto com ajudas diversificadas, como suporte material e financeiro, auxílio com tarefas cotidianas, oferta de informações e apoio emocional (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

Mulheres gestantes e com crianças de até seis meses de idade mencionam que identificaram mudanças no convívio e contato social em termos de maior presença dos familiares em seus domicílios, e dificuldades para manter uma vida

social fora do lar em relação ao período prévio à gestação (OLIVEIRA; DESSEN, 2012). Contudo, essas mesmas mulheres sentem aumento da atenção e do carinho recebido pelos familiares, em especial companheiro e avós, considerando tal aspecto positivo e de contribuição (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

O apoio social envolve interações e mutualidade e consoma-se com a concretização de benefícios advindos deste processo (SANCHEZ et al., 2010). Ele emerge dos vínculos sociais, com potencialidades ou limites para ajuda e resolutividade de situações cotidianas de vida. Oliveira e Dessen (2012) sugerem, com seus resultados, a tendência da mulher gestante e com filhos lactentes a sofrer as consequências de um relativo isolamento social, recomendando investimentos na manutenção e ampliação do apoio social com vistas à qualidade de vida.

Neste sentido, o presente estudo se articula com o desenvolvimento de encontros de diálogo (ED) com gestantes ao longo do período pré-natal, buscando contribuir com evidências científicas que reforcem a potência do diálogo no cuidado em saúde, especificamente ao longo do pré-natal e questionando-se sua efetividade em atingir a visibilidade e uso da rede social enquanto apoio ao processo da parentalidade.

Na sua acepção mais habitual, o diálogo é uma modalidade do discurso oral e escrito por meio da qual comunicam entre si duas ou mais pessoas. Trata-se de compartilhar ideias de maneira direta ou indireta. Costuma-se falar do diálogo como troca de ideias com as quais se aceitam os pensamentos do interlocutor e os participantes estão dispostos a mudar seus pontos de vista.

O encontro de diálogo é compreendido como o momento em que as gestantes em um ambiente acolhedor, de respeito ao ponto de vista do outro e livre de imposições de ideia põem-se a conversar trazendo sua historicidade e tradição, discorrendo sobre suas experiências/vivências. Nesse movimento, as gestantes e equipe de saúde devem estar abertos para ouvir, refletir e buscar compreensão do dito, com abertura à fusão de horizontes, movimento que leva à ampliação e transformação da perspectiva de todos os envolvidos.

Assim, nosso pressuposto é de que a oportunidade de dialogar, ao longo do pré-natal, contribui com as demandas inerentes ao processo da parentalidade e tem desdobramentos no uso da rede social. A pergunta que orienta o estudo é “Como os

diálogos no pré-natal podem contribuir com a maternidade e quais desdobramentos têm para a visibilidade e uso da rede social enquanto recurso à parentalidade?”.



3. OBJETIVO GERAL

Compreender a influência dos encontros de diálogo (ED) ao longo do período pré-natal no processo da parentalidade, com atenção ao uso da rede social.



4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Frente ao objetivo do estudo, a hermenêutica filosófica (HF) de Gadamer, revelou-se como um referencial teórico possível e aqui adotado. Isto se deve, sobretudo, à valorização do diálogo como *lócus* onde ocorre o entendimento de si e do outro sobre alguma coisa (GADAMER, 2014; FUSARI, 2011). No referencial teórico aludido, vivenciam-se esforços de entendimento sustentados por processos interpretativos com vistas ao sentido (FUSARI, 2011), fato presente nos ED, intervenção que sustenta a proposta deste estudo.

Gadamer aponta estar o entendimento na dependência do conhecimento de si e do outro (FUSARI, 2011). Nessa relação, há o diálogo como estrutura triangular, pois necessita da interação de dois sujeitos em relação a um dado fenômeno (FUSARI, 2011), quando a linguagem revela-se como horizonte determinante à compreensão (GADAMER, 2014; FUSARI, 2011), sendo nela que se descobre o(s) fenômeno(s) e se confere sentido a ele(s). A linguagem é a voz do ser no processo existencial-ontológico e histórico-hermenêutico da existência (FUSARI, 2011). É na linguagem que se dá a “clareira do ser”, que se manifesta a “compreensão do ser” e a “voz do ser” (LAWN, 2007).

A linguagem remete ao conceito gadameriano de tradição, que deriva da palavra latina *tradere*, a qual significa “passar adiante”, ao que é transmitido de geração para geração. Ela tem como característica ser um elo que sustenta, representa e une, contudo, não de forma repetitiva, mas em constante processo de reelaboração, reprocessamento e reinterpretação (WALKER, 2011). Assim, a tradição é dinâmica, afeta o presente e o futuro, e constitui-se em uma força vital (LAWN, 2007; FUSARI, 2011; GADAMER, 2011, 2014). Ela abarca elementos típicos de um fenômeno, antecipados e/ou apreendidos na relação com o outro, determinantes de sentido e mobilizadas no processo de entendimento.

O entendimento é sempre fusão de horizontes, processo que acontece com, entre e dentro da tradição (GADAMER, 2014). Está circunscrito na historicidade dos envolvidos e engloba o contato de horizontes individuais, suas diacronias e sincronias (FUSARI, 2011). As tensões geradas no diálogo permitirão a produção de compreensões (LAWN, 2007). Gadamer afirma que tudo tem seu próprio horizonte de significados/sentidos e a interpretação está situada dentro do horizonte mútuo

dos interpretes e do que é interpretado, com desdobramentos a “novas” compreensões (GADAMER, 2014).

O horizonte é compreendido como tudo o que a visão alcança (FUSARI, 2011), o qual, ao fundir-se com outro horizonte, transforma compreensões daqueles que estão em interação. Isto se deve ao fato de propiciar ambiente para o processamento de compreensões prévias, sobretudo por meio de estranhamentos e questionamentos acerca do horizonte seu e do outro em apresentação (FUSARI, 2011; GADAMER, 2014). Ou seja, é no horizonte hermenêutico da interrogação que o entendimento pode se dar, e está na dependência das perguntas que se colocam, evocada pela fusão dos horizontes(GADAMER, 2014). O entendimento garante e mantém o envolvimento dos interpretes.

O diálogo entre horizontes é condição para o entendimento, e está na dependência da abertura ao outro, para que, por meio da linguagem e historicidade, ocorram estranhamentos que sejam fecundos e condutores da superação dos horizontes individuais(GADAMER, 2014). Carece-se de uma disposição para entender um com o outro, tornar-se mutuamente compreensível, quando colocar-se em jogo é premente à compreensão prévia. Assim, ter conhecimento de sua própria compreensão prévia desponta-se como condição para entendimento e interpretação. A compreensão prévia é acesso ao entendimento (FUSARI, 2011; GADAMER, 2014), desde que permeada de dialética entre a compreensão prévia e compreensão, em um processo que progride circularmente (FUSARI, 2011). Essa nova compreensão configura-se, agora, como prévia e, em um próximo diálogo, poderá se abrir para outra compreensão, sucessivamente, em um contínuo. Assim, ocorrendo a fusão dos horizontes, o horizonte de cada um dos envolvidos no processo tende a ser ampliado diante da compreensão do outro(GADAMER, 2014).

Pelo exposto, percebe-se que o entendimento hermenêutico é dialógico e interativo, no qual o círculo hermenêutico é a projeção interpretativa da existência sobre o mundo na forma de projetos individuais, das atividades e da pré-estrutura de fundo que informa os projetos e está em constante movimento com eles(GADAMER, 2011). “A dinâmica circular entre a parte e o todo se transforma numa maneira de descrever a estrutura do entendimento humano diário” (LAWN, 2007). Identifica-se que o significado/sentido é relativo ao contexto e, portanto, redefinido em relação a esse, que é sempre mutável (FUSARI, 2011). Assim, a experiência, o pensamento e

a linguagem são hermenêuticos porque envolvem uma dinâmica constante entre as compreensões prévias (FUSARI, 2011). Desse modo, a historicidade integra o entendimento por imprimir constância no presente do passado, conectando presente e futuro (GADAMER, 2011; FUSARI, 2011).

A experiência de sentido é sempre limitada, mas nunca fechada (GADAMER, 2011). É pela mediação inter-humana pessoal e social que se alargará e enriquecerá o horizonte pessoal e do mundo (LAWN, 2007). “A” verdade não existe, dado o fato de ela ser interpretação e de que toda interpretação é histórica e, assim, sempre relativizada (LAWN, 2007).

A partir desse entendimento, e apoiada em outros pesquisadores (GEANELLOS, 2005; WOOD; GIDDINGS, 2005; LAWN, 2007) que desenvolveram estudos apoiados na HF, foi possível estabelecer a operacionalização deste estudo.

Em primeira instância, busquei a consciência de minha compreensão prévia do fenômeno que buscava compreender. Considero objeto de estudo “o impacto do diálogo no cuidado à criança com ênfase na parentalidade e no uso da rede social”. Assim, no processo de acessar minha compreensão prévia, perpassei por questionamentos que continham o diálogo, a rede social, o cuidado parental e o pré-natal como elementos. Como resultado desse processo, apresento a seguir minha compreensão prévia, com a qual acredito que iniciei a busca por fusões de horizontes com vistas ao entendimento do “Como os ED influenciam na parentalidade? E o uso da rede social, nesse contexto?”

4.2. COMPREENSÃO PRÉVIA

Refletindo sobre as questões acima, acredito que o diálogo ao longo do pré-natal permite que ocorram encontros da mulher gestante consigo e com outros (outras mulheres, profissionais inseridos no serviço e comunidade, por meio do que é trazido por ela e pelos seus pares no espaço do diálogo). Neste sentido, os encontros acessam seu passado e presente, o que propicia a troca de experiências, consolida alguns saberes e refuta outros, sobretudo por promover questionamentos de aspectos tidos como grandes verdades. Assim, eles contribuem para o cuidado de si durante o período pré-natal, parto e puerpério, bem como para o cuidado do filho e para sua saúde enquanto mulher.

O período gestacional é momento favorável para que a equipe fortaleça o vínculo com a mulher e a família, de forma que essa amplie sua rede social com os serviços de saúde na pessoa daqueles que integram o serviço. Além disso, a equipe entra em contato com mulheres que estão vivenciando o mesmo período, promovendo trocas de experiências e ampliação de sua rede social na figura delas, por vezes, já conhecidas. Portanto, o diálogo no período gestacional oportuniza que as gestantes conversem sobre temas relativos à gestação, ao parto, ao puerpério e ao cuidado dos filhos, o que amplia seus horizontes. Esse movimento acende o reconhecimento de suas capacidades e habilidades para o cuidado de seu filho e influencia positivamente para o exercício desse cuidado.

Portanto, tal entendimento considera o pressuposto já sinalizado segundo o qual dialogar ao longo do pré-natal promove ampliação da rede social ao inserir outras mulheres e profissionais, bem como amplia e fortalece vínculos na sua comunidade, processo que possui desdobramentos positivos no tocante à parentalidade.

4.3.REFERENCIAL METODOLÓGICO

Frente ao objetivo do estudo, a pesquisa qualitativa desvelou-se como adequada, uma vez que permite olhar para os fenômenos e buscar compreendê-los a partir do local onde ocorrem (CHIZZOTTI, 2013), com valorização das experiências dos sujeitos, sua subjetividade (MINAYO, 2012).

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

A fim de cumprir os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), o presente estudo foi submetido à apreciação e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob o parecer de número 957.814 e CAAE 41721415.9.0000.5504.

Todos os aspectos éticos da resolução acima destacada foram seguidos e respeitados, especialmente o que versa sobre a participação voluntária, oficializada na pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No intuito de manter o anonimato das participantes deste estudo, optou-se pelo uso de um nome fantasia que as representasse e, assim, foram codificadas com o nome escolhido por elas. As pessoas citadas nas falas das mulheres tiveram seus nomes suprimidos e mantido apenas suas iniciais.

As mulheres participantes dos encontros de diálogos potenciais ao estudo eram as que atendessem aos critérios de inclusão: (1) ter integrado no mínimo três encontros de diálogos; (2) ter parido na cidade elencada ao estudo, no caso São Carlos/SP; (3) ser maior de dezoito anos ou emancipada. E, como critério de exclusão: (1) ter alguma limitação que inviabilize engajar-se em um diálogo.

Segundo o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2008), Artigo quinto, parágrafo único, inciso II, é considerado emancipado, quando cessar a incapacidade de menores mediante o casamento.

4.5. LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido junto a uma Unidade de Saúde da Família (USF) em cidade do interior paulista, localizada em área rural. A opção por esse local esteve atrelada ao apoio desenvolvido, enquanto atividade curricular da Pós-Graduação (disciplinas Capacitação Docente I e II), junto às práticas das disciplinas voltadas à Saúde da Criança e da Mulher do curso de graduação em Enfermagem da UFSCar.

Durante esses dois semestres como apoiadora, algumas situações de vulnerabilidades foram observadas, entre elas, destaco (1) a dificuldade de acesso da população, relacionadas à distância de sua moradia até a USF; (2) a maternidade; (3) e outros equipamentos sociais integrantes da Rede de Atenção à Saúde; (4) dificuldade de deslocamento por meio de transportes públicos (apenas uma linha de ônibus serve a região e os moradores de áreas mais distantes da USF, mas adscritos a ela, contam com o ônibus escolar rural como fonte de transporte até

a USF e, de lá para a cidade, com espera de uma a uma hora e meia); (5) baixa remuneração e baixa oferta de trabalho, principalmente para os mais jovens e (6) condições precárias de moradia, relacionadas à estrutura da residência, à higiene e ao manejo de criações próximo à casa, além de manejo da água de consumo e fossa asséptica. Tais percepções contribuíram para um processo de solidarizar-me com o vivido por aquela população e equipe de saúde e, paralelamente, um interesse em compreender melhor o que passavam na busca da promoção de saúde. Instaurou-se um processo reflexivo em mim que se constitui em condição profícua para intersubjetividades. Além disso, percebia um crescente vínculo entre os profissionais da referida USF e mim.

