

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUCIANA MAGNONI REBERTE

**CELEBRANDO A VIDA: CONSTRUÇÃO DE
UMA CARTILHA PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DA GESTANTE**

São Paulo

2008

LUCIANA MAGNONI REBERTE

**CELEBRANDO A VIDA: CONSTRUÇÃO DE
UMA CARTILHA PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DA GESTANTE**

Dissertação Apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Área de concentração:
Enfermagem obstétrica e neonatal

Orientadora:
Luiza Akiko Komura Hoga

São Paulo
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Reberte, Luciana Magnoni.

Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante / Luciana Magnoni Reberte. – São Paulo, 2008.

130p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luiza Akiko Komura Hoga.

1. Gravidez
2. Promoção da saúde
3. Cuidado pré-natal
4. Saúde da mulher
5. Comunicação em saúde. I. Título.

Nome: Luciana Magnoni Reberte

Título: Celebrando a vida: Construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho especialmente a Deus por iluminar meus caminhos.

Ao meu marido, João Paulo, por acreditar em mim, dividir angústias e as alegrias e por ter proporcionado os momentos mais felizes da minha vida.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, pelo amor, incentivo e apoio dedicado.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga, que me ensinou a arte de pesquisar. Pela amizade, dedicação, entusiasmo e apoio de sempre.

Sem vocês essa conquista não seria possível. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro ao projeto e concessão da bolsa de mestrado.

À Ana Luiza, minha grande admiração e agradecimento especial. Tive a felicidade de conhecê-la no percurso do mestrado, um exemplo de pessoa e profissional. Acreditou neste projeto, dividiu sua experiência e trabalhou junto para que ele se tornasse possível.

Ao Carlos Guena, pela disponibilidade, envolvimento, criatividade e competência empregada neste projeto.

Aos participantes do grupo de gestantes, que foram fundamentais ao desenvolvimento dessa pesquisa.

A todos os profissionais que contribuíram na indicação dos peritos.

Aos peritos e gestantes pelas valiosas contribuições, disponibilidade e envolvimento neste trabalho.

Prof. Dr. Fusari, Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, Prof.^a Dr.^a Cecília Hanna Mate, pelas contribuições no exame de qualificação que foram fundamentais ao desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rubens Kon e funcionários do CSEB pela disponibilidade e apoio a esta pesquisa.

Às funcionárias do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da USP, pela prontidão na atenção aos alunos.

Ao Marcello, pela revisão da formatação do texto e aos funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica.

À Nadir, pela grande colaboração na revisão da bibliografia da cartilha e da dissertação. À Andréia, Juliana e funcionários da Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP pela atenção.

Aos funcionários da gráfica da EEUSP, pela atenção e ajuda.

Ao Cel. Amaral pela solidariedade na revisão cuidadosa do português e grande apoio neste momento.

Aos meus amigos, Cathia, Rodrigo, Lurdes e Mahely pela grande ajuda, carinho e apoio.

Aos meus amigos da Pós-Graduação, Leno, Adriana, Liciane, Rocío, Mariana Bueno, Jaqueline, Natalúcia e Melina. Pelas dicas e por compartilhar as experiências do mestrado.

Aos meus irmãos, Thiago e Jéssica. À Roberta. Minha família e todos os amigos que me apoiaram e estiveram presentes de muitas maneiras.

Escrever, traduzir o pensamento, harmonizar as palavras, criar imagens através delas, fazê-las soar bem facilitando a leitura e a compreensão, acertar o ritmo, o tempo, o som. Escrever pensando em ser lido e compreendido, sem o suor do leitor, eis uma arte rara, não porque difícil, mas porque tem que ser desenvolvida, trabalhada, afinada.

(Caetano Nucci, 2004)

Reberte LM. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

A promoção da saúde da gestante, que pode ser feita mediante o fornecimento de orientações sobre o processo gestacional, as mudanças físicas e emocionais próprias da gravidez, o trabalho de parto, parto e puerpério, é preconizada como uma das atividades essenciais da assistência pré-natal. Uma cartilha educativa, com orientações fidedignas e significativas na perspectiva das gestantes, representa um subsídio importante para o desenvolvimento das atividades educativas do pré-natal. O objetivo geral desta pesquisa foi elaborar uma cartilha destinada à promoção da saúde da gestante e os específicos foram sistematizar o conteúdo da cartilha, selecionar as ilustrações da cartilha, compor a cartilha, validar o conteúdo da cartilha com a colaboração de peritos e validar a adequação da linguagem e das ilustrações da cartilha com a colaboração de gestantes. As etapas da elaboração da cartilha consistiram na sistematização de seu conteúdo, com base na identificação das demandas dos participantes de um grupo de gestantes mediante abordagem participativa, em momento anterior ao início da presente pesquisa. O conteúdo da cartilha foi elaborado em bases científicas, mediante revisão da literatura. A composição da cartilha, quanto à seqüência das informações, formatação das ilustrações, escolha das cores, diagramação, organização estrutural e formato final, foi realizada mediante assessoria de profissionais de comunicação. A versão preliminar da cartilha foi submetida ao processo de validação, que foi realizado com a colaboração de peritos e gestantes. Um grupo composto por oito peritos, que representavam as categorias de médico obstetra, enfermeiro obstetra, enfermeiro promotor da saúde, educador físico e auxiliar de enfermagem, fizeram a validação das informações, da linguagem, das ilustrações, da apresentação da cartilha e deram sugestões para aperfeiçoar a cartilha. A versão aperfeiçoada da cartilha foi entregue às gestantes em acompanhamento pré-natal em um serviço público de saúde. Elas foram solicitadas a ler a cartilha, indicar palavras, expressões, frases ou ilustrações incompreensíveis e dar sugestões para substituí-las. Este processo foi realizado até a fase em que não foram identificadas dúvidas a respeito do conteúdo da cartilha e isto

demandou a inclusão de nove gestantes. Concluída esta etapa, foram realizadas a última edição, a diagramação e a impressão da versão final da cartilha. O processo de construção da cartilha, desenvolvida mediante estratégia participativa, dialógica e coletiva, como preconizada nas práticas de promoção à saúde, foi construtivo e enriquecedor e seu emprego é recomendado para a elaboração de novas cartilhas educativas visando à promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Promoção da Saúde. Comunicação. Informação.

Reberte LM. Celebrating life: constructing a booklet for the health promotion of pregnant women [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (SP), Brasil; 2008.

ABSTRACT

The promotion of health among pregnant women, which can be accomplished by furnishing information about the gestational process, physical and emotional changes specific to pregnancy, labor, delivery and postpartum, is essential to prenatal care. An educational booklet with trustworthy and significant advice could represent an important contribution to prenatal awareness training. The general objective of this study, therefore, was to produce such a booklet: systematizing its content, selecting illustrations, organizing its composition, verifying information with experts, and testing the adequacy of its language and illustrations in collaboration with the target audience. The content systematization was based on the suggestions raised by a group of expectant mothers prior to the beginning of the present project. The content of the booklet was developed through a review of scientific literature. The composition of the booklet, i.e., the formatting of illustrations, color, design, organizational structure and the sequence of information, was accomplished with the help of communications professionals. A preliminary version of the booklet was submitted to a process of validation by both experts and pregnant women. One group of eight professionals, including obstetricians, nurses midwives, a health promotional nurse, a physical education professor and nursing auxiliaries, evaluated the information, language, illustrations, and the general format of the booklet, giving helpful suggestions. The revised version was delivered to nine expectant mothers participating in prenatal care at a public health service center, who were asked to read through the booklet and point out any difficult words, phrases, expressions or illustrations and give suggestions for substitutes. This step continued until no new objections to content could be found, and this final version was reformatted and printed. The process of developing this booklet by means of a collective, participatory dialog, a process widely recommended for health promotion strategies, was both constructive and enriching, and the authors suggest its use in similar enterprises.

KEYWORDS: Pregnancy. Health promotion. Communication. Information.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1. Sugestões dos peritos para inclusão de informações no texto, segundo o assunto.....67
- QUADRO 2. Sugestões dos peritos para a reformulação de informações no texto, segundo o assunto68
- QUADRO 3. Sugestões dos peritos para a exclusão de informações no texto, segundo o assunto69
- QUADRO 4. Sugestões dos peritos para a reformulação das ilustrações constantes na cartilha69
- QUADRO 5. Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de frases constantes na cartilha70
- QUADRO 6. Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de palavras constantes na cartilha71
- QUADRO 7. Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a exclusão de palavras constantes na cartilha71
- QUADRO 8. Sugestões das gestantes para a reformulação de informações no texto, segundo o assunto75
- QUADRO 9. Sugestões das gestantes para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de palavras constantes na cartilha76
- QUADRO 10. Sugestões das gestantes para a reformulação das ilustrações, segundo as ilustrações constantes na cartilha76