Dentre diversas questões derivadas de compartilhar do contexto do distrito na busca por saúde, uma delas foi a incipiência de ações educativas longitudinais junto às gestantes e suas famílias, com vistas a um acompanhamento mais próximo, responsivo às especificidades de cada sujeito como posto nas recomendações do Ministério da Saúde a um pré-natal de qualidade (BRASIL,2012d). Levei tal percepção às orientações e, a partir disso, nasceu o projeto deste estudo, vinculado à proposta de desenvolvimento de “Encontros de Diálogos (ED)” com as gestantes e suas famílias.

Cabe destacar, ainda, que a cidade de localização da USF elencada ao estudo possui uma população de 221.950 habitantes e taxa de nascidos vivos de 2.831(DATASUS, 2010). A Atenção Primária de Saúde (APS) está organizada a partir de cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES), e em cada uma das regionais há uma média de quatro equipes de saúde da família. A APS é desenvolvida a partir de Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Básicas de Saúde (UBS) e há, na cidade, duas USF localizadas em área rural, sendo uma delas a elencada para este estudo.

O distrito rural de localização da USF do estudo possui aproximadamente 3.296 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (IBGE, 2010). Conta, além da USF, com os seguintes equipamentos sociais: uma subprefeitura, uma creche, uma Escola de Ensino Fundamental, uma biblioteca e duas igrejas. A população residente nele tem como principal fonte de renda empregos como mão de obra braçal em fazendas de pecuária bovina ou lavouras, em casas de família enquanto domésticas, e no comércio na cidade. Algumas delas praticam agricultura familiar.

A equipe da unidade escolhida para o estudo é composta por dois médicos (um concursado e um vinculado ao Programa - Mais Médicos), uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, e seis agentes comunitários de saúde, com adscrição de 905 famílias no ano de 2014, segundo registros obtidos na própria USF.

No município em que se localiza tal unidade, em termos de equipamentos de saúde podemos destacar:

- Em ambulatorial, no que tange à atenção à Saúde da Mulher e da Criança, destacam-se 3 ambulatórios: um que acolhe e cuida dos bebês de alto risco (prematuros, de baixo peso ao nascer e com anomalias congênitas) logo após receberem alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e os acompanha até completarem dois anos de idade; outro que atende as gestantes de risco do SUS e o último, voltado à assistência de saúde na situação de doenças transmissíveis e de curso crônico (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2006);

- Em âmbito hospitalar, três maternidades, todas com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), das quais apenas uma, de caráter filantrópico, atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

4.6. TIPO DE ESTUDO, PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

Este estudo, segundo seus objetivos, é classificado como pesquisa exploratória, pois busca maior familiaridade com o problema de estudo (GIL, 2010), ao indagar se *participar de ED ao longo do pré-natal traz repercussões para a vivência da parentalidade*.

No intuito de ampliar a compreensão do desenvolvido no estudo, detalha-se abaixo o processo experienciado no curso do estudo.

4.6.1 ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO

A proposta de desenvolver ED e atrelar um estudo a tal intervenção foi apresentada em reunião de equipe da USF, e contou com aprovação unânime. Assim, pactuou-se que no momento de abertura de pré-natal, com o cadastramento das gestantes no sistema SisPreNatal *web*, a equipe de saúde realizaria o convite para integração da gestante ao ED, esclarecendo que tal participação era voluntária, que estava atrelada a um estudo e que a não adesão não afetava o acompanhamento pré-natal realizado na USF. Ou seja, explicitava-se a liberdade de escolha para a gestante participar ou não. Assim, um primeiro grupo de mulheres e familiares se constituiu e foi se mantendo com a entrada de novas gestantes e saída das que pariam, em um processo contínuo.

4.6.2 DINÂMICA DOS ENCONTROS DE DIÁLOGO

A proposta dos ED era a efetivação de um espaço de intervenção educativa pautada no diálogo e no acolhimento, junto às mulheres gestantes e seus familiares. Assim, o ED possuía dinâmica própria e acontecia da seguinte forma:

- Na abertura de cada ED, eu me apresentava como mediadora do processo coletivo que seria ali vivenciado e esclarecia que o ED era uma intervenção educativa que se atrelava a um estudo, porém frisava que participar dele (ED) não era condição *sine qua non* de integração ao estudo. A seguir, apresentava o espaço dos ED como lugar de conversas sobre temas de interesse delas (gestantes) e que seriam elas quem trariam as novas temáticas a cada novo encontro.

- O processo de mediação esteve sustentado por atitude pautada na hermenêutica filosófica, com esforços de compreensão das concepções trazidas inicialmente aos ED, promoção da veiculação dos entendimentos ali presentes por meio de estímulo à narrativa, formulação de questionamentos, promoção de reflexões, compartilhamento de experiências, na intenção de mobilizar estes saberes e práticas, tendo tal processo um desdobramento para essas mesmas concepções e práticas. Tratou-se de movimento contínuo a fim de promover a entrada no círculo hermenêutico e produzir novas concepções úteis ao viver.

- O ED tinha um acordo prévio com as gestantes e familiares quanto ao seu tempo de duração, cerca de uma hora, de forma que a duração ficou entre quarenta

e cinco minutos a uma hora e vinte minutos. Sempre, ao término do encontro, as gestantes elegiam a temática do próximo encontro, contudo, apesar disso, não era incomum a mesma ser transformada no dia do ED, fruto das inquietações vivenciadas durante a semana, tornando a abertura plena e possível.

Os ED aconteceram entre outubro de 2014 a agosto de 2015, a cada 15 dias, às segundas-feiras, coincidentes com o dia da consulta pré-natal (aspecto sugerido e pactuado com a equipe da USF), com a intenção de atrelar à agenda da USF e favorecer um maior número de gestantes participantes. Ocorreram vinte e três encontros ao longo desse período, com a participação total de vinte e quatro mulheres, sendo que dez delas participaram apenas uma vez, quatro participaram duas vezes, e outras dez conseguiram participar de mais de três encontros. Dessas dez mulheres, uma deixou de realizar o pré-natal e comparecer aos encontros na USF, devido à mudança de domicílio para outra cidade, e duas recusaram a participação no estudo. Assim, esse estudo foi realizado com sete mulheres. Destaca-se, contudo, que três participantes retornaram, por iniciativa própria, ao ED, no período puerperal tardio, com a intenção de compartilhar suas experiências do parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

As temáticas que emergiram nos ED foram aleitamento materno (3), tipos de parto com ênfase no parto natural (2), nascimento prematuro (1), rede e apoio social (2), cuidados com o recém-nascido (4), gestação (2), alterações fisiológicas da gestação (3), data provável do parto e trabalho de parto (3), ansiedade e expectativas relacionadas ao parto e o bem estar do filho (3), sinais de aborto e acolhimento pelo grupo a gestante (1), mitos e verdades sobre a gestação (1), reconhecendo-se como mulher e gestante (1) e alimentação na primeira infância (1). A cada encontro, o número de participantes variou entre uma e sete mulheres.

É possível observar que algumas temáticas foram veiculadas em diferentes encontros, ao longo de onze meses, isso explica o número total de temas, contando as repetições (27), que difere do número de encontros (23). Em alguns encontros, somente uma das gestantes compareceu e, em outro encontro, nenhuma gestante compareceu.

Ao buscar resposta para esses eventos, debruçei-me sobre as anotações do diário de campo, o livro de registros de gestantes e a agenda de consultas pré-natal da USF. A partir desses registros, foi possível constatar o número reduzido de gestantes ao longo dos 11 meses, bem como mudanças do horário das consultas de pré-natal.

4.7. MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A escolha do método a ser utilizado em um estudo é fundamental e atrela-se ao objeto de estudo (MINAYO, p.187-188, 2006) que, em nosso caso, foi “O ED e suas repercussões para a maternidade”. Com o objeto posto, foi necessária a definição do instrumento de pesquisa que mediasse o marco teórico-metodológico e a realidade empírica. (MINAYO, p.190, 2006). Assim, a entrevista aberta e em profundidade foi a escolha para acessar a perspectiva dos participantes do estudo.

A entrevista caracteriza-se por uma conversa a dois, parte da iniciativa do pesquisador, visa construir informações e abordar temas pertinentes ao objeto. E, em estudos pautados na hermenêutica, busca a fusão de horizontes entre participante e pesquisador (MINAYO, 2012). Seu desenvolvimento deve possibilitar ao pesquisador acesso a elementos subjetivos integrantes da reflexão do próprio indivíduo sobre a vivência colocada em diálogo (MINAYO, 2012). Dessa forma, crenças, percepções, opiniões, sentimentos, atos, justificativas conscientes e inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos podem ser revelados (MINAYO, 2012).

De acordo com a classificação proposta por Minayo (2012), a entrevista aberta ou em profundidade se organiza de modo que o participante do estudo, neste caso as mulheres que participaram dos ED, discorram livremente sobre um determinado tema e o pesquisador elabora novos questionamentos na busca de imprimir maior profundidade as reflexões e colocações apresentadas.

4.7.1 COLETA DE DADOS

Com as mulheres que mencionavam, já nos ED desejo para integrar o estudo, foi mantido contato e, dessa forma, todas avisaram, por telefone, que estavam indo para a maternidade e recebiam a visita do pesquisador. Após a alta da maternidade, o contato era mantido via telefone ou buscavam-se por informações sobre a mulher e sua família na USF. Cabe destacar que muitas mulheres me ligavam em busca de orientações relacionadas a esse período de adaptação.

Passados 45 dias do parto, eu revia os critérios de inclusão e exclusão ao estudo e, com aquelas que atendiam aos critérios, era realizado contato prévio através de um membro da ESF, via telefone, solicitando autorização para ida do pesquisador ao domicílio na intenção de realizar o convite e, mediante o aceite e assinatura do TCLE, iniciar o estudo.

É oportuno esclarecer que a escolha de cerca de quarenta e cinco dias após o parto para a realização da entrevista deveu-se ao fato de entender que tal período constituiria um tempo de convivência da mulher com seu filho e os desafios de cuidado dele. Essa primeira ida ao domicílio tinha como objetivo o convite formal para participação no estudo. Assim, apresentou-se a pesquisa, seus objetivos, os aspectos éticos e a forma como os dados seriam coletados. Deixava-se claro a liberdade para a participante e que ela poderia deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe causasse danos. Frente ao aceite, marcava-se dia e hora para a realização da entrevista de acordo com a disponibilidade da gestante. Algumas, três delas, optaram por fazer a entrevista imediatamente.

No dia e horário marcados, tendo a leitura e a assinatura do TCLE, aplicava-se inicialmente um instrumento elaborado por mim com a intenção de registrar dados referentes à identificação e codificação da participante do estudo, ao número de consultas de pré-natal e de ED que participou, aos dados obstétricos, à constituição da rede social e rede social de apoio, às condições de moradia, à escolaridade e à renda familiar (Apêndice B).

Após esse momento, iniciava a entrevista solicitando permissão para a gravação digital da voz para garantir a fidedignidade dos dados e permitir posterior transcrição e transformação do narrado em texto, garantindo-lhe o sigilo. Esse era o momento no qual a mulher escolhia o nome que a representaria no estudo.

Em seguida, apresentava-lhe a proposição “Conte-me sobre a oportunidade de conversar ao longo do pré-natal. Qual foi sua percepção?” À medida que ela descrevia o processo vivenciado, eu, pesquisadora, no intuito de alcançar compreensão densa do exposto, elaborava outras perguntas de forma articulada ao que era exposto, bem como aos objetivos específicos do estudo.

4.7.2 PARTICIPANTES

Neste trabalho, apresento dados coletados com sete mulheres que integraram os encontros de diálogo por, no mínimo, três vezes, que pariram na cidade escolhida para o estudo. Entre elas, uma é emancipada e as demais são maiores de dezoito anos.

Das sete mulheres integrantes do estudo, duas estavam em união estável, quatro eram casadas e uma solteira. A idade variou de 17 a 36 anos. Quanto à escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental II incompleto, uma com ensino fundamental completo e duas com ensino médio completo. Em relação à atividade profissional, duas eram do lar, uma era garçonete, duas eram catadoras de laranja, uma era pequeno agricultor e uma trabalhava em granja. Quanto à renda em salários mínimos vigentes no ano da entrevista (R\$ 724,00), uma não recebia salário, duas recebiam de um a três salários e quatro de três a cinco salários.

Em relação ao parto, duas tiveram parto humanizado, e cinco delas tiveram partos do tipo cesariano. A idade gestacional variou de 38 a 41 semanas. Quanto ao número de filhos, quatro eram secundíparas e três, primíparas.

As consultas de pré-natal variaram de cinco a catorze em relação ao número de participações nos encontros de diálogo, variaram de quatro a seis.

As entrevistas de todas as participantes ocorreram no domicílio por escolha delas e entre 41 a 62 dias após o parto. A duração das entrevistas variou entre 12 e 60 minutos.

Tanto para a obtenção dos dados empíricos, quanto para compreensão e a interpretação desses dados, deu-se valor ao diálogo, seja o diálogo no contato

físico, seja o diálogo com o texto oriundo das transcrições, seguindo a proposta da hermenêutica filosófica gadameriana.



5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para a análise do material, foi feita a transcrição das entrevistas seguida de leituras reiterativas individuais de cada uma delas, no intuito de compreender como cada mulher percebia os ED e a correlação de tal participação com a maternidade. Tais leituras proporcionaram o contato intenso com o material empírico, permitindo aproximação com seu conteúdo. Grifaram-se, ao longo das leituras, trechos que continham conteúdos relacionados ao foco do estudo, sobretudo no que concerne à articulação dos ED com a maternidade, com atenção às menções relativas à rede social e a essa enquanto apoio.

Em um segundo momento analítico, realizou-se a integração dos trechos grifados a partir da similaridade temática. Tal agrupamento compôs um novo material escrito que sofreu novas leituras reiterativas no intuito de entender o sentido presente nos mesmos. Como nos afirma Gadamer (2011), o ato de interpretar é um fenômeno que ocorre quando há envolvimento dialógico e dialético, enquanto ato reflexivo no contexto de produção do fenômeno na busca de sua compreensão. E essa foi nossa atitude diante desse material.

Após as leituras e os movimentos analíticos mencionados nos parágrafos anteriores, sempre ancoradas na análise interpretativa e indutiva, determinaram-se temáticas de composição do fenômeno e, a partir delas, houve a construção de um texto tradutor do entendimento obtido no estudo.

Destaca-se que, ao longo de todo o processo analítico e com vistas ao entendimento, foi desenvolvido um processo constante para articular a parte e o *todo*. Buscou-se ancorar o processo no círculo hermenêutico, quando a incompletude da compreensão está sempre presente e introduz a novas entradas no círculo. Nesse processo, é fundamental que se compreenda o todo a partir de suas partes e essas a partir do todo. Além disso, toda interpretação parte de uma “pré-compreensão” daquilo que se propõe interpretar.



6. RESULTADOS

A análise dos dados demonstrou articulação entre ED e o empoderamento da mulher para a busca de autonomia na parentalidade, sobretudo ao contribuir com certo acolhimento emocional e informacional. A influência dos ED ao longo do período pré-natal no cuidado à criança está exposta a partir dos temas “apoio emocional e reconhecimento de si” e ‘apoio informacional” O ED estimulou um processo de estabelecimento de um “formato” ao parentar, por meio de processos intersubjetivos junto a outras mulheres (incluindo as facilitadoras do ED).

6.1. “APOIO INFORMACIONAL”

O espaço do ED é entendido pelas mulheres como voltado a dar informações verdadeiras e úteis à vivência do ciclo gravídico-puerperal e maternidade. É visto como diferenciado em termos de veracidade e confiabilidade das informações. Contudo, mesmo assim, tais informações e aquelas obtidas no entorno social são concebidas como “produtos” com os quais ela precisa lidar para decidir o quê e como serão incorporadas em sua própria experiência.

Neste sentido, as informações veiculadas no ED ficam nos pensamentos das mulheres e são colocadas ao entendimento em diversos momentos e em distintos contextos sociais. Assim, os momentos das experiências concretas constituem destaque no processamento interno de tais informações, quando se voltam a confirmá-las.

Na confirmação, as mulheres colocam um selo de “verdade” na informação e passam a sentir grande confiança e segurança nas informações, fato que se estende à pessoa que a veiculou. Dessa forma, tais informações são incorporadas e retomadas nas práticas de cuidado ao filho, em especial naquelas que envolvem tomadas de decisão de sua parte. Nesse contexto, as que remetem a algo desconhecido/novo, aspecto comum nos eventos que permeiam o ciclo gravídico puerperal e a parentalidade, são vividas com certa tensão, mas sob o credo na veracidade da informação, como se pode conferir nos trechos a seguir:

[...] ai a bolsa estourou, mas eu não sabia o que era uma bolsa estourada, [...] então eu não sabia, ai começou a correr um líquido, eu me lembrei do que falamos no grupo (refere-se ao ED), [...] que não tinha precisão de correr. Ai eu fui lá, tomei um banho e fui pra Maternidade. Eu (pensa) fiz o que falamos lá (refere-se ao ED) e foi exatamente o que falamos. Fiquei feliz. (REGINA)

[...] eu vou fazer que nem elas (ED) falaram que tem um “álcoolzinho” próprio e passar e resolveu certinho, está tudo certo já com ela [...] eu vou pelo lado mais certo, que é a minha filha que está em jogo. Do álcool mesmo, a gente ouve de tudo para colocar no umbigo. Só que eu vi como ficou bonito o umbigo de (nome do filho de uma mulher de seu em torno social). Ela usou álcool, vocês falaram de álcool, né... (ANITA).

Eu passava o leite, que lá (refere-se ao ED) falava que era pra passar o próprio leite e não era pra passar nada mais, que o leite já cicatrizava né!? O leite materno! Ai eu fui passando foi isso mesmo. Dando de mama assim mesmo, porque mesmo quando ele está rachado assim, se a criança pegar certo, daí ele não dói tanto né, dói se ela continuar pegando errado. E foi acontecendo tudo igual e fui pegando confiança. (ANGELA)

[...] Pensei “nossa nem doeu”, porque eu achei “já pensou aquela coisinha mordendo”, mas não doeu, não fez nada (risos) Graças a Deus não tive nenhum problema, ela pegou super bem, super certo, não dói ela mamando, pegou certinho. Foi de lá [refere-se ao ED] que eu aprendi pra ela pegar certinho, que a gente (todas as mulheres) aprendeu. (JÉSSICA)

O espaço do ED favoreceu a apreciação de informações, tanto as populares (em especial as relativas a crenças e mitos) quanto àquelas denominadas como novas e obtidas junto aos profissionais de saúde, inclusive as do próprio ED. Tal processo amplia a crítica diante das informações e contribui com sua incorporação ou não às práticas de cuidado ao filho e a si, como se pode inferir a seguir.

O umbigo, eu já ia fazer o contrário, eu já ia, que nem eu cuidei da (nome da filha mais velha), eu ia por fumo, é, por faixa, essas coisas, e eu cuidei o dele só com álcool! E por quê? Porque explicou lá (refere-se ao ED) sobre o

que podia acontecer com o uso do fumo e o que o álcool fazia, cada uma foi falando e tudo isso vai fazendo a gente pensar. Pensar assim o que o vai fazer. Eu escolhi o álcool. (REGINA)

Tem muita coisa que eu achava que era uma coisa e seria outra no caso. Muita coisa: minha avó sempre falava “ah! Come! Se não o neném vai nascer com a boca aberta”, ai que nem, a boca aberta porque ele não consegue respirar, é uma das coisas que eu não sabia. (SARA)

No ED, a mulher deparou-se com informações novas, algumas das quais percebidas como “surpreendentes” e “impossíveis” Com isso, intensas reflexões são mobilizadas, que ao ganharem acolhimento no ED, encontram um lugar na experiência de cada mulher, tal como o experienciado com o trechos que segue:

[...] fiquei pensando aquele dia que vocês falaram para mim, eu fiquei pensando o dia inteiro depois, a tarde inteira que eu fiquei, chegando em casa, “como que a minha nenê, a minha bacia vai abrir assim? Depois conversamos no grupo (ED) e foi bom, fiquei mais tranquila para pensar no que aconteceria comigo no trabalho de parto” (ANITA).

Pareceu existir uma prospecção das mulheres de que o ED ofertaria a elas todas as informações necessárias ao trabalho de parto, parto e cuidado da criança. Contudo, enfrentam situações não dialogadas no ED e, neste caso, apontam como uma lacuna informacional. Nessas situações, recorreram ao enfermeiro e médico da USF como recurso. Fruto disso, recomendam como relevante dar continuidade a um tipo de ED após o nascimento da criança. Justificam tal recomendação no fato de surgirem novas necessidades derivadas do cuidado do filho, como se pode ler nos trechos subsequentes:

Eu fiquei preocupada (com a falta de evacuação da criança). Porque eu não sabia, não aconteceu. Na (nome da filha mais velha) não aconteceu, eu tive que correr lá e perguntar, o médico me explicou que era normal, que é pelo fato de aproveitar o leite, então não sobra nada, aí acho que deveria ter comentado no grupo (ED) sim! A gente sente falta de conversar destas

coisas que vão acontecendo com a criança. [...] Quando tem alguma dúvida de como fazer com ele (filho), eu vou lá na (nome da enfermeira da USF), (nome do médico da USF) e eles me ajudam. Devia ter mais grupo (ED) sim, depois do nascimento também para ajudar a gente a cuidar (risos). (REGINA)

Foi bem tranquilo (cuidar do umbigo), porque elas (maternidade) ensinaram também o jeito de limpar. Ah, o umbiguinho dela acho que caiu com 12 dias [...] Ah, eu tive um pouco! Na hora de trocar né!? Medo de arrancar! (Risos). Mas assim... Nem minha mãe. Não chamei! Sabia das coisas dali (refere-se ao ED). Ele precisa ser para sempre, para sempre. (ANGELA)

Ela (amiga) já vinha aqui em casa também, conversar, emprestou a bola pra eu ir fazendo já, conversava que nem a gente conversava lá [ED]. Às vezes até batia já, ela vinha falar uma coisa que eu já tinha aprendido lá [risos]. Lá no trabalho que a gente tava fazendo da reunião, de gestante [ED]. (JÉSSICA)

Afirmam as mulheres que o ED contribuiu para conseguirem romper com práticas tradicionais ou temores vinculados ao parto e puerpério. No exato momento em que essas experiências apareceram para serem vividas por elas, pararam, lembraram-se do dialogado no ED, reviveram as informações, retomaram a confiança que sentiam nelas e tomaram suas decisões. O descrito abaixo, relatado por Anita e Angela em relação ao pós-parto, retrata o apontado:

Eu fiquei assim, será que eu lavo (o cabelo)? Aí eu falei, ah eu vou lavar! Aí eu lembrei também... Bom, lá no grupo (ED) falaram que não tem problema fazer certas coisas que nem lavar o cabelo... Tem gente que fala pra não lavar o cabelo, que dá isso, isso e aquilo! Que sobe, que fica louca, sei lá! Eu já estava louca, então. (Risos). Eu já estava louca! (Risos). Ai lá, eu falei, não se falaram que não tem problema. Eu vou confiar! Se até agora tudo que falaram está dando certo, não vai dar errado uma coisa né!? Aí cheguei aqui em casa e lavei o cabelo. Meu marido: 'Ah, você vai ficar louca! (Risos), eu falei, não vou ficar louca não (Risos)! Eu não vou ficar louca não! Eu estou bem! (Risos). Aí eu falei, que ele devia ter ido junto comigo no grupo (ED) para ele escutar. Ai esses dias eu falei pra ele, eu fiquei louca? Não, porque você está me falando isso? Ele perguntou. Eu falei, não porque

lembra que no primeiro dia você tinha falado que eu ia ficar louca? (Risos), ele falou, lembro! Ai eu, ah ta! “É, só você mesmo”!? (Risos). (ANITA)

Ah, em quase tudo né, elas me ajudaram! Quando eu tava no pré-natal e eu não estava querendo ter parto normal, porque eu estava com medo, porque eu tinha sofrido muito no dele (outro filho)... Ai eu tive parto normal, foi bem tranquilo! Tudo aquilo que falam (populares) eu deixei para lá. Fiquei pensando no que falamos lá no grupo (refere-se ao ED). Eu confiava lá (ED) e apegei a isto e fui. (ANGELA)

As mulheres recomendaram sua manutenção, apontando como justificativa o eixo informacional e o surgimento de novas demandas de cuidado. Elas ressaltaram a oportunidade de troca de informações e percepções como um diferencial no estabelecimento do conhecimento e, conseqüentemente, de práticas, como sugerem os comentários abaixo:

[...] que nem a hora que acontece um problema com ele, que ele não vai fazer o cocô, que agora eu sei! Então vai ter mais gente que vai ter e não vai saber! [...] Ou a hora certa de dar papinha... A hora certo de fazer isso... Então eu acho que seria uma boa ter de novo! Eu gostaria! Uma que já teve pode dar dica pra outra! O que já passou... Pra outra não passar! Então, eu acho que ajudaria bastante! (REGINA).

Já passei um sustinho com ela outro dia aí, saiu leite pelo nariz, meu Deus do céu, de tanto que mamou [...] depois de muito tempo, ela dormiu em cima de mim, aí eu coloquei ela no carrinho aqui, eu toda hora olhando, toda hora olhando, aí eu escutei um barulhinho, a hora que eu vi o nariz dela saindo leite, aquele leite grosso, meu Deus do céu pela boca, pelo nariz. Nossa, mas aí foi um desespero. Por isso eu acho que seria legal continuar tendo as conversas. Ajudaria a gente. (JÉSSICA)

6.2. “APOIO EMOCIONAL E RECONHECIMENTO DE SI”

O ED consumou-se enquanto espaço de conversa qualificada sobre questões do gestar, parir e cuidar de crianças pequenas, com desdobramentos à identidade, inclusive em termos de parentalidade. A atmosfera permissiva e propícia à exposição aberta de percepções, opiniões, saberes, dúvidas, crenças, medos, anseios vinculados a eventos típicos da gestação e puerpério foi um diferencial. Tal fato promoveu construção coletiva voltada à promoção de saúde, considerando, especialmente, a si enquanto mulher e mãe.

Nesse bojo, o ED trouxe contribuições pontuais quanto à instrumentalização para cuidados consigo e com a criança, mas, sobretudo, reflexão crítica acerca de si e do exercício da parentalidade. As mulheres relataram terem se surpreendido em termos de desfechos percebidos na vivência da maternidade, destacando seu fortalecimento para enfrentá-la. Nesse contexto, o manejo da amamentação e das dificuldades no momento do parto foi destacado, com desfechos mais efetivos no primeiro do que no segundo, como comprovam os relatos que seguem:

Ah, pra mim seria totalmente diferente... Eu teria optado pela cesárea, na minha cabeça eu já ia fazer cesárea, eu não... Eu já ia entregar meu filho para alguém cuidar do umbiguinho... Eu já não ia dar os primeiros banhos sozinha [...] Porque eu não estaria preparada pra mexer com isso! Foi muito bom, sai com força para fazer o que fosse preciso. (REGINA).