LISTA DE ABREVIATURAS

CSEB	Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa
MT	Medicina Tradicional
NAAM	Núcleo de Assistência para o AutoCuidado da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O INTERESSE INICIAL NA TEMÁTICA ABORDADA NESTA PESQUISA	17
1.2 A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO	20
1.3 REVISÃO DA LITERATURA.....	28
1.3.1 Histórico dos materiais educativos impressos destinados às gestantes	28
1.3.2 A educação e promoção da saúde da gestante.....	37
1.3.3 O emprego da abordagem corporal na assistência pré-natal	41
1.3.3.1 O relaxamento	43
1.3.3.2 A acupuntura	44
1.3.3.3 A massagem	45
1.3.3.4 A yoga	45
1.3.3.5 A respiração	46
1.3.3.6 As posturas corporais	47
1.3.3.7 Os exercícios na água.....	47
1.3.3.8 Atividade e condicionamento físico.....	48
2 OBJETIVOS	51
2.1 OBJETIVO GERAL	51
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
3 METODOLOGIA	53
3.1 TIPO DE PESQUISA	53
3.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA	53
3.2.1 A sistematização do conteúdo	53
3.2.2 A seleção das ilustrações.....	54
3.2.3 A composição da cartilha	54
3.2.4 Os critérios editoriais utilizados	55
3.2.5 A validação por peritos	56
3.2.6 A validação pelas gestantes.....	59
4 RESULTADOS.....	63
4.1 A VERSÃO INICIAL DA CARTILHA.....	63
4.2 A SELEÇÃO DAS ILUSTRAÇÕES	63
4.3 AS CARACTERÍSTICAS DOS PERITOS	64
4.4 AS CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES.....	65
4.5 AS SUGESTÕES DOS PERITOS	66
4.5.1 Referentes às informações do texto.....	66

4.5.2 Referentes às ilustrações	69
4.5.3 Referentes à linguagem	70
4.6 SUGESTÕES NÃO INCORPORADAS NA CARTILHA.....	71
4.6.1 Referentes às informações do texto.....	72
4.6.2 Referentes às ilustrações	73
4.7 OPINIÃO DOS PERITOS A RESPEITO DA CARTILHA	74
4.8 AS SUGESTÕES DAS GESTANTES	75
4.8.1 Referentes às informações do texto.....	75
4.8.2 Referentes à linguagem	76
4.8.3 Referentes às ilustrações	76
4.9 OPINIÃO DAS GESTANTES A RESPEITO DA CARTILHA.....	76
4.10 A versão final da cartilha.....	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
5.1 UMA RETROSPECTIVA DO CAMINHO TRILHADO	84
5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS E APÊNDICES	96

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O INTERESSE INICIAL NA TEMÁTICA ABORDADA NESTA PESQUISA

A temática da gravidez tem sido a área de interesse desta pesquisadora desde a graduação, especialmente quando surgiu a oportunidade de entrar em contato mais profundamente com esse universo, enquanto bolsista de iniciação científica. Esta bolsa teve início no terceiro ano do Curso de Bacharelado em Enfermagem, em 2004. Naquela ocasião esta pós-graduanda participou de um projeto que tinha o objetivo de promover o bem-estar da mulher na gravidez e no desenvolvimento de um grupo de gestantes que associava a atividade de pesquisa. Desde o início das sessões grupais foi possível observar a riqueza das informações geradas pelo grupo, que proporcionou resultados importantes, divulgados na forma de artigos e participação em eventos científicos. A realização daquela atividade junto ao grupo de gestantes incluía a premissa da identificação de demandas por promoção e educação para a saúde, e posterior produção de um material educativo. Presumiu-se que a existência deste tipo de recurso poderia abranger um número maior de gestantes, inclusive seus maridos ou acompanhantes, de modo a proporcionar benefícios a todos os participantes de uma atividade educativa de um grupo.

Durante a formação como especialista em enfermagem obstétrica e na atuação profissional em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), também foi constada a importância da promoção da saúde e da valorização das necessidades das gestantes. Passou a ser entendido que um material educativo poderia ser um instrumento valioso para uma atenção mais efetiva às gestantes.

Por outro lado, questionamentos eram realizados sobre a possibilidade de aproximar o trabalho científico à realidade das gestantes e da viabilização de um material de qualidade, que não tivesse conotação prescritiva e ao mesmo tempo, promovesse uma aproximação com a linguagem popular. Para tanto, haveria a necessidade de se conhecer os meios para possibilitar a produção de um material educativo proposto para difundir um trabalho desenvolvido de

forma restrita em conjunto com um pequeno grupo, mas que foi avaliado positivamente por seus participantes. Estas questões tiveram repercussão em relação às atividades do Grupo de Pesquisa Núcleo de Assistência para o AutoCuidado da Mulher (NAAM), da Escola de Enfermagem da USP, que conta com a participação desta pesquisadora desde 2005, e cujas atividades tem se destinado à identificação de necessidades relativas à promoção do autocuidado e o seu correspondente atendimento, do âmbito da educação, promoção e assistência em todas as fases e eventos relacionados à vida da mulher, inclusive as que envolvem o período gestacional e puerperal. Para tanto, os trabalhos de pesquisa atualmente desenvolvidos pelos membros deste Grupo visam desenvolver estratégias que possibilitem a produção de materiais educativos voltados à promoção da saúde da mulher, buscando atender as necessidades das pessoas.

O autocuidado é entendido como o desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e seu bem-estar. Nesse processo existe uma ação, que é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado (Foster, Benett, 2000).

Inúmeros fatores condicionantes básicos podem afetar essa capacidade, como idade, sexo, fatores do sistema familiar, padrões de vida, adequação e a disponibilidade de recursos e, podem gerar demandas por autocuidado. Essas envolvem as ações a serem desempenhadas com alguma duração, para preencher exigências do autocuidado, provocando eventos e resultados que beneficiam as pessoas de maneira específica (Foster, Benett, 2000).

Tendo em vista o cuidado como objeto e essência do trabalho da enfermagem, promover o autocuidado é um requisito fundamental de sua prática, atuando de maneira efetiva para promover o paciente como um agente do próprio cuidado. Assim, considera-se a capacidade da pessoa em desempenhar medidas exigidas pelo autocuidado, mesmo que em algumas situações exista a necessidade do apoio. A ajuda envolverá, portanto, a tomada de decisão e a aquisição de novos conhecimentos e habilidades.

No trabalho com a promoção do autocuidado, são muitos os desafios para o estabelecimento de uma prática efetiva, dada as múltiplas dimensões do ser humano que estão diretamente relacionadas ao fator cultural.

A prática do cuidado, considerando uma perspectiva mais ampla do ser humano e a sua inserção cultural é expressa pela Teoria do Cuidado Cultural, proposto por Leininger (1991). O conceito de cuidado humano, sobre o qual esta teoria está fundamentada, foi elaborado a partir de uma dimensão holística e singular, para que ele refletisse os modos de cuidar de indivíduos e grupos culturais nas situações de bem-estar e de enfermidade.

A principal meta da Teoria do Cuidado Cultural (Leininger,1991) é a provisão de um cuidado culturalmente congruente para indivíduos ou grupos culturais. Para atingi-la, ela considerou primordial identificar as similaridades e diferenças existentes entre o cuidado profissional e o cuidado genérico (cuidado popular). À enfermagem, cabe obter um corpo sistematizado de conhecimentos a respeito do cuidado humano na perspectiva transcultural, pois ele constitui o alicerce da profissão e é fundamental para prover um cuidado culturalmente congruente.

Aspectos específicos a cada cultura e a dimensão universal do cuidado humano, aquela que está presente em todas as culturas, necessitam ser descobertos a partir das distintas dimensões que compõem a visão de mundo e a estrutura social. Em sua teoria, este conhecimento é essencial para prover um cuidado culturalmente apropriado para indivíduos ou grupos originários de culturas distintas. Assim os fatores culturais, ou seja, tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, de parentesco, políticos, legais, econômicos, educacionais, os modos de vida e valores culturais, que sofrem influência mútua, devem ser considerados nas práticas, expressões e normas de cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições nos diversos sistemas de saúde (Leininger, 1991).

Entende-se que a proposição de ações no âmbito da promoção da saúde e do autocuidado deve considerar a relevância do aspecto cultural e seus

diferentes níveis, que envolve a preservação, acomodação, negociação ou repadronização do cuidado cultural.

Busca-se com isso, agir diante das necessidades identificadas, ou seja, apenas quando os hábitos da vida diária e de cuidado estiverem sendo prejudiciais à pessoa ou comunidade sob os cuidados de enfermagem. Somente nestes casos é que a enfermagem deve propor ações com o intuito do seu cliente repadronizar suas práticas de cuidado.

1.2 A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO

A promoção da saúde na gestação é um trabalho fundamental na assistência pré-natal, pois contribui para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da gestante. Trata-se de uma medida que também favorece o estabelecimento de uma relação comprometida entre a equipe de saúde, as gestantes, seus companheiros e demais membros de sua família (Pelicione, 2002).

O fornecimento de orientações sobre o processo gestacional, incluindo as mudanças corporais e emocionais que ocorrem durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério é preconizado como uma atividade da assistência pré-natal. Estas, quando inseridas em uma prática educativa, como as atividades grupais, visam promover a saúde da gestante e, conseqüentemente, a saúde de seu filho e de sua família (Brasil, 2001).

Estima-se que o êxito destas atividades depende da habilidade em combinar uma variedade de métodos de comunicação, pois raras vezes se consegue desenvolver uma atividade educativa eficaz em matéria de saúde somente com o uso de uma única forma de comunicação. Os recursos de comunicação, como os materiais educativos podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar a educação em saúde, facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação dos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreenderem melhor o processo pelo qual estão passando (Echer 2005).

Podem ser identificadas inúmeras formas e pressupostos que conduzem o processo de construção destes materiais, que são influenciados por teorias orientadoras. No entanto, o diálogo aberto e a interatividade entre os sujeitos envolvidos são mais facilmente estabelecidos nos casos que se aplicam modelos de comunicação pautados em uma relação dialógica e multidirecional (Carvalho, 2007). Isto é, uma relação que demanda a capacidade de ouvir o outro e perceber suas singularidades, valorizando a interação e a troca de conhecimentos, em harmonia com a realidade das pessoas (Freire, 1996).