Influenciou bem (o ED), porque eu era mais tímida e eu aprendi bastante coisa. A gente falava o que pensava, depois de um tempo você se solta mesmo e aprende. [...] tem hora que nem acredito em tudo o que faço, olho para ela (filha) e nem acredito. [...] aquela sensação gostosa de dar de mamar, que eu não tinha, nem sabia, não fazia a mínima idéia. (Olha para a filha e comenta:) Não é filha? A mamãe dar leite. Aí eu falava “nossa mãe”, mas como que dá leite? (breve silêncio seguido de riso) Eu não sabia, todos falam, aí eu falava, “ai Anita, calma, quando você tiver a sua, você vai saber”. Sempre falava assim, “quando você tiver a sua você vai saber” [...] agora eu sei (face de satisfação) e os encontros ajudaram tudo isto, esta coisa de acreditar e ir e tentar. (ANITA)

Nossa meu parto foi, foi ruim. Porque eu sofri. Sofri do meio dia até nove e cinquenta da noite... Fiquei em trabalho de parto, sentindo dor, dor, dor e nada da bolsa estourar... O toque e nada de nada da bolsa estourar. A mulher pediu pra eu botar a bola assim pra eu sentar, não sentei nada não, fiquei andando no hospital. Aquelas coisas que falamos aqui foram fazendo, acontecendo. Não agüentei. Eu pedi cesárea. Fui pra cesárea. Aí depois me deram coisa aqui, injeção. Depois não vi mais nada. O parto foi difícil, sabia para que estavam fazendo as coisas, tudo pois falamos no grupo (ED), mas decidi a cesárea. Não agüentava mais de dor, de sofrer. (PATRÍCIA)

Ajudou bastante. Aquela vez que a gente viu como que amamenta certinho, pegar, a criança. Aqui, ela pega certinho, ajudou bastante. [...]É, o ED uma coisa que me ajudou bastante mesmo, que foi essa parte da amamentação, de como ela pegar. (JÉSSICA)

Na hora que eu cheguei, só que eu estava com muita dor, eles não me mandaram embora não, falaram que era pra mim ficar lá. Aí foi uma dor assim, insuportável, que eu já pedi uma cesárea, me desesperei na hora, queria uma cesárea. Ah, eu achei bem doloroso na verdade. (risos) Eu achei assim, que ia durar menos tempo também pelo que a gente conversava (no ED). E demorou bastante e eu fiquei só no chuveiro lá, não saí do chuveiro, não teve bola, porque não conseguia ficar sentada, não conseguia ficar andando, não conseguia ficar deitada, fiquei o tempo todo de pé, agachando, fazendo agachamento, no chuveiro, fiquei o tempo todo no banheiro, porque eu andava aí a bolsa ficava soltando um pouco de água, achava um incômodo, doía muito se ficasse andando, sentada não dava pra ficar. Nossa o parto foi difícil, a dor, foi diferente do que eu imaginava pelo grupo (ED). (JÉSSICA)

As dúvidas, medos, anseios e preocupações relativas ao trabalho de parto, parto e cuidado de crianças na fase neonatal prevaleceram como temáticas nos ED. Os conhecimentos mobilizados voltavam-se à busca do como enfrentar tais situações e alcançar os melhores desfechos de saúde.

Notou-se que houve contraposição entre o que prospectaram e discutiram no ED com os desfechos que alcançaram, porém, independentemente de terem

gestado e parido em consonância com o almejado, perceberam-se como capazes, o que trouxe felicidade e satisfação. Pareceu existir contemplação daquilo que vivenciaram, valorização de seu enfrentamento, das suas capacidades e possibilidades, com desdobramentos ao reconhecimento de si enquanto mulher-mãe. Os encontros favoreceram tal reconhecimento de si por permitirem a aceitação de existirem distintos desfechos. Nesse sentido, os dados sugerem contribuição diferenciada às primíparas:

Eu fico assim, eu olho para ela tem hora que eu olho e fico pensando, nossa é minha mesmo? (risos) Eu tive ela mesmo? Como? (risada)[...] Fico assim, nossa será que eu passei tudo isso? Será que eu tive a gestação, eu fui lá (ED) conversei com as minhas colegas... (risos) Como né?[...] aí tem hora que eu olho pra ela e fico assim, será que é minha mesmo? [...] Aí tem hora que eu fico com o meu marido, “ô (nome do marido)! É minha mesmo?”, ele fala, “tsc! claro que é sua, você teve ela, claro é sua”... (risos) [...] Tem hora que eu estou aqui deitada, ela está lá no berço, eu fico assim!! Porque nossa até um tempo eu não tinha nenê, agora eu tenho, nossa... que bom...(alegre), que dá aquela alegria. (ANITA)

De saber que era o momento que ela estava querendo nascer, que não foi uma cesárea. Apesar de que na hora do desespero a gente pede né, mas depois de pensar que eu consegui que foi no tempo dela, que ela que quis naquele momento nascer, que nós duas estávamos lá, uma... ela empurrando de cá e eu fazendo força de lá, foi o que estava ajudando mesmo.[...] eu pegava a abraçava assim [demonstra] e ficava agachando, do nada me veio isso e eu me sentia bem nessa posição. O grupo me ajudou a passar por isso, a saber por que continuar. (JÉSSICA)

As adolescentes e/ou primíparas concebiam a si mesmas como alguém que pouco sabia, menos preparadas e/ou de, certa forma, imaturas para a parentalidade. O ED as apoiou, tanto por promover contato com múltiparas (entendidas por elas como experientes), quanto por veicularem informações que tornaram “menos desconhecidos” os eventos relativos ao gestar, parir e cuidar de crianças pequenas, que também será retomado no tema a seguir, apoio informacional. O conjunto do vivenciando atenuou a percepção inicial de si e permitiu a todas identificarem que

são capazes de passar por eventos relacionados ao parentar, sentindo-se empoderadas para continuar, como se pode inferir das narrativas que se seguem:

Ajudou por que... (pensa) Até porque eu sou, como posso falar, eu fiz 17 anos... Já completei 17, assim, eu não sabia né, não tinha noção do que era, até assim, eu tinha noção mais ou menos em cuidar, por que minha mãe teve meu irmãozinho que hoje tem 4 anos. Eu até, quando eu morava com ela, ele tinha o que, uns 2, 3 aninhos. Eu até via ela cuidar, dar banho, trocar fralda, mas eu não estava perto quando ela ganhou né ... Então eu não fazia a mínima ideia (risos)... ai no grupo (ED) falou de tudo isto,[...] Nossa entendi mais, fiquei mais (pensa) pouco mais tranquila. (ANITA).

[...] quando eu fui eu estava querendo ter parto normal, mas não era aquela coisa assim, mas aí tinha essa mulher [docente da UFSCar convidada para participar do ED], que eu falei que era mais experiente, que foi no primeiro dia também, eu já fui com o intuito né, eu já tinha conhecido a outra doula aqui. Então eu acho que isso ajudou bastante. Assim, aquela conversa assim. Todo mundo. Já...Ajudou! Deixa a gente forte para tentar. (JÉSSICA)

[...] o primeiro mês que é [...] o auge das coisas né? Que nem, até na primeira semana, no primeiro dia, [...] eu já estava preparada porque vocês me prepararam, porque se eu chegasse lá sem indicação nenhuma, ia ser uma formiguinha branca, no meio das outras [...] pretinhas né (risos)... que eu não ia saber (risos)...então, eu não ia saber, porque vocês ajudaram(ED) assim, lá no primeiro dia, que nem vocês já explicaram, “olha, é assim você chega, vai acontecer isto. Isto ajuda a gente a não se sentir tão perdida, frágil.Você chega certa do que vai tentar sabe. O grupo ajuda nisto em você saber o que quer e o que vai passar.” (ANITA).

As múltíparas, por sua vez, também identificaram benefícios no ED e, a partir de tal percepção, reforçavam às adolescentes e/ou primíparas a frequentarem o encontro. Elas sinalizaram benefícios em termos de enfrentamento das situações geradoras de ansiedade e medo, com ênfase ao parto e trabalho de parto. Dessa maneira, fica evidente que antecipar de forma aproximada ao que irá acontecer é de contribuição às mulheres. A antecipação de alguns eventos típicos aos processos do

parir e do cuidar de crianças permitiu prever acontecimentos, o que diminuiu a sensação do desconhecido, como nos mostram os relatos a seguir:

Então... As que, de primeiro assim que nem eu, mãe de primeira viagem eu vou falar assim... As mães de primeira viagem são a mesma coisa que eu, porque não sabem, nem elas nem eu sabia... Já as que tinham nenê já, já tinham filho grande, já seu segundo ou terceiro, eu via que elas falavam assim, que já era mais experiente, ai que, ai tipo, ai “Anita é assim mesmo do jeito que falamos aqui (referindo-se ao ED), que quando você chega lá, se for cesárea elas vão te dar a raque, ai você vai ficar na maca”... ou senão vinha e falava assim, “ai Anita, o meu foi normal, o meu foi normal, foi rapidinho, não demorou nada” ... E era sempre assim, estimulavam a gente a ficar indo no ED. (ANITA)

[...] Bem parecido com o que falamos no grupo. Senti mais confiante de ver que estava parecido como que tínhamos dito lá no grupo. Eu estava com medo, preocupada assim. [...] Eu estava tranquila... Acho que se eu não tivesse participado (do ED) eu estaria nervosa! Mas eu estava tranquila [...] (REGINA)

[...], por exemplo, a... (nome da integrante do ED)... Ela disse que teve dois partos, que esse agora ela quer normal, ela contou a experiência dela das duas partes, então a gente já estava sabendo mais ou menos. (SARA)

Foi bom, fui bem acompanhada, fui tratada super bem! Tirei bastante dúvida... Tinha bastante dúvida né!? E por mais que seja a segunda gestação, a gente sempre tem dúvida, medo de não dá tudo certo... Mas deu! (BRUNA)

As participantes desse estudo ressaltaram que o ED promoveu contato com mulheres em situações similares as suas, o que, para muitas, contribuiu com a aproximação entre elas. Elas passam a entenderem-se como pessoas que podem colaborar umas com as outras e, assim, serem recurso em situações entendidas como de vulnerabilidade. E, dessa forma, novamente o trabalho de parto e parto

despontou-se como prevalente na promoção de vulnerabilidade às mulheres deste estudo.

A sensação de vulnerabilidade determinou que em momento distinto do ED, buscassem umas as outras para conversarem, com vistas a trocarem percepções e caminhar rumo à apropriação de situações temidas e obtenção de segurança, como apontam os trechos seguintes:

[...] a primeira coisa que eu fui perguntar para ela foi lá do parto dela, ai ela falou exatamente como falaram no grupo... só que o dela foi normal né, ai ela falou ... que se chega lá (suspira) eles (equipe da Maternidade) interna... Você fica lá na maca tendo as cólicas, contração, ai ganha rapidinho, ai você já tá bem... (ANITA).

Ai eu acabei, ai depois eu visitei a (nome de uma integrante do ED que já havia parido) ai eu perguntei, mas, mas será que dói tanto assim que nem que elas falaram aquele dia na reunião de gestante (ED), que abre a bacia, que passa a cabecinha do nenê, que é perigoso enforçar, o cordão umbilical enforçar o pescoço quando ele é muito pequenininho... Ela falou... Calma... É que é o seu primeiro... (risos) Calma... É que é seu primeiro, calma... Ela falou, é tranquilo é só ter força, respirar fundo, que nem explicaram na reunião de gestante (ED), ai é assim, não é... Uma coisa tão... Desesperada (risos)... Doi, maaais, compensa (risada). Fiquei mais tranquila. (ANITA).

Eu conversava muito com a (nome de uma integrante do ED) também! Nós duas, uma trocava informação com a outra né!? A gente conversando uma com a outra. (SARA)

Eu falei pra ela vai lá que é bom... Que elas ensinam direitinho, coisa que eu nunca imaginava de saber elas falaram... Então ela foi, que bom (ANITA).

Eu conversava muito com a (nome de uma integrante do ED) também! Nós duas, uma trocava informação com a outra né!? A gente conversando uma com a outra fora daqui. Era bom, ajudava a diminuir o medo. (SARA)

Todas perceberam o ED como um espaço de acolhimento. Assim, reforçaram a importância de poder contar com ele, tanto as múltiparas quanto primíparas. Para essas últimas, cresceu-se a percepção de que múltiparas, mesmo já tendo vivenciado a maternidade, seguiam com dúvidas e medos e, que o ED constituiu-se, também para elas, um momento importante. As participantes do estudo entenderam que dúvidas e preocupações sempre existirão e que conversar no ED as empoderava para vivenciar tais momentos, em especial no âmbito emocional, como os relatos a seguir demonstram:

[...] Que eu não estaria preparada se não fosse o grupo... Psicologicamente! [...] foi o grupo! [...] O grupo, uma porque, lá a gente teve oportunidade de arrumar amizades, teve a oportunidade de uma conversar com a outra, uma relatar o que sentia [...] Então pra mim, foi o grupo! (REGINA)

Apesar de ter, as que já sabiam também, né? Que falavam que já era uma grande ajuda vocês fala... Mesmo que elas já tinham tido né... Que elas ainda tinham medo de ter... Que vocês (pensa) como é que eu posso falar vocês acalmavam elas mesmo que elas já tinham tido, já tinham passado aquele processo de ter nenê antes... E elas ainda tinham dúvida, que nem aquela (nome de uma gestante integrante do ED)... Então, também estão com medo, com dúvida assim e conversar é sempre bom, né. Ajuda a acalmar a gente. [...] E eu acho que quando eu tiver o próximo vai ser a mesma coisa (Risadas) Ainda vou ter dúvidas. Tomara que vocês estejam lá pra falar, porque ajuda muito. (Risadas) (ANITA).

Olha foi bem importante (ED), eu não tive informação nenhuma da minha filha, quando eu fiz o exame dela, eu estava de 4 meses e ela nasceu de 7[...] agora o dele não, foi no comecinho [...] Eu fui mais tranquila pro hospital, eu sabia que ia internar e só vou sair com o meu filho, aí eu já sabia todo... Meu psicológico estava mais preparado! (SARA)

[...] toda segunda a gente tinha as conversas! [...] Ah, acho que não tem assim, todo mundo ajudava um pouco né!? [...] Com informações é elas né!? (ANGELA)

[...] fui bem acompanhada. [...] Tirei bastante dúvida... Tinha bastante dúvida né!? E por mais que seja a segunda gestação, a gente sempre tem dúvida, medo de não dar tudo certo... Mas deu! (BRUNA)

O ED promoveu a conversa entre as mulheres sobre suas inquietações inerentes ao processo de gestar, parir e cuidar de crianças, quando a troca de percepções e experiências esteve presente como exposto acima. Tal oportunidade de conversar e pensar com outras mulheres que já passaram ou não pela maternidade instigava a serem ativas no processo, tentarem enfrentar aquilo a que se dispuserem. O ED contribui também, por meio das conversas internalizadas, com uma descoberta de si e de suas possibilidades enquanto mulher e mãe, como se pode perceber a seguir:

Sei lá, depois que você é mãe você se sente mais mulher [...] eu me sinto, viu. Eu me sinto. Ainda me falaram “Nossa agora parece que você está mais assim...” Mas eu não tinha reparado. Eu olhei às vezes assim no espelho. [...] E ainda tem quem olhe e ache que eu ainda sou uma criança com um bebê [risos] [...] Fisicamente. E também assim... Eita... Não só fisicamente, mas um ar assim que você se olha no espelho e não sei [risos]. É! Diferente! Totalmente... Você sente mais forte. Você não é mais uma menininha. Você tem que ser mais forte por causa dela assim, tem que ser mais forte, tem que ser mais... Você se sente mais firme. Você já é responsável por essa coisinha pequena. (JÉSSICA)

Na construção de sua parentalidade, o veiculado no ED fica em suas reflexões e é continuamente colocado em diálogo com os acontecimentos que testemunhavam ou vivenciavam, mantendo ativos diálogos internalizados. Nesse processo, ao perceberem correlação entre o discutido e o testemunhado, as participantes ampliavam confiança no ED e traziam maior segurança para o enfrentamento das situações atreladas ao processo de parentar:

[...] tinha uma mulher lá do lado que estava tendo, [...] começou grita, grita, grita, ela estava com muita dor, ai [...] ela falou “Ai! Por favor, faz uma massagem nas minhas costas é aqui do lado... Que eu estou com dor!”... Aí eu falei, “ah! então quer dizer que se eu começar com dor né”, muita,

porque já estava né... “muito forte, elas vão me ajudar mesmo!”, eu acabei de crer que vocês tinham falado, era verdade, não que eu achava que era mentira né (risos), mas... (ANITA).

[...] Ah, teve uma que a gente também falou sobre... O parto lá, até que foi da (nome de uma das participantes dos encontros) que ela tinha sofrido também do parto né? (Risos). (SARA).

Porque, ajuda assim a gente sempre teve, mas assim, toda vez que tinha, a gente tirava as dúvidas com elas (ED) né!? (ANGELA)

Neste estudo, o trabalho de parto, parto, aleitamento materno, cuidado do coto umbilical e o manejo da cólica infantil revelaram-se como temáticas nas quais a interface de questionamentos entre conhecimentos populares e os trazidos no ED tiveram maior controvérsias. Tais situações geravam apreensão e desencadearam amplos debates, sendo também retomados, posteriormente, nas entrevistas. Nesse momento, foram significados como marcos de êxito e satisfação por terem encontrado uma tomada de decisão diante deles. Ficam indícios de que a mulher se esforça e vislumbra conseguir decidir e sustentar sua decisão. Parece remeter ao reconhecimento enquanto pessoa, tanto por ela mesma, quanto pelo seu entorno social, como é possível inferir após a leitura dos trechos que se seguem:

É porque eu acho que poderia funcionar assim com ela (mãe), mas eu acho que... Tem coisas que não né!? Que não funciona, que nem ela fala... É pra dá chá pro bebê quando tiver cólica, eu não tenho coragem de dar chá pra ela, eu tenho medo, dela sei lá, se afogar né!? E a mamadeira também eu não quero dar pra ela agora, dando chá né!? Vai que ela larga do peito por causa da mamadeira né!? (ANGELA)

E olha que teve a coisa da chupeta, da mamadeira, mas eu estava decidida que ia dar de mamar. O grupo (ED) ajuda nisto também. Mexer com estas coisas dos antigos. [...] Assim, que nem, as mais velhas sempre vêm com umas conversa mais assim, que nem do umbigo, que ai tem que colocar paninho, tem que amarrar isso, isso e aquilo, a barriguinha. Já até falaram

de colocar fumo no umbigo dela, só que daí eu falei, imagina que eu vou fazer isso. [...] (ANITA).

Ainda na temática do reconhecimento de si, aparecem questões de gênero e sua influência na parentalidade. Apareceu a gestação, parto e cuidado da criança como particular e próprio à mulher, com reforço cultural disso, com tímidas transposições deste tópico em função do veiculado no ED. O clima gerado no diálogo permitia tensionar tal tradição e, com isso, veicular percepções e estratégias para transpô-la. Tal vivência teve eco no comportamento da mulher, quando relataram que procuraram, intencionalmente, provocar a entrada do marido/companheiro nos ED, consultas ou mesmo no cuidado à criança:

[...]na reunião de gestante (refere-se ao ED) falamos que a gente tem dó do marido mas, quem está tendo somos nós! E a gente fica lá, “tadinho” está com sono! Mas ele está lá e eu aqui! E foi o que aconteceu, todo mundo, tadinho do (nome do marido), até minha mãe! “Tadinho do (nome do marido)! Mas ele vai ficar lá?” Eu falei “ôh mãe!” (Risos). [...] “eu mãe! quem está com dor! (Risos) Ele vai só ver, está parado mãe!” Aí ela, “ah mais ele vai ficar com sono!” Aí eu falei, “ah! Nossa! (Risos). Ele vai ficar com sono? E eu?” (Risos)[...]Eu falei, que tadinho o quê!” (Risos). E no fim, eu acabei ficando com dó também [...]eu falava... “Vai, vai pra casa, vai comer”. “Não vou!”. “Então está bom! Fica aí!”(Risos). (ANITA).

Medo de quebrar (a criança)! (Risos) Ele falava, “ai eu tenho medo de quebrar!”, “Que quebrar o quê!?” (Risos). “Segura devagarzinho que não quebra!” Aí ele segurava, andava [...] enquanto eu tomava banho, lavava a cabeça. [...] (ANITA).

Que ele não sabe né? Ele não sabe. Ele não dá banho, não dá nada porque ele não sabe fazer. [...]Tentei [tentativa de ensinar o marido a cuidar], mas... Ele não gosta. (PATRÍCIA)

Aí uma hora da madrugada ele chega, ela está acordada com os “zóião” (Risos), aí eu acho que ela acorda... Eu falei para ele, “acho que ela acorda pra ver você viu!?” (Risos). (ANITA)

Alguns maridos/companheiros já demonstravam abertura e desejo de serem inseridos e estavam mais permeáveis a tal convite e provocação. Outros nem tanto. Contudo, as mulheres ouvidas mantiveram seu direcionamento em buscar, dar ou provocar espaço aos maridos/companheiros, assim como sua participação em distintos aspectos, intencionando colaboração. Contudo, simultaneamente, reforçavam a tradição, quase que explicitando ser algo para além do papel dele, como ilustram os trechos abaixo, nos quais o companheiro busca cuidar da esposa, tanto em casa quanto no hospital:

Eu ficava com dó! Eu falava, “deixa eu fazer!?” “Não! Deita!” Eu, “nossa que deita!” (Risos). “Não estou doente, acabei de ter nenê só!” (Risos). Ele falou, “não! mas você teve dieta, então... Fica aí quietinha né!? Porque é pior para você depois, né!?” Aí eu fiquei eu ficava quietinha, aí, mas dava um tédio de ficar deitada [...] Naquelas primeiras semanas parece que é uma vida! Ai! Aí ele chegava do serviço, “Jantou?” Eu falei, “jantei”. (Fala de susto) “Você fez comida? Quem mandou você fazer comida?” Eu falei, “Nossa mais o quê que tem só daqui ali fazer comida?” “Não, mas deixa que eu faça pra você”, eu falei, “ah! então está bom”. (Risos) (ANITA)

Ah! Ele ajudou! (Falando com a criança). “Papai olha eu bastante, só não me dá banho! E nem troca fralda, papai só troca fralda de xixi, nunca me deu um banho” [...] Medo! Ele tem medo de dar banho... (SARA)

[...] Mais meu marido [...]ele me ajuda assim mais durante o dia. Mas durante a noite, sou só eu mesma (risos). Que ele precisa trabalhar no outro dia, aí eu fico com ela. Mas eu fico bem, eu fico numa boa. (ANGELA)

Cuida! (cuidado ofertado pelo pai da criança). Assim, foi boa (mudança em sua vida em virtude do nascimento do filho)... (silêncio). (PATRÍCIA)

Mas, essas duas últimas vezes ele teve que banhar porque eu tava ocupada. Trocou fralda e tudo, mas ele fala assim que menino homem é bem melhor pra mexer que menina mulher porque ele tem muito receio sabe? [...] Ele é daquelas pessoas bem mais antigas então ele fala assim

que mulher quem vai cuidar mais é a mãe. Só que em partes ele tá certo. Eu concordo com ele assim [...] Porque acontece muita coisa entre pai e filha, né?! Mas se fosse um menino homem, eu falo que sim, que banhava que tudo. Mas nem sei se assim. Ele tá dormindo o nenê acorda e ele não dá notícia. [risos] (BRUNA)

A divisão laboral cotidiana, em termos de gênero, tendeu a retornar à tradicional divisão de papéis próxima ao primeiro mês de vida da criança, ou seja, o dever do cuidado da criança na mulher. Apesar disso, ficam resquícios de um esforço em integrar o marido/companheiro à criança, como se pode perceber nas passagens que se seguem:

Ah foi má... Sei lá... Eu fiquei assim, eu não sab... Não sei nem o que eu... O que eu falo... Ah! Eu sei lá, só eu que... Eu que tenho que fazer as coisas, meu marido não ajuda. (PATRÍCIA)

Que agora é a fase de pegar o jeito das coisas né!? Que agora eu já comecei a lavar roupa, agora eu já comecei a fazer comida [...] Só dá uma mãozinha assim, pra não pegar muito peso, quando eu estiver muito apurada né!? [...] Então a gente divide certinho! [...] Ela acorda todo dia 6hs, aí lá vai eu né!? (Risos) (ANITA)

[...] Mais meu marido [...]ele me ajuda assim mais durante o dia. (ANGELA)

Ele ronca! E pra saber se chorou se não chorou. Eu acendo a luz, eu troco criança, amamentação e ele nada. Dorme a noite inteira sabe?! Ele falou assim pra mim: Quantas vezes o nenê acordou essa noite? Nem vi. Por isso que eu falo. Não vê. [...] Minha mãe tava aí ele deitava e dormia que é uma beleza. (BRUNA)

[...] enquanto eu a coloco no carrinho e deixo-o dormindo, porque ele trabalha a noite! Então ele chega 1h da madrugada em casa e fica dormindo né!? [...] Todo dia que eu estou falando é essa mesma rotina, praticamente todo dia! Coloco ela no berço, se ela já dorme mais um pouco [...] corre pra fazer uma coisa! Enquanto dorme, corre para fazer outra! [...] Que daí depois eu dou banho nela quatro e meia, aí ela dorme até umas... Nove

horas! Aí nove horas ela acorda para mama, eu já troco ela, ela engata naquele sono... E até que ela já engatou, eu já acabei de lavar a roupa, já vou, tomo banho, janto, ele já foi trabalhar. Venho, deito aqui e descanso, aí ela vai acorda só pra uma hora da madrugada! Ela dorme bem! Dorme bem! (ANITA)

Não, porque eu estava acostumada a dormir à noite inteira, (risos) né!? Não ter ninguém pra dar banho... Você tem acordar com pontos, sonolenta, tem que dar mama quase deitada, depois eu fui pegando mais o jeito de dar mama, deu certinho. (SARA)

Perto do primeiro mês de vida da criança, as mães identificaram seu cotidiano preenchido e balizado pelos afazeres da casa e pelo cuidado da criança. É uma dinâmica intensa voltada, sobretudo, a atender a criança. Porém, paralelamente, ponderam o lugar que dão ao marido/companheiro e, de alguma forma, avaliam sua adequação em termos de papéis (mãe e esposa/companheira) e sentem-se incomodadas com tal questão, como demonstrado nos fragmentos seguintes:

E agora essa vida né!? De correria! ... Só isso que eu tenho para falar agora! (Risos). Que a vida dá correria para cuidar dela (filha)... (ANITA).

E tem hora que a gente dedica, tem que dedicar! Desde quando nasceu, tem que dedicar mais tempo para ela (filha). O sentimento da gente fica mais para ela... Eu fiquei com aquele sentimento de assim... Será que eu estou dando atenção certa para os dois? Então foi... Esse é meu sentimento! Ainda, mas... (pensa). Está indo né!? (Risos). (ANITA)

Mas ela fala (referindo a filha mais velha) “Ah, mãe, mas você só quer o neném, só quer o neném”. Ai eu falo, “não é que a mãe só quer o neném, você já é independente, você já sabe comer sozinha, você sabe tomar banho sozinha, você sabe pedir o que você quer! Então a mãe tem que dar um pouquinho mais de atenção pra ele porque ele não sabe”. Aí ela fala: “Nossa mãe, mas ele está mamando de novo?” “Quando ele chora alguma coisa ele quer! Mamãe não sabe o que é, mamãe tem que dar peito pra ele, (risos), aí se ele acalma é porque estava querendo”. Mas agora ela está melhorando viu! Está meio distante um pouco ainda, mas... É, hoje ela falou

assim, “Oh mãe! Você não pode fazer eu dormir no colo?” (risos). “Sentada a mãe pode, mas de pé não, porque você é pesada” (risos). (SARA)

A hora que ela quiser a gente está disponível. (risos) (JÉSSICA)

Bom, to bem [risos] to bem, esperando a neném ficar um pouquinho mais crescida assim pra dar um visual um pouquinho mais na auto-estima [...] porque eu to achando um pouquinho cedo pra fazer um procedimento no cabelo [...] Ainda ta [risos] ainda ta naquela fase parecendo que ta gestante, mas tem que passar.Ta precisando. Cuidar de mim. [...]. (risos) [...] ele (esposu) nunca foi distante, eu falo assim sabe que ele cobra muito que eu fique com ele e tudo mais. [...] ela ainda é pequena e também sair desse jeito sem uma auto estima. [...] Mas a nenê é muito cedo ainda pra mexer com química. Espera um pouco, depois que ela fizer uns três, quatro meses por aí. Precisa? Precisa! Pelo menos depois de três, quatro meses, precisa sim. Ele cobra que eu vá aos lugares com ele tudo. Ele vai, vai sozinho.Sente falta. Precisa. [...]Eu to alegre, eu to contente, ele também ta. Então assim, a parte de carinho entre um e outro ta bem. Nossa vivência com a menina mais velha não mudou nada. (BRUNA)

Todas sinalizaram que a proximidade criada entre as mulheres no ED e, dessas mulheres com as facilitadoras, traz um senso de ter com quem contar, de ter apoio na transição e exercício da parentalidade.