Considera-se que este fundamento deve nortear a construção de materiais educativos, já que sua finalidade deve ter em vista o atendimento das necessidades próprias da clientela à qual eles estão direcionados. Entretanto, o desenvolvimento deste tipo de trabalho, feito mediante construção compartilhada de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos, ainda não é predominante nas práticas de educação em saúde. Observa-se que as ações deste âmbito são realizadas sem levar em consideração a perspectiva das pessoas envolvidas.

Na avaliação da produção de materiais educativos impressos utilizados em um hospital do Rio de Janeiro, com a participação de profissionais envolvidos nesse tipo de produção, verificou-se a inexistência de pesquisas prévias sobre as necessidades dos usuários desse hospital para a criação de materiais educativos impressos. Esse fato resultou em simplificações e reducionismos, sobretudo na definição dos conteúdos, que foi feita pelos próprios profissionais. Os únicos estudos prévios à produção desses materiais foram relacionados à identificação do nível de escolaridade dos usuários, que somado a inexistência de outras pesquisas, reforçavam uma caracterização estereotipada desses sujeitos a partir de suas carências (Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva, 2002).

Uma busca por exemplares impressos, disponíveis atualmente às gestantes nas instituições do Sistema Único de Saúde da Cidade de São Paulo, permitiu verificar a existência de três materiais educativos desta categoria. Observou-se, entretanto, que estes materiais tinham sido elaborados sem

identificação prévia e sistematizada das demandas próprias das gestantes, tampouco foram validados no momento da elaboração. Apenas um deles tinha sido validado, após ter sido concluído e estar disponível aos leitores.

O primeiro material educativo, em utilização em um Hospital Universitário, produzido por Montano (s.d), apresentava conteúdo que consistia na descrição do desenvolvimento da gravidez, das alterações físicas, dos desconfortos e continha orientações sobre cuidados na gravidez, sinais do trabalho de parto, tipos de parto, anestesia, orientações a respeito da instituição e dicas sobre cuidados com o recém-nascido. As ilustrações se referiam aos órgãos genitais masculino e feminino, ao processo de ovulação e de fecundação. Neste material, a ênfase esteve direcionada à reprodução da filosofia da instituição, pois seu conteúdo possuía características de uma criação realizada verticalmente, ou seja, com as idéias partindo exclusivamente da perspectiva dos profissionais.

O segundo se referia a um material elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e era destinado à distribuição na assistência pré-natal (São Paulo, 2004-2005). Seu conteúdo consistia na descrição das ocorrências mais comuns de cada trimestre da gravidez, as condutas profissionais durante as consultas do pré-natal, na assistência ao trabalho de parto e os direitos da gestante. Esta cartilha continha espaços para que as gestantes pudessem anotar suas dúvidas para discussão na consulta de pré-natal. Seu texto fazia uma aproximação da gestante com os seus direitos enquanto usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e apontou as responsabilidades do setor saúde com relação ao oferecimento de uma assistência de qualidade durante o pré-natal. Percebeu-se neste material um recurso para a apropriação destas informações e um impulso importante para o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre o profissional de saúde e a gestante no processo comunicativo e reivindicatório. Nesse sentido, o material reservava espaços para o registro das dúvidas das gestantes e frases de estímulo para a exposição de dúvidas na conversa com o profissional de saúde.

No entanto, este material manteve sua estrutura independente das demandas das gestantes, pois apresenta desníveis relativos à comunicação e conteúdos técnicos de caráter diretivo. Observou-se que os argumentos apresentados neste material independem das condições individuais e do ambiente externo que envolve as gestantes. Avaliou-se que este tipo de material, que deixa de fornecer justificativas para a adoção de determinados comportamentos, revela a distância no estabelecimento do processo comunicativo.

O terceiro, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e a Associação Comunitária Monte Azul, consistia em uma cartilha destinada às famílias que possuem crianças até seis anos de idade e /ou gestantes (Chiesa, Batista, 2003). Apresentava conteúdos referentes ao desenvolvimento infantil e aos cuidados adequados na infância. Entretanto, condutas recomendadas às gestantes durante o pré-natal para a proteção fetal foram incluídas em seu conteúdo. Esse material foi avaliado quanto a sua efetividade por Grippo (2007). Itens como o formato, conteúdo, interesse, compreensão e os assuntos discutidos na cartilha em termos de importância e descrição de ações cotidianas específicas para cada tema foram avaliados pelos usuários. Concluiu-se que a cartilha serviu para estreitar as relações com a equipe de saúde e melhorar o interesse pelos assuntos da cartilha, além de ter sido avaliada positivamente em relação a sua compreensão e interesse.

Considerando que este último material estava direcionado especificamente à temática do cuidado com a criança, constatou-se a inexistência de materiais educativos, na Cidade de São Paulo, direcionados às gestantes, que estivessem alinhados à perspectiva da construção do conhecimento de forma dialógica e de acordo com as necessidades dos usuários.

Considerou-se que, além da identificação das necessidades dos usuários dos materiais educativos, deve-se avaliar também a adequação da linguagem e das ilustrações contidas neste tipo de material, segundo a perspectiva de seus

próprios leitores. Nesse aspecto, observou-se no decorrer das práticas educativas, a complexidade envolvida no processo de decodificação da linguagem, da científica para a popular e dos conteúdos abordados. Acreditou-se que uma atenção especial deveria ser destinada ao processo de comunicação, um importante aspecto do trabalho educativo no âmbito da atenção à saúde. Neste item, um processo de decodificação, coerente e acessível aos interlocutores, deve ser realizado pelos responsáveis pela atividade, de modo a possibilitar a fácil compreensão do conteúdo abordado (Perdicaris, 2001).

Preconizou-se que os materiais educativos devem ser disponibilizados nas práticas educativas do âmbito da saúde. Entretanto, seu emprego não pode ser feito como uma substituição do processo comunicativo, que precisa existir neste ambiente. Considerou-se que o processo de produção deste tipo de recurso deve reconhecer o papel do usuário como sujeito na construção do conhecimento, além de sua relação com o contexto social e cultural (Vasconcelos-Silva, 2003; Carvalho, 2007).

Fundamentado neste princípio, um grupo de gestantes com envolvimento dos maridos foi desenvolvido em momento anterior à proposição deste projeto de pesquisa, no ano de 2004. A realização daquela atividade, feita mediante abordagem participativa, visava, além da promoção e educação para a saúde dos envolvidos, a obtenção de dados para compor um material educativo destinado às gestantes, visando o atendimento de suas próprias demandas. Para tanto, todas as sessões grupais realizadas foram gravadas em áudio, o que permitiu preservar o conjunto do conteúdo trabalhado.

Procedeu-se desta forma, com base na crença de que as demandas originárias dos próprios participantes de um grupo de gestantes devam ser correspondidas, pois este é um aspecto vital para o êxito de um trabalho de promoção da saúde no período gestacional. Este trabalho foi importante, sobretudo para propiciar uma vivência mais enriquecedora deste período do curso da vida da mulher e de seu marido.

O referido grupo, composto por oito gestantes e quatro acompanhantes, foi realizado em um Hospital Universitário, no setor de ambulatório, em 2004. A idade das gestantes variou entre 18 e 39 anos, todas eram casadas ou se encontravam em situação de união consensual. No que se refere à escolaridade, duas gestantes completaram o ensino médio e as outras seis tinham nível superior completo. Quanto à religião, cinco eram católicas, uma evangélica, uma espírita e a outra budista. Em relação aos antecedentes obstétricos¹, seis eram primigestas, uma era secundigesta e uma era tercigesta. A gravidez não tinha sido planejada por cinco delas e três tinham planejado. Todas referiram boa aceitação da gravidez. Na primeira sessão elas se encontravam com 16 a 30 semanas de gestação e suas atividades de lazer incluíam as atividades físicas, entre elas hidroginástica e caminhada. Os maridos tinham idade entre 37 a 43 anos, a escolaridade de um deles era o ensino médio completo e dos outros três era superior completo. Eles exerciam as funções de engenheiro, professor universitário, trabalhador autônomo e arquiteto. Quanto ao número de filhos, um já tinha tido filho e três iam tornar-se pais pela primeira vez.

As sessões desse grupo de gestantes foram desenvolvidas mediante a abordagem participativa, mais especificamente, a metodologia de pesquisa-ação. Esta estratégia, que possuía característica exploratória, teve o pressuposto de associar a ação com uma atividade de pesquisa (Thiollent, 2005). Entendeu-se que tal estratégia poderia possibilitar a capacidade participativa coletiva em todo o processo de desenvolvimento do grupo de gestantes, mantendo o foco da atenção às necessidades emanadas pelo grupo. Nesse sentido, valorizou-se a capacidade de aprendizado dos participantes, considerados atores sociais ativos, capazes de produzir conhecimento e participar da tomada de decisões grupais.

Foram adotadas estratégias para efetivar a abordagem participativa, como o incentivo à expressão de demandas por conteúdos e por cuidado corporal, desde as primeiras sessões. Definiu-se assim, um conjunto de temas de interesse a serem trabalhados no desenvolver das sessões. Essa abordagem

¹ O termo “antecedentes obstétricos” se refere, entre outros aspectos, ao número de gestações. Primigesta: uma gestação, Secundigesta: duas gestações e Tercigesta: três gestações.

foi utilizada durante todas as sessões, para que os participantes pudessem sugerir a inclusão de novos assuntos.

Foram coletados e analisados dados de entrevistas feitas com os participantes do grupo, sobre a percepção da metodologia empregada. Constatou-se que ela favoreceu a identificação e o atendimento das demandas que emergiram nas sessões grupais. A adoção desta estratégia permitiu que os participantes pudessem sugerir os conteúdos que seriam trabalhados durante os encontros (Hoga, Reberte, 2007).

A metodologia participativa adotada no desenvolvimento do grupo foi avaliada de forma positiva pelos participantes do grupo. A justificativa para esta avaliação baseou-se nos benefícios proporcionados pela participação grupal e na liberdade para expressar dúvidas e emitir opiniões. Estes fatores promoveram a identificação dos membros do grupo entre si, geraram um clima de liberdade na interação entre eles e coordenadores. Estes aspectos possibilitaram que o conteúdo desenvolvido estivesse em conformidade com os interesses dos participantes (Hoga, Reberte, 2007).

Naquela atividade, foi proposta também a inclusão de algumas abordagens corporais com o intuito de promover o bem-estar das gestantes. As técnicas corporais desenvolvidas foram massagem de deslizamento manual nos membros inferiores, no sentido caudal para o cefálico; promoção de relaxamento e percepção corporal; identificação de segmentos corporais tensos e realização de massagem mediante a utilização de bolas de tênis, por meio de movimentos circulares; balanceio; técnica de contração de todos os segmentos corporais, com ênfase na contração da musculatura pélvica seguida de relaxamento; técnicas de respiração; massagem de deslizamento com emprego do bambu; massagem do tipo fricção sobre as proeminências ósseas da região lombar e massagem para bebês por meio da aplicação dos princípios da bioenergética suave (Reberte, Hoga, 2005).

A inserção da abordagem corporal também foi avaliada de forma positiva pelos participantes do grupo de gestantes. Ela proporcionou benefícios

relacionados à promoção do autocuidado, o alívio das sensações dolorosas, do cansaço e do estresse conseqüentes às alterações físicas e psicológicas próprias do estado gravídico (Hoga, Reberte 2006).

Percebe-se que as demandas relativas à prática corporal e a atividade física não devem ser desconsideradas no desenvolvimento de materiais educativos, pois, este aspecto é recomendado nas diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde, que estabelece que a atividade física deva ser incorporada nas atividades de promoção à saúde (Brasil, 2006a).

A abordagem multiprofissional também é preconizada na assistência pré-natal, nas práticas de promoção à saúde e na produção de materiais educativos. Tendo em vista a ampliação da perspectiva do conteúdo do material em relação ao conhecimento e experiência de diferentes profissionais (Brasil, 2001; Echer 2005).

Neste item, avaliou-se a importância de validar o teor científico do material produzido junto a um grupo de especialistas diretamente envolvidos com a saúde das gestantes. Neste aspecto, Enkin et al (2000) constaram a importância de disponibilizar aos usuários apenas os materiais educativos que sejam devidamente qualificados, que contenham informações fidedignas e de fácil compreensão. Por esta razão acreditou-se na necessidade de desenvolver estratégias que possibilitassem a construção de materiais, cujos conteúdos e ilustrações estivessem respaldados em fundamentos científicos.

Por outro lado, considerou-se a necessidade e pertinência da produção de um material que fosse facilmente compreendido pelas gestantes, em termos do significado das informações, linguagem e das ilustrações.

Fundamentando-se na crença a respeito da importância dos aspectos até então mencionados no processo de produção de um material educativo e tendo em vista a inexistência deste tipo de material, pretendeu-se nesta pesquisa produzir uma cartilha educativa destinada à utilização no SUS, que possua as características de correspondência às demandas das próprias gestantes e seja validada, tanto pelos profissionais como pelas gestantes. Estimou-se que a

existência de um material educativo poderia contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à experiência da gravidez, de maneira a subsidiar suas escolhas, de forma adicional aos seus próprios recursos e dos meios disponibilizados pela assistência pré-natal e da comunidade.

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1 Histórico dos materiais educativos impressos destinados às gestantes

A concepção, a gravidez e a amamentação constituem-se eventos próprios da vida da maior parte das mulheres. São acontecimentos que na biologia fazem parte do ciclo reprodutivo ou grávido puerperal. Como ocorre em vários fenômenos, esse ciclo é influenciado pela cultura, pelas condições socioeconômicas e pelo movimento histórico (Rea, 2003).

Essa influência é amplamente constatada na produção de impressos direcionados à educação em saúde durante a gravidez e maternidade. Os conteúdos dos manuais e livros eram estruturados para atingir os objetivos de uma ideologia dominante, sendo utilizados ao longo da história como instrumentos importantes para reproduzir o discurso social vigente de cada época.

A publicação de escritos direcionados a esse fim teve início no final do século XVIII. Naquela época, a maternidade passou a ser valorizada como função social, impulsionada pelo reconhecimento da importância econômica da criança para o Estado e pelo advento da Pediatria como uma especialidade médica no século XIX.

O desenvolvimento da ideologia da valorização da maternidade no período de 1700 a 1900, na França, foi analisado por Badinter (1985). Antes desta época havia o predomínio da indiferença materna por seus filhos, cuja representação maior estava no hábito das mulheres em deixarem seus filhos recém-nascidos, por anos, com a ama-de-leite. Estas eram mulheres pobres

vivendo em condições precárias de saúde e de vida, situação que iria condicionar doenças e até a morte dessas crianças.

No entanto, a morte de uma criança não causava impacto para a sociedade, pois a dificuldade de evitar a concepção levava as mulheres, quase anualmente, ao início do ciclo grávido-puerperal. Logo, um filho que morresse seria brevemente substituído por outra criança (Badinter, 1985).

A elevação das taxas de mortalidade infantil determinou o início da preocupação do Estado com esse fato, que começava a tomar conhecimento da importância econômica da criança e criava políticas favoráveis à natalidade, em razão da redução drástica da população européia. Suas estratégias se apoiaram na valorização da vocação maternal das mulheres e da criança como centro do universo familiar (Badinter, 1985).

Para isso, era necessário convencer as mulheres a dedicarem-se às funções de mãe. Em 1876, Rosseau popularizou a idéia de que as crianças deveriam ser amamentadas por suas mães biológicas, já que a criação materna dos filhos levaria à moralização da sociedade e, conseqüentemente, os sentimentos naturais de amor materno trariam o repovoamento do Estado. Este autor teve um papel importante na criação da família moderna, isto é, a família fundada no amor materno (Badinter, 1985).

As ações dos educadores, moralistas e médicos reafirmavam seus argumentos para que o projeto do Estado fosse viabilizado. Especialmente no campo da medicina social, que se desenvolvia como um instrumento de controle social, privilegiando a higiene em seu objeto de intervenção: a família. Entendia-se que esta tinha como obrigação cuidar da saúde de seus membros, o que demandava seguir normas e rotinas para favorecer o desenvolvimento da criança. Diante disso, a partir da segunda metade do século XVIII, começam a surgir inúmeras publicações aconselhando as mulheres a serem boas mães, dedicando suas páginas aos cuidados com os bebês e as crianças (Orlandi, 1985; Badinter, 1985).

No século XIX, a chegada da família real portuguesa para o Rio de Janeiro determinou a importação desses valores culturais relativos à maternidade, que influenciaria de forma direta a população brasileira (Maluf, Romero, 2002).

Somado a isso, o advento da Pediatria como especialidade médica trouxe as crianças para o foco do interesse da medicina, colocando o médico no seio da família e tornando-o aliado da mãe. Nesse contato começa a se desenvolver uma série de normas e regras práticas que foram disseminadas para o século seguinte (Orlandi, 1985).

Por volta de 1840, os médicos começam a publicar livros e jornais sobre a criação dos filhos, dentre eles estão: Guia Médico das Mães de Família (1843), o jornal quinzenal A mãe de Família (1880-1881), de Carlos Antônio de Paula Costa, e a Arte de Formar Homens de Bem (1880), de Jaquaribe Filho. Precursores do que seriam os manuais, que ensinavam cuidados maternos e infantis, mas estabeleciam principalmente uma relação dicotômica entre o autor e a leitora, em especial pela construção discursiva dessa mulher, passiva e paciente, aluna ideal para a recepção dos saberes especializados dos médicos puericultores (Martins, 2008).

Essas orientações destinadas às mães tinham o objetivo de diminuir os altos índices de mortalidade infantil. Nesse sentido, pretendia-se difundir a prática médica higienista, que era baseada nos modelos de sociedade urbana europeus. O discurso médico a serviço da elite dominante partia do pressuposto da incapacidade materna de criar seus filhos. Assim, as mães deveriam ser educadas em relação aos cuidados com seus filhos durante a gravidez e após o nascimento. Tratava-se de práticas e saberes que definiam um ideal de mãe e de esposa, para serem disseminados para a sociedade. Os conhecimentos das mães eram desvalorizados e para elas eram impostos padrões de comportamento que deveriam ser seguidos, pois havia o risco de punições para as que resistissem às regras, como a responsabilidade pela mortalidade infantil (Maluf, Romero, 2002).

À mãe cabia assumir seu papel na sociedade, responsabilizando-se pela saúde dos membros da família. Uma de suas funções consistia no preparo do filho no espaço privado para enfrentar as prerrogativas do domínio público, além de preservá-lo da morte e transformá-lo em um cidadão útil e eficiente. Esta condição fez surgir a figura da mãe ansiosa, que por qualquer motivo ia em busca dos conselhos médicos (Maluf, Romero, 2002).

Antes de 1870, os manuais dirigidos às mães eram obras pré-científicas, que divulgavam temas como a influência do leite de animais no caráter da criança, o estado de espírito da mãe e a relação com a amamentação. Entretanto, com a revolução Pasteuriana a partir de 1885, que difundiu as noções de assepsia e anti-sepsia, os escritos passaram a abranger temas como assepsia, regras de amamentação, regimes alimentares, temas que se repetiram até meados de 1940 (Orlandi, 1985).