Ai, eu considero como colega sim, quem me deu a reunião de gestante (ED), para mim são minhas colegas porque passaram a me ajudar com minha filha né... (ANITA).

Assim, ajudou bastante! Que nem, quando eu tive a (nome da filha mais velha) é... Eu tinha minha mãe, agora não, agora eu estava sozinha! Eu ia cuidar dele sozinha, então ajudou bastante ter vocês por perto, ter o grupo (ED) para ajudar, para conversar! (REGINA)

[...] Foi na segunda feira que eu te liguei não foi? Eu vi que domingo ele não fez, vi que segunda até aquela hora ele não tinha feito, aí eu falei, será que é normal!? Falei, vou ligar pras meninas pra saber né? (Risos). (SARA)

Eu ainda fiquei com medo, assim, ainda perguntei pra Carla (facilitadora no ED), no “WhatsApp” que ela tinha passado o número dela [...] “ah vou ver se ela tem “what’s”, aí eu peguei perguntei pra ela, ela disse normal ele ficar assim...Aí na hora que eu perguntei pra ela eu fui trocar, depois caiu o umbiguinho. (JÉSSICA)

O período vivenciado pelas mulheres, em especial ao parto, foi propício à forte ampliação de elo da rede social de apoio, como demonstram os excertos que se seguem:

Ah, acho que não tem assim, todo mundo ajudava um pouco né!? Mais meu marido né!? (ANGELA)

[...] aí eu tava com a doula, e ela falou assim “não, vamos esperar, que vai dar tudo certo”. (JÉSSICA)

Minha mãe tava me segurando atrás, me apoiando [...] Minha mãe. O tempo todo. Ela e a doula. (JÉSSICA)

Quem me incentivou foi minha irmã também, porque a doula é a patroa dela. Ela fez um trabalho voluntário comigo. Ela [irmã] ama criança. Ela apoiou bastante. (JÉSSICA)

Assim, eu tive muito assim ajuda da minha mãe né!? (BRUNA)



7. DISCUSSÃO

Da análise dos dados emergiram duas categorias: “apoio emocional e reconhecimento de si” e “apoio informacional”. Estas revelaram predominar a percepção de que os ED trazem benefícios enquanto apoio à parentalidade e possuem contribuições de alargamento da rede social.

A gestação e o parto são considerados eventos sociais, que trazem uma vivência única no universo da mulher, do seu parceiro e de seus familiares, constituindo uma das experiências humanas mais significativas para os que dela participam (BRASIL, 2001). A gestação é caracterizada como um momento de grandes mudanças na vida da mulher, tais como alterações no corpo, na estrutura e dinâmica familiar, necessidade de cuidado com a saúde e com as questões que envolvem o nascimento e cuidado do filho. Esses aspectos poderão ser vivenciados pela gestante como fatores estressores e deverão ser considerados com atenção por todos aqueles envolvidos no seu cuidado (BARROS et al., 2013) e de sua família.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a atenção adequada à mulher, no momento do pré-natal e parto, representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a gestante, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, o que facilita a criação de um vínculo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

Após o nascimento da criança e expulsão da placenta, a mulher entra no período do puerpério, caracterizado por alterações fisiológicas e emocionais (CARNEIRO et al., 2013). É no período puerperal que a mulher passa por intensas modificações de âmbito psico-orgânicas, que impactam na vivência da mulher, em especial aquelas relativas à subjetividade feminina na sua significação à maternidade (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Os resultados permitem recomendar o ED enquanto uma prática de pré-natal no cuidado em saúde, uma vez que se revelou de acolhimento àqueles que dele participaram. O contexto do ED foi descrito como de escuta, apreensão, entendimento e conversa, aspectos que permitiram a superação de uma relação sujeito/objeto e denotou presença dos ideais de humanização postos à atenção em saúde. Pôde-se observar, pelos achados que os ED otimizaram, pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum, um dos desafios à atenção em

saúde (Ayres, 2009). A orientação dos ED ao alcance da intersubjetividade permitiu às mulheres, sobretudo por meio do encontro com a alteridade, edificarem de forma ativa sua identidade na parentalidade.

As práticas em saúde precisam retomar o diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais querem dispor talentos e competências profissionais, assim como valorizar a alteridade revelada no desencontro (AYRES, 2009). Portanto, está posta a necessidade de se conceber a gestante como uma mulher, valorizando seu saber vivido, abarcando toda sua historicidade, crenças e práticas cotidianas, para assim poder “criar” um cuidado consonante com a unicidade daquela mulher e sua história (RESSEL, 2015). É inerente ao cuidado no pré-natal buscar a sintonia com a mulher, reconhecer seu contexto sociocultural, quando o profissional precisa ter atitude aberta, interessada em apreender e entender a realidade em que a gestante vive e como esses elementos afetam o estabelecimento da parentalidade (RESSEL, 2015).

Como nos coloca Ressel (2015, p. 269), “atitudes acolhedoras, de respeito, de compartilhamento e dialógica propiciam um cuidado singularizado e integral, uma vez que o reconhecimento do contexto da gestação, a demonstração de preocupação e o desejo de integrar os cuidados científicos aos conhecimentos advindos das próprias gestantes permitem uma interação entre os atores do cuidado e, conseqüentemente, qualificam a cuidado pré-natal”. As evidências aqui obtidas denotam que o contexto criado nos ED foi sustentado por tais elementos.

O pré-natal agrega, em si, expectativas em relação a oportunidades para buscar uma gestação saudável e ter desdobramentos positivos tanto para a sua saúde quanto da criança, especialmente em primíparas (MARTINS, 2015). Essas possuem expectativas de terem suas dúvidas, medos e ansiedades abordados e sanados, entendendo que tal processo contribuirá para um ótimo parto em uma boa maternidade (MARTINS, 2015). Implicitamente, o presente estudo confirma tais expectativas e reforça a necessidade de investimentos para que a mulher participe de forma mais efetiva das decisões em relação ao parto, ao puerpério e à amamentação (MARTINS, 2015), podendo ter no pré-natal um disparador deste processo. Martins (2015) afirma que a gestação “socialmente” impõe à mulher a busca pelo serviço de pré-natal e, portanto, precisa ser estrategicamente aproveitada.

A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas (VIEIRA et al, 2011). A vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, e o nascimento do filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo (VIEIRA et al, 2011). O ciclo gravídico puerperal consta de etapas que, por envolverem mudanças e adaptações, torna-se peculiar para a mulher e família (ANGELO; BRITO, 2012).

A parentalidade refere-se ao processo de estabelecimento da relação dos pais com os filhos, do estabelecimento do afeto entre eles (ZORNIG, 2010), laços relacionais que promovem reciprocidade, sensibilidade e sintonia mútua (WERNET et al., 2016). Tal construção é contínua e estrutura-se nos eixos: exercício da parentalidade (definição e organização dos laços de parentesco, com transmissão de regras e valores); experiência da parentalidade (modificações psíquicas no processo de tornarem-se pais); e, prática da parentalidade (conjunto de cuidados parentais e interações afetivas) (HOUZEL, 2004). Tomando tal referência, percebe-se que as falas que explicitaram as contribuições do ED para todos os eixos, com impactos ao funcionamento da mulher e sua família. Elementos da história cultural familiar foram postos a uma nova compreensão e afetaram os modelos internalizados de parentalidade, com tendências emancipadoras no sentido de identificar-se a presença de um processo de considerável autonomia.

Se tomarmos os seis sistemas parentais propostos no Modelo de Componentes de Parentalidade de Keller (2007), as mulheres deste estudo descreveram preocupações, sobretudo, no âmbito do sistema do cuidado primário (aquele relativo a reduzir o desconforto do bebê nos âmbitos da provisão de alimentos, proteção e higiene) e no envelope narrativo (aquele que se remete à utilização da linguagem pelo conversar com a criança). Assim, o ED permitiu a elas ampliar o repertório de conhecimentos e práticas nesses focos, trazendo maior segurança no cuidado.

Contudo, este estudo demonstrou que as ações no pré-natal, incluindo o ED, não suprimiram todas as suas necessidades em relação às vivências puerperais. Ser/tornar-se mãe envolve adaptações e está fortemente ligado à cultura da maternidade enquanto “imposição” velada de valores que não permitem o diferente

ou a diferença acontecer. Os atos de conceber e criar filhos estão atribuídos culturalmente às mulheres (STRAPASSON; NEDEL, 2010) e, apesar das discussões de gênero nos ED, as incorporações no cotidiano ainda não se efetivam com grandes impactos transformadores, de forma que a mulher reassume o socialmente depositado nela enquanto dever e responsabilidade de cuidar dos filhos.

Arrais et. al (2014) nos asseveram que, é no período puerperal, que as mães se sentem inadequadas e responsáveis pelo aparente insucesso na maternidade, pois elas deveriam saber ser boa mãe, parir, amamentar, cuidar, afinal, ela é mulher, e as mulheres vêm “programadas” para isso. Experiências relacionadas ao insucesso de ser mãe, segundo mulheres de nosso estudo, envolveram dificuldades para amamentar; manejo do trabalho do parto e parto, em especial as dores do parto; interpretar e agir diante das manifestações da criança; não conseguir dar o primeiro banho da criança e precisar de ajuda para seus cuidados.

Sendo o puerpério um período considerado de riscos, tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e do(a) filho(a) (ALMEIDA; SILVA, 2008). É sabido que o puerpério é vivenciado pela mulher como uma experiência marcada por profundas mudanças emocionais, tornando-a mais emotiva, sensível, promovendo a desordem e o desequilíbrio, como também é visto como uma celebração, pela chegada de um novo componente da família (OLIVEIRA et al, 2012).

Apesar de o nascimento de um(a) filho(a) resultar, na maioria das vezes, em sentimentos positivos para muitas famílias, essa nova dimensão acarreta muitas vezes profundas alterações na dinâmica e nas inter-relações (ALMEIDA; SILVA, 2008). No período de pós-parto a mulher depara-se com novos desafios a serem enfrentados, ou seja, cuidar de si e do bebê, necessitando do apoio de profissionais capacitados para auxiliarem e orientarem suas dúvidas, seus medos e anseios (RAVELI, 2008). Os ED foram de contribuição neste sentido e os resultados sugerem que estes devam ser longitudinais, constituindo-se em espaço onde a mulher possa fortalecer e buscar o apoio necessário para prosseguir processando a parentalidade.

O puerpério é um período de ajustamento a uma inovadora identidade materna, de aprendizagem de um novo papel de mãe, de adaptação a um novo elemento familiar com identidade própria (o filho), e, acima de tudo, de uma reestruturação das relações familiares e sociais (OLIVEIRA et al., 2012). Frente a isso, a puérpera deve ter acesso a uma assistência qualificada, na qual seja possível compartilhar as ansiedades e esclarecer as dúvidas para amadurecimento e resposta à nova etapa de sua vida (OLIVEIRA et al., 2012). Acolher a mulher desde o Pré-Natal, Parto e Puerpério implica prestar um cuidado humanizado ao binômio mãe-bebê, no qual “a gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, como forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam” (BRASIL, 2001).

Rodrigues et al (2006) enfatizam a importância do apoio no momento do trabalho de parto e parto, período no qual muitas das mulheres de nosso estudo sentiram-se desamparadas. Esses autores defendem que uma boa orientação, devidamente contextualizada ao cuidado e embasada em uma relação de confiança entre enfermeiro-parturiente, poderá repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestos pela mulher, mas também culminar em uma adaptação saudável da puérpera ao seu papel materno. O desamparo sentido pelas mulheres deste estudo esteve prevalentemente focado no manejo da dor do trabalho de parto e parto.

A dor do parto pode ser definida como orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. Nesse caso, a dor assume uma característica intermitente, que se inicia com o trabalho de parto, aumentando progressivamente de acordo com o padrão da contração uterina e finaliza com o processo de nascimento (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Dessa forma, a necessidade de utilizar algum método de alívio da dor está relacionada às expectativas da parturiente, a complexidade do seu trabalho de parto e a intensidade de sua dor (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; BRASIL, 2014). Para algumas, tal alívio pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa (BRASIL, 2014). As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de

suporte físico e emocional também devem ser utilizadas para alívio da dor (BRASIL, 2014). O estudo de Porto, Amorim e Souza (2010) demonstra que, dentre os métodos não farmacológicos, a hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizadas para essa finalidade.

Além disso, as participantes também descrevem a pontualidade das ações no Alojamento Conjunto. As puérperas do estudo de Rodrigues et al. (2006) revelaram-se muito decepcionadas com o cuidado recebido, na fase puerperal, o centro obstétrico, assim como o alojamento conjunto não foram associados a ambientes acolhedores, de aprendizagem e interação entre profissional e puérperas. Ao contrário, a unidade puerperal foi representada como um lugar de abandono, onde a presença da enfermeira e das auxiliares pouco contribuiu para a adaptação da mulher ao puerpério e onde as solicitações de ajuda pouco eram atendidas (RODRIGUES et al., 2006). Identificamos, nos depoimentos das puérperas, que o cuidado de enfermagem vem sendo orientado por um modelo que não valoriza o contexto sociocultural, a história pessoal das usuárias, bem como as ansiedades e necessidades de sentirem-se seguras quanto as suas condições de saúde no pós-parto (ALMEIDA; SILVA, 2008). No estudo de Angelo, Brito (2012) assim como no presente estudo as mães deixaram subentendida a importância do acompanhamento pré-natal na perspectiva da humanização da assistência, como estímulo à consulta pós-parto. Além disso, observou-se, em alguns dos discursos, a preocupação em relação à amamentação e aos cuidados com o RN, visto como atribuições desafiadoras do puerpério (OLIVEIRA et al., 2012), aspecto semelhante ao presente estudo.

Ao considerar ainda o puerpério, a consulta puerperal apresenta-se como um excelente momento para dar seguimento longitudinal ao apoio à parentalidade, contudo, no cotidiano das unidades de saúde, o retorno da mulher para a consulta pós-parto ainda é reduzido (ANGELO; BRITO, 2012). Ressalta-se ainda que o cuidado em saúde no puerpério deva ser permeado pela escuta sensível e valorização das especificidades das demandas femininas que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Para uma efetiva assistência de enfermagem à mulher durante o puerpério, de forma a promover sua adaptação às peculiaridades desse período, é primordial uma

interação entre ela e o(a) cuidador(a) e que o processo de cuidar seja iniciado ainda durante a gestação e fortalecido no pós-parto (RODRIGUES et al., 2006). Infere-se que o ED deve ter longitudinalidade para efetivar a intencionalidade de apoio e efetivar acolhimento, aspecto verbalizado por algumas das participantes deste estudo.