Em 1945, Ladeira Marques, publicou o livro intitulado Manual das Mães. Logo no prefácio, nota-se o pensamento vigente na época, descrito nas palavras do Dr. Olinto de Oliveira. “... *Da utilidade deles* (dos escritos dirigidos às mães) *não se discute, sobretudo entre nós, onde esta arte* (referindo-se a criação dos filhos) *tão simples e necessária é geralmente desconhecida, e tantos obstáculos encontra a ignorância popular, nos preconceitos, em costumes tradicionais...*” (Marques L, 1945). O livro, dirigido às mães, tratava das medidas de higiene da criança desde o nascimento, a alimentação, a prevenção das principais doenças contagiosas da infância e abordava também assuntos de ordem disciplinar com a finalidade de uma boa educação e condições necessárias para um bom equilíbrio da vida futura da criança.

A campanha pelo aleitamento natural também direcionou inúmeras publicações dirigidas à maternidade, em âmbito mundial, pois existia o predomínio do incentivo ao aleitamento artificial, antes de 1970. Com a entrada em massa das mulheres na força de trabalho, após a 1ª Guerra Mundial tornou-se necessária a utilização do leite em pó, resultando em uma propaganda intensa da indústria alimentícia e as vendas dispararam com o

aumento da natalidade (baby-boom) após a 2ª Guerra Mundial (Orlandi, 1985; Rea 1990).

Com a utilização disseminada do leite artificial, constatou-se que nos países subdesenvolvidos esse tipo de aleitamento causava a morte de muitas crianças, já que as condições de preparo levavam a graves problemas de desnutrição e mortalidade. Isso ocasionou um enfrentamento mundial entre a indústria do leite em pó e as instituições que se opunham ao incentivo do leite artificial. O combate ao uso indiscriminado do leite em pó teve então o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do UNICEF (Orlandi, 1985; Rea 1990).

A campanha contra o leite artificial fez uso dos materiais impressos, vinculando-os constantemente a exaltação do amor materno fundamentado no processo da amamentação. Houve um retorno às campanhas em favor do aleitamento materno, que havia cessado nas primeiras décadas do século XX. Muitos autores utilizaram a psicanálise de Winnicott para promover o aleitamento materno. Baseados no pressuposto psicanalítico de que o aleitamento era concebido como a primeira prova de amor da mãe pelo filho, as mães que não podiam amamentar, porque tinham que trabalhar após o parto, experimentaram a sensação de culpa imposta pela sociedade (Badinter, 1985).

No Brasil, na década de 80, os discursos presentes nos conteúdos desses materiais seguiam a mesma linha teórica. Em uma cartilha publicada em 1985, percebe-se o discurso da associação entre o amor materno e o aleitamento. No material intitulado “Cartilha da Amamentação ...Doando amor” (Murahovschi et al, 1982), observa-se o direcionamento da linguagem para a sensibilização da mulher ao aleitamento, a partir da relação de amor entre mãe e filho. Nela, parte-se do pressuposto de que este sentimento se torna visível exatamente com o ato de alimentar ao seio, ao mesmo tempo em que a mulher é tida como uma “máquina maravilhosa que produz o leite humano”.

A influência política em função do aleitamento materno continuava, sem que os principais interessados, ou seja, mãe e filho, fossem os verdadeiros

beneficiários das mudanças recomendadas. As argumentações favoráveis ao aleitamento materno a serviço do Estado, eram usadas como estratégias de controle da natalidade, em razão do potencial do aleitamento materno exclusivo provocar um espaçamento entre as gestações. Além disso, os economistas consideravam o leite materno uma excelente relação entre o custo e a eficiência, pela análise do impacto provocado nas despesas do sistema de saúde com a alta morbidade das crianças nutridas artificialmente (Orlandi, 1985).

Para tal, havia a necessidade de um discurso que alcançasse a sensibilidade feminina vislumbrando situações melhores para as mulheres. Por isso, as campanhas tiveram adaptação das técnicas utilizadas no século XIX, não se tratando apenas do instinto, mas de atividade cultural que poderia ser estimulada com a propaganda intensiva. O amor materno entendido como um sentimento poderia ser manipulado e exaltado. Portanto, trata-se de motivar as mães, de enaltecer àquelas que amamentam, mostrando que dar os seios aos filhos é “doar amor” e “doar carinho”. Os títulos dos livros e folhetos, bem como as legendas de cartazes refletiam essa mensagem (Orlandi, 1985).

Na contramão da imagem submissa da mulher tida como um receptáculo dos interesses difundidos pelos impressos, o lema símbolo do movimento feminista da década de 70: “Nosso corpo nos pertence”, implicava o reconhecimento de que a apropriação do corpo, em relação à reprodução, constitui uma das formas mais eficazes da manutenção do poder opressor contra as mulheres (Correa, Ávila; 2003).

Esse movimento resultou em reivindicações políticas, essencialmente voltadas ao Estado, algumas de natureza jurídica, como a legalização do aborto e a contracepção. Outras estavam mais diretamente voltadas ao sistema de saúde, como as reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimento médicos (Correa, Ávila; 2003).

No contexto das lutas feministas por uma melhor assistência à saúde, cria-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Pela primeira vez, as mulheres participaram em conjunto com sanitaristas, pesquisadores e representantes do Ministério da Saúde, na organização, planejamento, implantação e fiscalização desse programa (D'Oliveira 1996).

Até então, os programas de saúde da mulher tinham sido propostos com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde infantil. Um novo paradigma em atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres, em associação com os profissionais de saúde e traduzido em bases programáticas do PAISM, instituído pelo Ministério da Saúde, em 1983. Ele foi concebido previamente aos avanços relativos aos direitos à saúde, que foram trazidos a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição Federal, em 1988. Na Constituição, o direito à saúde foi garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado, de forma descentralizada e com instâncias de controle social (Serruya et al, 2004).

O PAISM priorizava ações educativas e de promoção à saúde, que incentivava a participação popular. Nesse campo, foram publicados inúmeros tipos de materiais impressos, entre eles, as cartilhas sobre educação dos filhos, gravidez e parto. Parte desses materiais produzidos por Organizações não Governamentais (ONGs) feministas, em conjunto com o Ministério da Saúde (D'Oliveira 1996; Formiga Filho, 1999).

Nesses materiais houve a transformação da crítica feminista ao saber e ao poder médico, em material de difusão educativa, para ser utilizado pelos serviços de saúde. Aliado aos intensos e extensos treinamentos que tiveram lugar durante a primeira metade dos anos 80, adotando-se a chamada metodologia de trabalho do movimento de mulheres, que teve um impacto coletivo imprevisível, no sentido epidemiológico. Essa metodologia realizada através de oficinas e vivências envolvia a experiência individual para uma ação capaz de despertar a consciência coletiva, no caso da perspectiva de gênero. Aplicada aos profissionais da rede pública, os treinamentos representaram um

papel crucial na implantação do PAISM, na sensibilização das equipes para a questão de gênero e treinamento de pessoal nos novos conteúdos propostos (D'Oliveira 1996).

No entanto, essas práticas dependiam de uma maior articulação de ações técnicas externas ao PAISM para se efetivar, dependendo do sistema de saúde como um todo. Assim, as estratégias educativas voltaram-se à reprodução de informações e conhecimentos científicos para a mudança de comportamentos e a participação popular transformou-se em relatos de vivências, que uma vez explicados, técnica e cientificamente, reforçam o poder do saber médico (D'Oliveira 1996).

Contudo, as bases filosóficas do PAISM introduziram outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa (Serruya et al, 2004). A principal estratégia do PAISM é, portanto, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Isto requer uma atitude ética e solidária das instituições de saúde, de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que sejam benéficas para a mulher.

Nessa vertente, o processo de conquistas em relação aos direitos da mulher teve sua consolidação na década de 90, com as Conferências Internacionais do Cairo (1994) e de Beijing (1995), nas quais se ampliaram as definições dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos e direitos sexuais e da mulher. A discussão sobre saúde reprodutiva levou a considerá-la como um direito de homens e mulheres, de desfrutarem de uma sexualidade prazerosa, livre de riscos de doenças provocadas pelo exercício da sexualidade e de terem filhos no número ou no tempo desejado, bem como de não tê-los (Villela, 2004).

No entanto, apesar das conquistas, observa-se que estes direitos nem sempre são respeitados, por isso, a atenção à saúde pautada na atenção integral

à mulher requer que os profissionais se relacionem com as mulheres enquanto sujeito e detentoras de direitos, sendo compreendidas em suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de suas vidas (Serruya et al, 2004).

Muito tem se questionado a respeito da qualidade da assistência prestada, que frequentemente tem desconsiderado as mulheres como sujeitos, revelando o desconhecimento e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos como entraves para a má assistência. Assim, foi instituído no ano de 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, que previa o respeito por esses direitos e a perspectiva da humanização como elementos estruturadores desse programa (Serruya et al, 2004).

Seguindo os ideais feministas, algumas associações e ONGs criadas para atuar em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, têm atuado ativamente na elaboração das políticas públicas para mulheres e participado da produção de materiais educativos. A ONG Rede Feminista de Saúde, elaborou a cartilha “Gravidez Saudável e Parto Seguro: são direitos da mulher”, em 2000 e o manual “Saúde materna: componente essencial dos direitos reprodutivos”, disponibilizados on-line (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000; s.d).

Revela-se, com a produção desses tipos de cartilhas, uma compreensão da mulher como detentora de inúmeras potencialidades, dentre elas a gestação e a maternidade, momento esse, permeado de direitos que devem ser respeitados.

Pressupõe-se que o exercício da cidadania acontece mediante a participação e o controle social. Para lutar por seus direitos, as mulheres deveriam ter facilidade de acesso aos manuais e cartilhas que, juntamente com atividades de promoção à saúde possam contribuir para a garantia do cuidado adequado da saúde na gestação.