Apesar disso, os estudos denunciam incipiências na assistência puerperal no Brasil. Vilarinho et al. (2012), em pesquisa realizada com mães adolescentes, revelou que 52,3% delas não retornaram à UBS até o 42º dia de pós-parto para consulta de revisão e não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-parto, ou seja, metade da população não recebeu assistência puerperal. Parada (2008) revela que, em apenas 58,7% dos prontuários analisados em Unidades Básicas de seu estudo, havia registro de revisão puerperal. Angelo e Brito (2012), por sua vez, afirmam que o vínculo estabelecido entre o cuidador e quem é cuidado constituiu-se no elemento que determinou o retorno das mulheres de seu estudo à unidade de saúde.

No estudo de Rodrigues et al.(2006), as puérperas foram unânimes em dizer que não receberam nenhuma visita por parte da Equipe de Saúde da Família, mencionando terem sido as visitas realizadas por ocasião somente da pesquisa, as únicas e de grande importância para elas (RODRIGUES et al., 2006). Uma das entrevistadas proferiu sua gratidão com a presença da pesquisadora em seu domicílio, uma vez que possibilitou esclarecer as dúvidas existentes sobre o período, enfatizando que o posto de saúde deveria oferecer visitas domiciliares, para aumentar a segurança e a autoconfiança da mãe, ao enfrentar o puerpério. As mães demonstraram reconhecer a importância de receber orientação e cuidado no período puerperal, e buscaram informações relativas ao seu estado (ANGELO;BRITO, 2012).

O suporte oferecido pela equipe de saúde é essencial, uma vez que a puérpera precisa de alguém que esclareça as dúvidas e lhe transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho materno (OLIVEIRA et al, 2012; ANGELO; BRITO, 2012). Ela necessita, ainda, de ajuda e auxílio de familiares, bem como de grupos de apoio a favorecer esta fase de adaptação (OLIVEIRA et al, 2012).Almeida eSilva(2008) apresentam que as puérperas, em sua pesquisa, expressaram a necessidade de serem tratadas com confiança e respeito, havendo a expectativa de

que as profissionais de enfermagem entendessem as suas necessidades e tivessem para com elas uma atitude humanitária.

Nessa perspectiva, temos na Atenção Primária a Saúde (APS) uma forma de organização dos serviços de saúde, tendo como premissa as necessidades de saúde da população. Ela busca desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2007):

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. (BRASIL, 2007)

A atenção pré-natal preconizada pela Política Nacional de Humanização considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (BRASIL, 2012d).

As mulheres participantes de nosso estudo mostraram que o ED promoveu a formação de vínculo com outras mulheres e com as facilitadoras ao longo do período gestacional, sentindo-se apoiadas nessa fase de suas vidas. Algumas delas retornaram ao ED no período puerperal verbalizando que retornar ao grupo é uma forma de continuar vinculada, dessa vez como alguém que compartilha sua experiência com a intenção de acolher as demandas de outras mulheres, bem como dialoga sobre o período do puerpério.

A necessidade de suporte no puerpério é algo pertinente, pois essa fase é marcada por dúvidas, medo, insegurança, momento também de assumir tamanha responsabilidade, enfim, ser mãe e puérpera, concomitantemente (OLIVEIRA et al, 2012). No intuito de proporcionar uma atenção integral à saúde da mulher durante o período puerperal, faz-se necessário que a assistência dispensada seja planejada de forma a atender as reais necessidades da puérpera (ANGELO; BRITO, 2012). Para isso, deve-se recorrer à utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes, como também aos meios e recursos adequados para cada caso (BRASIL, 2005). Almeida e Silva(2008) ressaltam, em seu estudo, que a assistência

no pós-parto apresenta um quadro preocupante e desafiador, que nos remete à necessidade de avaliações que objetivem melhorar e garantir cuidados qualificados para a mulher, a criança e o familiar. A assistência à mulher no puerpério, seja em unidade de internação, no Alojamento Conjunto, ou em unidades da rede básica, representa um nó crítico que requer discussão e ações efetivas para alcançar a humanização dos cuidados como um passo para a integralidade no atendimento à puérpera, com menos iniquidade (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Percebe-se ser urgente e necessário repensar o lugar e a qualidade da assistência puerperal, visto que tal período apresenta-se como difícil e novo na vida da puérpera, que anseia por um suporte profissional que atenda às suas expectativas, responda às suas dúvidas e lhe transfira autoconfiança indispensável ao desempenho materno (RODRIGUES et al., 2006), afinal,

É importante considerar a necessidade dos profissionais de saúde incorporar a assistência à mulher na fase puerperal as crenças, os valores e costumes que se mostrarem presentes e dominantes, a depender do contexto em que a mulher se encontra. Para tanto, requer a princípio, que se dê condição às mulheres de se mostrarem inteira e através da interação entre profissional e a mulher, estabelecer um compartilhamento de saberes e crenças que envolvem o puerpério, o que certamente favorecerá a compreensão crítica da realidade e a efetiva promoção da saúde à mulher e por extensão ao seu filho (NAKANO et al., 2003).

Participar de grupos de gestantes com encontros temáticos permite a preparação psicológica para a maternidade e parentalidade (ARRAIS et al., 2014). No ED, as temáticas não eram pré-estabelecidas, uma vez que partiam das inquietações trazidas pelas gestantes. As facilitadoras buscavam acolher e dar voz para as gestantes visando o empoderamento da mulher para a vivência da maternidade através do compartilhar, consolidar e refutar informações para, assim, construir para si novas compreensões com base em sua historicidade.

Rede social diz respeito às pessoas, estruturas e/ou instituições que acompanham o indivíduo no decorrer da vida, com as quais o doente mantém vínculo social, oferecendo uma teia de relacionamentos que favorece a ajuda mútua e estimula dar e receber apoio em graus diversos (RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

Os benefícios da rede dependem da possibilidade de prover a ajuda esperada e da percepção do apoio oferecido. O conceito de apoio social envolve auxílio

material, emocional e sentimento de pertença no contexto onde o indivíduo está inserido. Alude também à reciprocidade, pois tanto quem recebe como quem oferece apoio são beneficiados (RODRIGUES; FERREIRA, 2012).



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reflexões ao longo deste estudo nos fizeram ver que o cuidado prestado não é nosso, não é da equipe de saúde, mas da mulher que o reconhece enquanto fator agregador e nos permite participar dele, re-conhecendo neste processo seu corpo, autonomia e decisão.

Neste sentido, o ED, por meio de uma dinâmica dialógica, baseada em parâmetros da hermenêutica filosófica gadameriana, demonstrou ser na linguagem que se manifesta o ser com abertura dirigida ao entendimento, quando historicidade e tradição são trazidas na fusão de horizontes. O efeito disso ressoa nas vivências, no caso aqui, na parentalidade e naquelas relativas à rede social.

O ED permitiu à mulher empoderar de si e, por meio disso, do cuidado de seu filho enquanto ato parental. Neste sentido, compreendemos empoderamento como a tomada de consciência social e de si, possibilitando a emancipação individual e também de consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação exercida pelos serviços de saúde. Esse processo contribui com a dignidade enquanto cidadã e a liberdade responsável para decidir e controlar seu próprio e de outros.

Em relação ao controle do seu próprio destino, esse nem sempre é possível, o que fica evidente nas falas das participantes em relação à escolha do tipo de parto que desejavam ou nas questões de gênero retratadas. Assim, não transformaram por hora desfechos, mas deram passos nesse rumo.

O fato de estar gestante e participar de ED possibilitou a ampliação da rede social, agregando outros membros da comunidade e outras mulheres que vivenciam o período gestacional, porém, apesar dessa ampliação, sua rede de apoio social foi despertada à medida em que reconhecia seus pares e que identificava e acionava seus membros de acordo com o tipo de apoio que era premente.

Foi possível, ainda, observar, a partir das reflexões das participantes, no que os ED contribuíram para elas entrarem em contato com suas inquietações e desejos no âmbito da parentalidade e enquanto mulher.

Os resultados aqui obtidos construíram caminhos e abrem possibilidades a tantos outros, a partir do que fora provocado na fusão de horizontes com esse relato de pesquisa.

Trabalhar com a hermenêutica gadameriana exige do pesquisador olhar para si, na busca de ouvir e conhecer o outro e a si, olhar para pré-conceitos, historicidade, tradição e estar aberto a compreender a partir da alteridade revelada nesse encontro. Com isso, é imprescindível disseminar a relevância do encontro, da escuta, da alteridade no cuidado em saúde, quanto à abertura ao diálogo e ao colocar as concepções prévias em jogo, os quais constituem passos essenciais e fundantes de uma atitude acolhedora em saúde.

Nesse sentido, sentimos a resistência de alguns membros da equipe da USF, parceira do estudo, em acreditar na proposta do ED, de envolverem-se com sugestibilidade de ser o modelo tradicional de grupo de gestantes mais efetivo, sobretudo pelo fato de ter uma agenda temática pré-estabelecida. Observamos que, apesar dos nossos convites e esforços para o envolvimento da equipe, sua participação era incipiente. Nas escassas idas aos ED mantinham posição prescritiva, autoritária e, por vezes, apática.

É limitador do estudo retratar uma experiência em local e com população específica, mas há valia nos achados, pois retratam os efeitos de um processo interventivo longitudinal apreciado sob um rigor metodológico recomendado a pesquisas qualitativas.

As mulheres apontam contribuições e as reconhecem, como já exposto acima, seja em termos informacional, empoderador de si, ou ampliador da rede de apoio social. Todos estes aspectos contribuem com a autonomia, elemento fundante à tomada de decisões cômicas, colaborando para que as mulheres sejam autoras de sua história de parentalidade, para que sejam autoras das descobertas de si enquanto mulheres.

Seja pelos achados, seja pela percepção do vivenciado enquanto facilitadora do ED ou pesquisadora, também recomendo investimentos em processos interventivos em saúde pautados na valorização do diálogo, de acordo com os preceitos da hermenêutica filosófica gadameriana.

Tanto quanto para a enfermagem quanto para a Atenção Primária a Saúde, este estudo trouxe contribuições na ampliação do olhar para o encontro entre o sujeito social, a comunidade e a equipe de saúde, reconhecendo potencialidades na coconstrução dos modos de promover saúde.

Fica a sugestão de outras intervenções com aproximações de desenho ao aqui praticado, no intuito de confirmar e ampliar as contribuições à saúde. Puerpério, aspectos de gênero, cuidado ao adolescente, são algumas das temáticas que foram ressaltadas neste estudo e que podem vir a ser exploradas.

Assim, o ED, estratégia coletiva de intervenção dialógica e educativa no pré-natal, contribuiu com a parentalidade e a ampliação da rede social das mulheres que dele participaram. Identificou-se satisfação e empoderamento àquelas que dele participaram. Contudo, sinalizou-se que “uma andorinha sozinha não faz verão”, de forma a clamar pela extensão do ato de acolher (quando o diálogo é essencial) a vários espaços outros da saúde, no intuito de poder contribuir com a autoria e a autonomia das mulheres no manejo da sua história de parentalidade.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R.M.; LIMA, S.K.A.; TORRES, C.M.G. O processo de educação em saúde da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face á realização do pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Rev Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v.2, n. esp., 2014.

ALEXANDRE, A. M. C.; LABRONICI, L. M., MAFTUM, M.A., MAZZA V.A. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **RevEscEnferm USP**,v. 46, n. 2, p. 272-9, 2012.

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2012.

ALMEIDA M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.**Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 2, n. 42, p. 54-347, 2008.

ALVES, A. C. P.; FIGUEIREDO, M. D. F. E. R.; SOUSA, N. P. L. D.; OLIVEIRA, C. J. D.; OLIVEIRA, D. R. D.; SOUSA, W. M. D Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, esp.1, p. 648-53, 2013.

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface(Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 651-62, 2011.

ANGELO B. H. B.; BRITO, R. S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Rev. Rene**, v. 5, n. 13, p. 70-1163, 2012.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.

ARRAIS, A. R.; MOURAO, M. A.; FRAGALLE, B. The psychologicalprenatalprogram as a prevention tool for postpartumdepression. **Saude soc.**, v. 23, n. 1, p. 251-264, mar., 2014.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Junior AGS (org). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESC, 2011, p. 27-44.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas.**Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS) [homepage na internet]. **Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2010**. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

BARRETO, C. N.; RESSEL, L. B.; SANTOS, C. C.; WILHELM, L. A., SILVA, S. C.; ALVES, C. N. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **RevenfermUFPE.[Internet]**, v. 7, n. 5, p. 4354-63, 2013.

BARROS, V.C.; SANTOS, J.F.C.; LIMA, L.A.; FONSECA, D.L.; GIOVANNI, M. L. Depressão e apoio social em gestantes de fetos com malformações. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4, p. 391-402, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. Cadernos HumanizaSUS, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede cegonha**. Fiocruz pesquisa preferência das brasileiras pela cesariana. São Paulo, 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4218/162/fiocruz-pesquisa-aumento-%3Cbr%3Ede-cesarianas-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. 12 dez 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à Saúde da Mulher e da Criança. **Rede Cegonha: Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Código Civil**. Código civil brasileiro e legislação correlata. 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 616 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de humanização do parto**: humanização no Pré-Natal e Nascimento./Ministério Saúde,Secretaria Executiva – Reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARNEIRO, M. S.; TEIXEIRA, E. ; SILVA, S. E. D.; CARVALHO, L. R.; SILVA B. A. C.; SILVA, L. F. L. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 446-453, abr/jun, 2013.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl.1, p. 545-55, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

CREMONESE, L.; RESSEL, L. B.; WILHELM, L. A.; RODRIGUES, B. O. C.; SCARAMUSSA, S. C.; BARRETO, O. C. N. et al. Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. **Anais do XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**: Aprender e Empreender na educação e na ciência. Santa Maria - RS. 2012; n. 3 p. 1-7. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5784.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2014.