A análise destes dados históricos permitiu verificar que houve uma evolução no que diz respeito ao papel social da mulher. Este passou de um ser totalmente desprovido de direitos, para outro, desta vez caracterizada por uma cidadã, que deve se apropriar de seus direitos.

Nota-se, portanto, o peso dos materiais educativos sobre a construção da imagem da mulher. Considera-se desse modo, um recurso enquanto ferramenta do processo educativo, assim como para difusão e ampliação das potencialidades das mulheres.

1.3.2 A educação e promoção da saúde da gestante

A educação como prevenção das doenças ou na promoção da saúde possuem significados próximos, porém são distintos e ambos estão a serviço da saúde. A educação terapêutica do paciente refere-se à prevenção das doenças e a promoção da saúde postula a manutenção de uma boa saúde, voltando-se ao aumento das chances de saúde e de vida (Paul, 2005).

A promoção da saúde foi definida na Carta de Ottawa, como um novo paradigma mundial para a saúde, que consiste em uma forma de capacitação² das comunidades para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, tendo como resultado desejado a participação ativa das pessoas no controle dos fatores determinantes de sua saúde, na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver (Organização Pan-americana de Saúde, 1986).

A proposição de estratégias para aplicabilidade do conceito de promoção da saúde vem ocorrendo em âmbito mundial desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, na

² O termo capacitar vem sendo utilizado como um dos princípios que conduz a teoria do empowerment, um conceito chave derivado da carta de Ottawa. O empowerment é orientado por três princípios: dar capacidades, mediar e aconselhar. Esta teoria aplicada à promoção da saúde visa possibilitar conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que proporcionam poder as pessoas tendo em vista a mudança social e uma distribuição dos bens de saúde de forma mais igualitária (Rogrigues, Pereira, Barroso; [sd]). No âmbito da educação, o processo educativo é mais amplo que capacitar. Na pedagogia sócio-construtiva de Freire, que tem influenciado a nova concepção de empowerment, o processo de tomada de consciência partilhada acontece em um contexto de aprendizagem dialógica. Educadores e educandos são sujeitos do processo de educar e criam possibilidades para sua própria produção e construção de conhecimento (Freire;1996;2005).

antiga URSS, na década de 70. No contexto destas conferências, a saúde da mulher tem se apresentado como uma temática presente no foco de atenção das necessidades por cuidados de promoção da saúde.

No momento da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, tornou-se evidente a importância da promoção da saúde, considerada uma estratégia para atingir a meta de saúde para todos, até o ano 2000. Os cuidados primários de saúde, que incluem a educação e o cuidado de saúde materno infantil, foram considerados essenciais quando provenientes de métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis. Possibilitar o alcance das famílias e indivíduos da comunidade a esses cuidados, mediante a plena participação deles e de forma universal, constituiu-se em um aspecto fundamental para permitir o alcance dessa meta. (OPAS, 1978).

As conferências que se sucederam a esta, puderam dar seguimento e trazer contribuições importantes para a temática. Durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, em 1986, foi formulada uma carta com estratégias para contribuir com a meta de saúde para todos. O conceito de saúde foi ampliado como um recurso para a vida e, considerou-se a promoção da saúde, não apenas da responsabilidade do setor de saúde e um estilo de vida saudável, mas de um bem estar global. Tendo em vista que a mediação deste processo pelo setor de saúde deve ocorrer em conjunto com outras esferas, como de ordem política, econômica, não governamental, grupos sociais, indivíduos, família e comunidade. Nesse momento considerou-se a relevância do apoio ao desenvolvimento pessoal e social a partir da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais para que as pessoas possam exercer um maior controle sobre a saúde, meio ambiente e optar por uma saúde melhor (OPAS, 1986).

O apoio à saúde da mulher foi uma das ações propostas como prioridade para a implementação de políticas públicas saudáveis na Segunda Conferência Internacional de Promoção à Saúde, no ano de 1988, em Adelaide, na Austrália. Foram sugeridos planos que pudessem favorecer a igualdade de

direitos na divisão do trabalho, práticas de parto baseado nas preferências e necessidades das mulheres e mecanismos de apoio à mulher trabalhadora (OPAS, 1988).

Diante da opressão que sofrem as mulheres, além da exploração sexual e discriminação no mercado de trabalho e em muitas outras áreas, o ambiente físico, social, econômico e político constituem-se fatores fundamentais para que seja possível atingir estas metas estabelecidas para a promoção da saúde, pois um ambiente degradado e de privação ameaça qualquer iniciativa para se chegar a melhores condições de saúde e de vida. Nesse sentido, a criação de ambientes favoráveis à saúde foi à temática central da Terceira Conferência Internacional de Promoção à Saúde, que ocorreu em Sundsvall, na Suécia, em 1991, apontando a estrita relação entre ambientes saudáveis e a promoção da saúde da mulher (OPAS, 1991).

Com o objetivo de criar estratégias específicas para a América Latina foi realizada uma Conferência Internacional de Promoção a Saúde, em Santa Fé de Bogotá, no ano de 1992. O conceito prevalente foi a relação entre saúde e desenvolvimento regional, incorporando resultados das reuniões internacionais anteriores. Foram assumidos compromissos para ampliar a saúde na América Latina como a eliminação dos efeitos da iniquidade sobre a mulher, considerada como genitora da vida, do bem estar e um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina (OPAS, 1992).

Nos países da América Latina e particularmente no Brasil, a má distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente incidem de forma determinante nas condições de vida e de saúde da mulher. As mulheres grávidas que estão em condição de pobreza precisam de uma atenção à saúde que contemple os aspectos referentes a estas iniquidades sociais.

No ano de 1997 foi realizada em Jacarta, na Indonésia, a Quarta Conferência Internacional de Promoção a Saúde. Na ocasião considerou-se o direito à voz das mulheres como um dos determinantes da saúde, estabelecendo

como prioridade o aumento da capacidade comunitária e a oportunidade das pessoas, de terem maior controle sobre sua saúde. Constatou-se o valor do aprendizado sobre a saúde e de favorecer a participação das mulheres. Nesse sentido, o acesso à informação, mediante a comunicação tradicional ou pelos novos meios de comunicação podem apoiar esse processo, que é essencial para alcançar uma participação mais eficaz e de luta pelo direito à voz, tanto das mulheres, como da comunidade. (OPAS, 1997).

Buscar a transposição das idéias que favoreça a promoção da saúde para realização de ações concretas foi a base da conclusão expressa na declaração do México, na Quinta Conferência Global de Promoção à Saúde, no ano de 2000, que se referiu à promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos de todos os países, na busca de equidade e melhor saúde para todos, considerando as amplas indicações da eficácia das estratégias de promoção à saúde, que foi o alicerce para ações definidas nesta conferência (OPAS, 2000).

A declaração do Rio, em 2006, resultante do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública reiterou a importância da promoção à saúde, inclusive na produção de conhecimento, ao reafirmar que os resultados de pesquisa devem estar amplamente disponíveis e serem incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde e estas devem ter a promoção à saúde como parte integral de seu desenho (Brasil, 2006b).

Alinhado a estas diretrizes, o setor saúde deve cumprir de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde na assistência à gestante, considerando a importância do aspecto educacional do pré-natal, visto que ele pode constituir a única fonte de informação para as gestantes, sobretudo entre aquelas que possuem baixo grau de escolaridade (Nogueira, 1994). Mais do que propriamente uma fonte de informação, deve abranger os aspectos relativos ao cotidiano, à cidadania e ações que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida da gestante.

Desde 1984, as ações educativas na atenção à saúde da mulher, inclusive durante a assistência pré-natal, têm sido propostas pelo Ministério da Saúde Brasileiro nas diretrizes do PAISM. Este programa integrado aos princípios e diretrizes propostos pelo SUS, como universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização incorpora ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, que englobam o ciclo de vida da mulher (Formiga Filho, 1999).

O PHPN estabeleceu os princípios da atenção que deve ser prestada por estados, municípios e serviços de saúde, bem como alertou para a necessidade de cumprirem seu papel, de forma a propiciar para a mulher uma assistência humanizada e de boa qualidade. Nesse sentido, a proposta do Programa de Humanização do Parto Aborto e Puerpério preconizou o oferecimento de ações educativas visando o preparo para o nascimento e o parto, mas também sugeriu que estas práticas devam ser realizadas com base no atendimento aos desejos e valores da mulher, respeitando-a como cidadã (Brasil, 2001, 2007).

Em atenção ao valor que se atribui mundialmente às ações de promoção à saúde da mulher, especificamente durante a gestação e como prática inerente ao SUS, as ações que atendam a estas perspectivas de promoção à saúde devem ser valorizadas e qualificadas a fim de promover a inclusão social e cidadania da gestante. Desse ponto de vista as práticas devem se concretizar em uma perspectiva dialógica e participativa que contribua para a autonomia da gestante, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autora de sua trajetória de saúde.

1.3.3 O emprego da abordagem corporal na assistência pré-natal

Estudos recentes têm apontado as limitações metodológicas na avaliação dos benefícios das práticas corporais, especialmente no que diz respeito às Terapias Alternativas e Complementares e sua aplicabilidade em gestantes (Anderson, Johnson, 2005). Entretanto sua relevância tem sido reconhecida mundialmente desde a Conferência Internacional sobre Atenção

Primária em Saúde, em Alma-Ata, bem como pela OMS, Ministério da Saúde, Organizações, Conselhos de Classe e Instituições Públicas de Saúde.

A OMS estabeleceu como diretriz em 2002 a integração da Medicina Tradicional (MT)³, Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas de saúde nacionais, desenvolvendo e implementando políticas e programas em busca de segurança, eficácia e qualidade e ampliando a base de conhecimento desta prática, além de aumentar sua acessibilidade (WHO, 2002).

A inclusão da abordagem corporal nas atividades educativas realizadas durante a assistência pré-natal, tem sido preconizada pelo Ministério da Saúde, objetivando oferecer à mulher desde a gestação medidas que proporcione um melhor conhecimento da percepção corporal e a participação ativa durante o trabalho de parto e parto (Brasil, 2001).

Na cidade de São Paulo, as políticas públicas de incentivo a estas práticas apontam a relevância do atendimento da necessidade da população por esse cuidado, como a criação de uma Área Técnica das Medicinas Tradicionais e Práticas Complementares da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Este setor disponibiliza à população da cidade, nas Unidades ou espaços públicos, atividades de promoção à saúde mediante as Medicinas Tradicionais (MT), homeopatia, práticas corporais e meditativas, o que também favorece o alcance desses serviços às gestantes de diferentes camadas sociais.

A fim de conhecer de forma mais ampla as modalidades de cuidado com o corpo na gestação, suas finalidades e resultados, foi realizada uma revisão da literatura relativa à educação e promoção da saúde da gestante e ao emprego da abordagem corporal na assistência pré-natal.

³ O termo Medicina Tradicional tem sido utilizada pela WHO para se referir a um conjunto de técnicas que inclui a acupuntura, as terapias manuais e a fitoterapia. Nos países onde a Medicina Alopática é a base do sistema sanitário nacional, a MT é chamada de “Complementar”, “Alternativa” ou “Não-Convencional”.

1.3.3.1 O relaxamento

Voltado à consciência corporal, o relaxamento é uma técnica que proporciona a percepção das regiões corporais tensas ou contraídas. O relaxamento muscular também envolve a experiência emocional em relação à própria existência. Sua utilidade foi considerada em uma perspectiva mais abrangente do que na redução da intensidade de dor provocada pelas contrações uterinas durante o parto. Nesse sentido, é uma prática que proporciona maior capacidade de enfrentar as situações de tensão e cansaço da vida cotidiana (Kitzinger S, 1981).

As técnicas de relaxamento foram ensinadas e empregadas durante o pré-natal com a finalidade de reduzir as complicações obstétricas como o baixo peso fetal, os partos cirúrgicos e as decorrentes da hipertensão na gestação (Bastani; et al 2006; Uchôa, 2002). Este recurso também teve a finalidade de proporcionar alívio dos desconfortos da gravidez, como a insônia, a fadiga corporal e proporcionar uma percepção mais clara dos efeitos da tensão corporal durante o trabalho de parto e do parto (Reberte, Hoga, 2005).

O relaxamento proporcionou redução das complicações obstétricas, sobretudo entre as gestantes que apresentavam alto grau de ansiedade. Verificou-se uma redução significativa nas taxas de cesárea e parto instrumental nas gestantes que utilizaram esta técnica. Seus recém-nascidos também apresentaram redução significativa do baixo peso no nascimento. O emprego desta técnica estava inserido em um programa de treinamento que teve a duração de sete semanas e foi desenvolvido junto a gestantes primigestas (Bastani et al., 2006).

A aplicação da técnica de relaxamento foi eficiente para manter os níveis de pressão arterial em gestantes hipertensas, sobretudo quando elas vivenciavam situações de ansiedade. O recurso foi utilizado como meio complementar à terapêutica medicamentosa em gestantes que tinham hipertensão arterial (Uchôa, 2002).

Esta mesma técnica foi aplicada junto a um grupo de gestantes saudáveis, com a finalidade de reduzir a insônia, a fadiga, promover maior percepção corporal e melhores condições para enfrentar as tensões cotidianas. Estas gestantes foram orientadas também quanto ao emprego deste recurso no trabalho de parto, com a intenção de evitar a tensão desnecessária e a consequente exaustão física, que dificultam a evolução fisiológica do parto (Reberte, Hoga, 2005)

1.3.3.2 A acupuntura

Prática fundamental da medicina tradicional chinesa, a acupuntura, é usada há mais de 4.000 anos no oriente e muito praticada no ocidente. Esta técnica está baseada no conhecimento dos meridianos, ou canais de energia que existem no corpo, passam pelos órgãos e se exteriorizam na pele. São pontos mapeados que existem no trajeto dos meridianos e que podem ser alcançados por agulhas e estimulados ou sedados em relação à sua energia, conforme a necessidade da pessoa. A sua utilização em gestantes está voltada à redução de náuseas, vômitos e desconfortos musculares (Associação Médica Brasileira de Acupuntura, 2008).

A acupuntura e acupressura foram identificadas como métodos eficazes na redução dos episódios de vômito e na melhora da sensação de náusea. Esta técnica foi aplicada em diferentes pontos, mas sempre incluindo um acuponto conhecido como P6, localizado nas mãos, que pode ser estimulado tanto por uma agulha (acupuntura) ou por pressão (acupressura). A utilização da acupuntura também apresentou eficácia no alívio e redução de lombalgias (Anderson, Johnson, 2005).

O uso do moxibustão (combinação de acupuntura com agulhas aquecidas pela queima da planta medicinal *Artemisia Vulgaris*) tem como propriedade aquecer o corpo e remover as obstruções dos meridianos energéticos. Estudos mostraram que esta prática possibilitou resultados positivos na versão da apresentação pélvica para cefálica a partir de 35 semanas de gestação (Anderson, Johnson, 2005).

1.3.3.3 A massagem

Técnica que consiste em um conjunto de toques exercidos no corpo. A prática da massagem em gestantes pode aliviar desconfortos como as dores nas pernas, na coluna e alívio da tensão, além de promover a consciência corporal.

A massagem, aplicada mediante a técnica de deslizamento manual, foi utilizada para aliviar o desconforto dos membros inferiores na gestação. Sua finalidade foi favorecer a circulação sanguínea, melhorar o retorno venoso e contribuir para a eliminação dos produtos do metabolismo. O bambu e a bola de tênis foram recursos materiais adicionais no desenvolvimento da massagem. A aplicação desta técnica estimulou consciência corporal, aliviou a tensão muscular e diminuiu o desconforto provocado pela lombalgia (Reberte, Hoga, 2005).

A massagem perineal foi realizada em gestantes durante as últimas quatro semanas da gravidez. Seus resultados foram avaliados quanto à incidência do trauma perineal no parto e a subsequente morbidade. Entre as gestantes sem parto vaginal anterior, este tipo de massagem reduziu a frequência da episiotomia e dos traumas perineais que necessitavam de sutura. Entre as gestantes com parto vaginal anterior, aplicação da técnica resultou na diminuição da dor perineal, pelo menos no período de três meses após o parto (Beckmann, Garrett AJ, 2007).

Os parceiros tiveram a possibilidade de fazer massagens em diferentes regiões do corpo das gestantes durante o desenvolvimento de um grupo de gestantes. Eles avaliaram que este envolvimento proporcionou maior proximidade do casal. Na opinião deles, isto se deveu ao fato das massagens realizadas por eles ter proporcionado alívio aos desconfortos da gravidez (Hoga, Reberte, 2006).

1.3.3.4 A yoga

Esta prática proveniente da Índia envolve a auto-educação e mostra por meio do estudo do temperamento e das emoções, como conquistar uma boa saúde, o controle mental e físico e obter maior domínio sobre o próprio corpo.

Incorpora em sua prática posturas corporais, técnicas de respiração e meditação. Há vários sistemas de Yoga, como o Hatha-Yoga, que em sua origem, tinha o objetivo principal de preparar o corpo para o desenvolvimento espiritual pelo domínio do corpo físico (Dunne D, [s.d]).

Um estudo objetivando os resultados da prática da yoga foi realizado junto a um grupo de gestantes. Estas praticaram yoga durante uma hora por dia, entre o segundo trimestre de gestação até o parto, por meio do desenvolvimento de posturas corporais, técnicas de respiração e meditação. Os resultados apresentados pelas gestantes que praticaram yoga foram comparados com os obtidos por gestantes que fizeram caminhada durante 30 minutos, duas vezes ao dia, durante a gestação. Constatou-se que as gestantes que praticaram yoga tiveram melhora dos índices relativos ao peso fetal ao nascer, parto prematuro e crescimento fetal restrito, de forma isolada ou associada à hipertensão gestacional sem aumento de complicações (Narendran et al., 2005).

1.3.3.5 A respiração

A respiração, quando realizada de maneira firme e cuidadosa, proporciona calma e tranquilidade à pessoa. Do mesmo modo que as emoções afetam a respiração, a reação inversa também pode ocorrer. A concentração no ritmo respiratório auxilia a mulher a centrar sua atenção em algo e essa medida pode ser adotada de forma ativa, participando do parto de forma intensa (Balaskas,1993).

No cotidiano a respiração acontece de maneira superficial, ou seja, utiliza-se apenas uma parte da capacidade que os pulmões possuem em receber oxigênio, geralmente o processo de inspiração e expiração é feito via nasal. Na respiração profunda, a inspiração ocorre através do nariz e a expiração é feita pela boca. A respiração profunda pode ser utilizada ao praticar exercício de respiração ou alguma atividade física como a Yoga, bem como durante o trabalho de parto, conforme a necessidade da gestante (Balaskas,1993).

As técnicas de respiração torácica e abdominal foram ensinadas durante o pré-natal. O uso da técnica de respiração torácica foi recomendado para

possibilitar maior expansibilidade torácica e oxigenação e a técnica de respiração abdominal teve seu uso recomendado nos intervalos entre as contrações durante o parto e promover o relaxamento da parturiente (Reberte, Hoga, 2005).