DELFINO, M. R. R.; PATRICIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVERIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 9, p. 1066-1057, 2004.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; DITZ, E.S.; TAVARES, T. S.; SILVA, P. M.; WALTY, C. M. R. F. A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulação da gestão, ensino e assistência. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 713-20, 2013.

FERREIRA, A. I. G.; SOARES, V.; NITSCHKE, R. G.; THOLL, A. D.; MUÑOZ M. A. G. C.; MICHELIN, S. R. O Quotidiano De Gestantes: A Enfermagem Promovendo O Ser Saudável.**Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 987-94, out-dez, 2014.

FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-360, 2013.

- FRANCO, A. L. S. **O grupo Maternar**. Uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde -UFBa. **Aletheia**, Canoas , n. 37, p. 228-234, abr. 2012.
- FRIGO, L. F. et al. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência, **Rev.Epidemiol.Control.Infect.** V. 3, n. 2, pag. 113-114, 2012.
- FUSARI, L. Verdade contra o método: uma hermenêutica da hermenêutica filosófica gadameriana. In: **Semana Acadêmica do PPG Em Filosofia da PUCRS**, Rio Grande do Sul, 2011. Anais. p. 49-56.
- GADAMER, H. G. **Verdade e Método II**. Tradução de Ênio Paulo Giachini; revisão da tradução Márcia Sá Cavalcante-Schuback. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2011.
- GADAMER, H. G. **Verdade e Método I**. Tradução de Ênio Paulo Giachini; revisão da tradução Márcia Sá Cavalcante-Schuback. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2014.
- GEANELLOS, R. Sustaining well-being and enabling recovery: the therapeutic effect of nurse friendliness on clients and nursing environments. **Contemp Nurse**, v.19, n. 1, p.242-52, 2005.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**.6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GUANAES-LORENZI,C. A Construção do Cuidado no Diálogo entre Usuários e Profissionais de Saúde. **Sau. &Transf. Soc.**, v. 4, n. 3, p. 43-51, 2013.
- HOGA L. A. K.; REBERTE L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **RevEscEnferm USP**, v. 4, n. 41, p. 66-559, 2007.
- HOLMES, E. K.; SASAKI, T.; HAZEN, N. L. Smooth versus rocky transitions to parenthood: family systems in developmental context. **Family Relations**, v. 62, n. 5, p. 824-837, 2013.
- HOUZEI, D. **As implicações da parentalidade**. In: Solis-Ponton, L. (Org.). Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage na internet]. **Censo 2010**. Disponível em <www.censo2010.ibge.gov.br> Acesso em: 10 Nov. 2014.
- KELLER, H. **Cultures of infancy**. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates, 2007.
- LATHROP, B. A systematic review comparing group prenatal care to traditional prenatal care. **Nurs Womens Health**, v. 17, n. 2, p. 118-30, 2013.
- LAWN, C. **Compreender Gadamer**. Tradução Hélio Magri Filho. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

- LÍBERA, B. D.; CLÁUDIA SAUNDERS ; SANTOS M. M. A., SOUZA; RIMES, K. A.; BRITO, F. R. S. S.; BAIÃO, M. R. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 16, p. 4855-4864, 2011.
- MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.
- MARTINS, Q.P.M.; FERREIRA, G.S.M.; ARAGÃO, A.E.A.; GOMES, F.M.A.; ARAÚJO,L.M.;FERREIRA, F.I.S. Conhecimentos de Gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE**, v.14, n.02, p. 65-71, jul./dez., 2015.
- MELLER, F. O.; SCHÄFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 16, n. 9, p. 3829-3835, 2011.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.3, p. 621-626, mar., 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, revista e aprimorada, 2006.
- NAKANO, A. M. S.; BELEZA, A. C.; GOMES, F.A.; MAMEDE, F. V. O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Rev. Bras. Enferm**, v. 3, n. 56, p. 242-247, 2003.
- NEVES, P. R.; SALIM, N. R.; SOARES G.C.F.; GUALDA, D. R. M. Experiences of women in a pregnant group: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p.862-871, 2013.
- OLIVEIRA. M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 81-88, 2012.
- OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério.**Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.
- PARADA C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**,v. 1, n. 8, p. 113-124, 2008.
- PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar revendo conceitos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 324-27,2008.
- PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; RITA SOBREIRA LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PIMENTA, L.F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. The cultural construction of the birth process. **J. res.: fundam. care. online**, v. 5, n. 4, p. 591-98, 2013.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências:[revisão]. **Femina**, v. 38, n. 10, p.527-537, 2010.

PREFEITURA Municipal de São Carlos. **Atendimento especializado para gestantes e bebês de alto risco**, 2006. Disponível em:<<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2006/148713-atendimento-especializado-para-gestantes-e-bebes-de-alto-risco.html>>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

RAVELI, A. P. X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 1, n. 29, p. 9-54, 2008.

RELVAS, A. P. **O ciclo vital da família: perspectiva sistêmica**. 3. ed. Porto,Portugal: Edições Afrontamento, 2004.

RESSEL, L. B.; NUNES, B. C.; CARBONELL, S. C.; ANTUNES, W. L.; KONZGEN, M. S. M.; NEUMAIER, A. C. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015.

RODRIGUES, D. P; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M; RODRIGUES, M. C. P.O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enferm**, v. 2, n. 15, p. 86-277, 2006.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 781-7,2012.

ROMEU, G. **Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa**. In: MINAYO,M.C.S. (organizadora). 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A.; DUPAS, G.; COSTA, D. B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. 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.

SILVA, A. C. M. A.; VILLAR, M. A. M.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. A. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 349-58, 2009.

SILVA A.L.; NASCIMENTO E.R.; COELHO E.D.; NUNES I.M. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. *Revista Cubana de Enfermería*, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Fecha de acceso: 10 Out. 2014.

SILVA, D. D. F.; LIMA, D. L.; ROSITO, D. B.; RIBEIRO, S. M. F.; FIGUEIREDO, M. C. Percepções e saberes de um grupo de gestante sobre aleitamento materno - um estudo qualitativo. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 7-11, 2008.

SILVA, R. M.; COSTA, M. S.; MATSUEI, R. Y.; SOUSA, G. S.; CATRIBI, A. M. F.; VIEIRA, L. J. E. S. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n.3, p.635-642, 2012.

SOARES, H. M. **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem**. Tese de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2008.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 31, n. 3, p. 521-8, 2010.

THIENGO, D. L.; SANTOS, J. F. C.; MASON, V. C. M.; LÚCIA ABELHA, L.; LOVISI, G. M. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Colet.*, v. 19, n. 2, p. 129-38, 2011.

VASCONCELO, S. E. M.; SILVEIRA, M. F. A.; EULALIO, M. C.; MEDEIROS, P. F. V. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1225-1234, 2009.

VIEIRA, S. M.; BOCK, L. F.; ZOCICHE, D. A.; PESSOTA, C. U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto contexto - enferm.*, v. 20, n. spe, p. 255-262, 2011.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde de Adolescentes no Pré-Natal e Puerpério. *Esc Anna Nery*, v. 2, n. 16, p. 312-319, 2012.

WALKER, W. Hermeneutic inquiry: insights into the process of interviewing. *Nurse Researcher United Kingdom*, v. 18, n. 2, p. 19-27, 2011.

WERNET, M.; BUSSADORI, J. C. C.; FABBRO, M. R. C.; SILVEIRA, A. O.; NAPOLEÃO, A. A. Risco de paternidade ou maternidade prejudicada: um olhar ao ciclo gravídico puerperal In: Herdman TH; NAPOLEÃO A. A. (org) **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**: ciclo quatro. Porto Alegre: Artmed-Panamericana, 2016.

WILD, F. C.; SILVEIRA, A.; FAVERO, N. B. Ações educativas com o grupo de gestantes usuárias da atenção básica: um relato de experiência. *Journal of Nursing*, UFPE, v. 9, n. 10, p.9633-9638, 2015.

WOOD, P. J. GIDDINGS, L. S. Understanding experience through Gadamerian hermeneutics: an interview with Brian Phillips. **Nursing Praxis in New Zealand**, v.21, n.2, p.3-14, 2005.

ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, V. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; REGIS, M. I.; BRASIL, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, v. 4, n. 19, p. 27-719, 2010.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant.**,v. 10, n. 3, p. 359-367, jul. / set., 2010.

ZORNING, S.M.A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da Parentalidade. **Tempo psicanalítico**, v. 42, n. 2, p. 453-470, 2010.

APÊNDICE E ANEXOS

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **Diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)**, aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos. Você foi selecionada para esta pesquisa por ter integrado um mínimo de 3 encontros de diálogos no pré-natal, ter parido na cidade de São Carlos/SP e ser maior de 18 anos ou emancipada. Contudo sua participação não é obrigatória.

O objetivo deste estudo é compreender a influência de diálogos no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança. Sua participação nesta pesquisa consiste em conceder uma entrevista, que será gravada em áudio para evitar a perda de dados importantes. O local sugerido para a entrevista é seu domicílio, contudo ele pode ser modificado para um de sua escolha desde que este tenha um mínimo de interferências.

Após a gravação, o material será transcrito e analisado para identificar aspectos importantes de sua experiência. Narrar experiências de vida pode colaborar com o enfrentamento das situações postas ao dia a dia e, especificamente neste estudo envolverá questões sobre o parir, nascer e cuidar do filho. É possível que durante a entrevista venham à tona lembranças de sofrimentos presentes nessa experiência e, em caso positivo, nos dispomos a, na existência, encontrar algum profissional que a acolha e acompanhe dentro da abrangência do município de São Carlos.

As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a equipe de pesquisadores coordenados pela Dra. Monika Wernet, professora da Universidade Federal de São Carlos. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A participação no estudo não acarretará em gastos para você, nem qualquer tipo de pagamento.

Monika Wernet

Rodovia Washington Luís, Km 235.

Departamento de Enfermagem,

Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos- SP

Fone: (016) 3351-8334

E-mail: monika.wernet@gmail.com

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data _____, ____ de _____ 201__.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B**Coleta de Dados - Formulário de Identificação**

Nome fantasia _____

Nome _____

Idade Materna _____ Escolaridade _____

Gestação _____

IG. _____ Data do Nascimento _____ Peso ao nascer. _____

Tipo de parto _____ Nº de consultas de Pré-Natal _____

Nº de participações no grupo. _____

Intercorrências do Parto _____

Moradia _____

Renda _____

Relações familiares _____

TACE: () Sim () Não

Endereço _____

Telefone _____ Número do Prontuário _____

Pesquisador _____ Data _____

ANEXO A

Parecer da Secretaria Municipal de Saúde


Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde
 Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
 Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP
 CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716

PARECER Nº 61/2014

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: *“Diálogos no pré-natal: desdobramentos na experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s)”*; a ser desenvolvido pelas alunas Carla Regina de Almeida Corrêa, Flávia Corrêa Porto de Abreu e Amanda de Assunção Teodoro da Silva; do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Monika Wernet, tendo como objetivo geral compreender a influência de tecnologia leve (diálogos) no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, visto que serão realizadas entrevistas com mulheres; vale ressaltar o risco de desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos da pesquisa, em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento, bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se percebam riscos ou danos à sua pessoa, não previstos nos TCLE.

As pesquisadoras devem garantir sigilo das informações colhidas, de modo a não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa mantendo uma relação empática e respeitosa, explicitando os objetivos e finalidade desta pesquisa.

As entrevistas gravadas deverão ser única e exclusivamente utilizadas para o presente projeto, para fins estatístico, científicos ou didáticos sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Escola de Saúde em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas USFs rurais (USF Água Vermelha e USF Santa Eudóxia), caso haja necessidade de utilização dos espaços das Unidades afetas ao DGCA para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa, assim como a realização das entrevistas com as mulheres, deverão ser realizados pelas pesquisadoras sem qualquer ônus para o serviço;
- As pesquisadoras deverá se apresentar à gestão das equipes portando cópia deste parecer;
- O projeto só poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos, e após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mulheres participantes;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 01 de Dezembro de 2014.

Michelle Miorim Líbero
 Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
 Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP

via pesquisadora

ANEXO B**Parecer do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar do(s) filho(s).

Pesquisador: Monika Wernet

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41721415.9.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 957.814

Data da Relatoria: 10/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa que busca analisar os diálogos no pré-natal e a experiência de mulheres em parir e cuidar dos filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal na experiência de parir e nas práticas de cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança.

Objetivo Secundário:

- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no cuidado parental nos primeiros 4 meses após o nascimento da criança, com foco no uso da rede de apoio social;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no manejo materno das intercorrências com a criança nos seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no empoderamento materno/familiar para o parto/nascimento;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no período pré-natal no estímulo à criança com uso do brincar/brinquedo nas práticas de cuidado parental ao longo de seus primeiros 4 meses de vida;
- Compreender a influência de tecnologia leve ('diálogos') no

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 957.814

período pré-natal no estabelecimento dos afetos entre pais e criança(s) ao longo dos 4 primeiros meses de vida da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Relaciona-se com a exposição e confronto de entendimentos, os quais podem provocar desconfortos em relação ao concebido como uma verdade. Contudo, o desenho proposto tende a dar acolhimento a tal aspecto, uma vez que a conversa e a troca de opiniões norteia o processo, inclusive tentando se chegar a um denominador comum. Contudo, caso se identifique que o desconforto ocorreu e manteve-se após o término dos "diálogos", as pesquisadoras envolvidas com a condução do "diálogo" irão manifestar e tentar validar a percepção comentando a mesma com a mulher e, caso esta aponte que está de fato desconfortada, comprometem-se a acolhê-la imediatamente em uma conversa individual. Não sendo amenizado o desconforto irão solicitar à equipe da USF que ajude no encaminhamento da situação dentro dos recursos disponíveis à ela.

Benefícios:

Oportunidade de mulheres ampliarem conhecimentos e práticas envolvidas com o gestar, parir e cuidar de crianças. Além disto, os resultados obtidos, ao serem divulgados, apontarão as potencialidades e limites da tecnologia leve ("diálogos") explorada no estudo.

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE contém todas as informações necessárias as participante da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição está adequado.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 957.814

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 20 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br