1.3.3.6 As posturas corporais

A adoção de posturas corporais como o decúbito lateral esquerdo foi orientada com a finalidade de proporcionar melhor retorno venoso dos membros inferiores. As diferentes posições corporais durante o trabalho de parto e parto tiveram a finalidade de promover a evolução fisiológica do parto, aliviar a fadiga, aumentar o conforto e facilitar a circulação sanguínea (Reberte, Hoga, 2005).

1.3.3.7 Os exercícios na água

O exercício realizado dentro da água durante a gravidez promoveu melhora das funções físicas, da auto-imagem, reduziu o desconforto materno e estimulou as atitudes de promoção à saúde.

Um grupo de gestantes participou de um programa de exercícios aquáticos durante a gravidez. O programa era composto de três sessões de uma hora por semana, durante seis semanas. A primeira fase do exercício consistiu em 10 minutos de aquecimento e alongamento, posteriormente, na segunda fase as gestantes exercitavam os músculos das pernas e dos glúteos, por 25 a 30 minutos. Na última fase, 10 a 15 minutos eram destinados ao fortalecimento dos músculos abdominais, alongamento da musculatura da coluna lombar e promoção da flexibilidade. As gestantes que dele participaram apresentaram significativa melhora do desconforto físico, da mobilidade, da imagem corporal e nas atitudes relacionadas à promoção da saúde, como a participação em grupos de gestantes, em relação comparativamente àquelas que não realizaram estes exercícios (Smith, Michel, 2006).

O exercício aeróbico praticado durante a gravidez é capaz de melhorar o preparo físico da gestante (Enkin et al, 2005). Entretanto, especificamente no

que diz respeito ao tratamento da lombalgia na gravidez, foi recomendada a realização destes exercícios na água.

O efeito de exercícios aeróbicos realizados na água e no solo foram comparados. Os programas eram compostos por 45 minutos de atividade e 15 minutos de relaxamento, com intervenções dirigidas ao fortalecimento, flexibilidade e condicionamento físico, incluindo aquecimento, alongamento e relaxamento no final de cada sessão. Os exercícios consistiam em movimentos acompanhados por música e o objetivo era melhorar a capacidade aeróbica e de movimento, incluindo corrida leve, agachamento e exercícios de mobilidade pélvica. Constatou-se que os exercícios aeróbicos aquáticos proporcionou uma redução maior da lombalgia relacionada à gestação. O pedido de licenças médicas decorrentes deste motivo também foi menor entre as gestantes que fizeram exercícios aquáticos, quando comparado àquelas que fizeram exercícios no solo (Granath, Hellgren, Gunnarsson, 2006).

1.3.3.8 Atividade e condicionamento físico

A atividade física deve ser indicada na gestação considerando as necessidades individuais, o período da gravidez, as intercorrências gestacionais e os benefícios desejados. Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular foram recomendados às gestantes. Os autores destas recomendações alertaram que a realização deste tipo de atividade deve ser feita mediante cuidadosa assistência, com o objetivo de garantir a segurança da grávida (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002).

A associação entre a realização de atividades físicas durante a gestação e o risco da ocorrência do baixo peso ao nascer e da prematuridade foi verificada em uma pesquisa. Constatou-se que as atividades leves eram as que conferiam maior proteção ao risco do baixo peso ao nascer. A caminhada relacionada ao lazer teve um efeito avaliado como significativo para a proteção da ocorrência da prematuridade (Takito, 2006).

Diante dos benefícios apresentados pelas práticas corporais durante a gravidez, observou-se a necessidade de inserir, de maneira sistematizada,

orientações referentes a estes aspectos durante a assistência à gestante, justificando a adoção destas práticas mediante os seus possíveis benefícios, bem como promover o acesso a estas práticas como forma de incentivo à sua realização.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Estabeleceu-se como objetivos desta pesquisa:

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma cartilha destinada à promoção da saúde da gestante.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sistematizar o conteúdo da cartilha;

Selecionar as ilustrações da cartilha;

Compor a cartilha;

Validar o conteúdo da cartilha com a colaboração de peritos;

Validar a adequação da linguagem e das ilustrações da cartilha com a colaboração de gestantes.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi desenvolvido um estudo do tipo metodológico que se refere à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (Polit,1995). Na área de enfermagem, este tipo de metodologia é empregado em pesquisas conduzidas por enfermeiras e está relacionada a técnicas e métodos para implementar projetos e documentar informações (Biblioteca Virtual em Saúde, 2007). O pesquisador, no desenvolvimento da pesquisa metodológica, se interessa em transformar um conhecimento construído para um formato tangível (Lo Biondo, 2001).

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Anexo 1.

3.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

3.2.1 A sistematização do conteúdo

O conteúdo da cartilha foi composto tendo como base as demandas das gestantes e de seus maridos. Elas tinham sido identificadas no decorrer do desenvolvimento de um grupo de gestantes, tal como apresentado na introdução desta dissertação e no Apêndice 1.

Na etapa seguinte, de sistematização deste conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura para garantir a fundamentação científica, pois isto é condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (Echer, 2005).

Os serviços de apoio disponíveis às gestantes, que também integram a cartilha, foram identificados por meio de contatos pessoais, publicações e consulta aos serviços. A veracidade dos recursos disponibilizados pelos

serviços citados foi feita mediante conferência com os responsáveis pelos serviços, por meio de contato telefônico ou correio eletrônico.

Também foi realizada a sistematização do conteúdo, segundo o critério da cronologia do processo gestacional. Todo o processo de construção da cartilha foi permeado pela atenção voltada à adequação da linguagem. Este trabalho se caracterizou pela identificação dos termos técnicos e a transformação deles para a linguagem popular, de modo a facilitar compreensão da cartilha por suas usuárias. O cuidado em relação à adequação da linguagem, no sentido de facilitar sua compreensão, é importante nos trabalhos relacionados à educação e promoção da saúde. Nesse sentido, devem ser preferencialmente utilizadas as palavras de uso popular, sobretudo as coloquiais. O emprego de termos técnicos deve se restringir ao estritamente necessário e, neste caso, os devidos esclarecimentos devem ser feitos mediante a utilização de exemplos (Doack, 1996).

3.2.2 A seleção das ilustrações

Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações na cartilha, com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (Echer, 2005). Definiu-se que seriam incluídas ilustrações prontas, selecionadas a partir de outros materiais e que as respectivas fontes seriam citadas na cartilha. Este trabalho foi realizado mediante consulta a livros-texto e imagens disponibilizadas em páginas eletrônicas.

3.2.3 A composição da cartilha

Na etapa de composição da cartilha propriamente dita, foi realizado contato com um profissional da área da comunicação, ao qual foi solicitado realizar o trabalho de edição do material. O conteúdo a ser incluído no material educativo foi entregue a este profissional, que criou um roteiro preliminar indicativo de uma publicação. Ele também definiu as três etapas que devem ser desenvolvidas no processo de elaboração deste tipo de material: a apresentação, as considerações sobre o compromisso com a promoção da saúde da gestante e o processo ou assunto central da publicação. Naquele momento

foi decidido que o material educativo a ser construído deveria ser no formato de uma cartilha.

Com base neste roteiro, foi elaborada a apresentação do material e feitas novas adequações no conteúdo da cartilha. Houve a necessidade de reduzir as informações a serem inseridas na cartilha porque a inclusão de todo conteúdo seria excessivo em se tratando de uma cartilha. Foi dada prioridade às informações relevantes, pois os textos extensos reduzem a velocidade da leitura e dificultam a compreensão das informações, por parte do leitor (Doack, 1996). O novo conteúdo, desta vez restringido, foi apresentado ao profissional que fez a editoração da cartilha.

Concluído este trabalho, foi feita a organização estrutural e de formato do material. Recorreu-se a um profissional especializado para realizar o trabalho de diagramação da cartilha e sua transformação para um formato passível de impressão.

3.2.4 Os critérios editoriais utilizados

Os critérios adotados pelos profissionais de comunicação, para todas as etapas do trabalho com esta cartilha, foi a facilitação da leitura e a simplificação visual de seu conteúdo. Para este percurso, partiu-se do pressuposto de garantir o respeito ao futuro leitor.

Nesse sentido, buscou-se evitar sua infantilização e adoção de um caráter simplório para o projeto, já que a idéia principal era o estilo simples. Como o simples não é sinônimo de fácil, foram feitas várias e sucessivas tentativas para estabelecer o que viria a ser o padrão adotado: texto em linguagem compreensível para a maior parte das pessoas, independente do grau de formação, e uma diagramação arejada, com visual suave e limpo.

Foi estabelecido que deveriam ser respeitadas algumas regras: o uso de letras maiores do que as usuais, de boa definição e sem contrastes de cores ao fundo; ilustrações claras que remetessem efetivamente ao texto; frases e parágrafos curtos e sintéticos que concentrassem uma informação de cada vez;

espaçamento e entrelinhamento generosos que permitissem a leitura em várias situações; adoção de um tipo de texto capaz de convencer esse leitor da necessidade e da importância da leitura; o material, além de seu cunho educativo, deveria expressar toda a responsabilidade do gestor e do equipamento público de saúde no atendimento adequado e humanizado aos usuários, dentro dos protocolos e padrões estabelecidos pelo SUS, e finalmente, garantir que as observações dos peritos programados para analisar as várias fases e versões do projeto fossem contempladas na versão final do material.

Essas regras acima expostas delinearão o formato final da Cartilha, que ganhou sua identidade ao ser validada pelas gestantes, entendidas como principais interessadas nesta leitura.

3.2.5 A validação por peritos

A versão preliminar da cartilha foi submetida inicialmente à validação por peritos. A eles foi entregue, juntamente com a cartilha, um questionário (Anexo 2), no qual os peritos foram solicitados a registrar suas sugestões no sentido de aperfeiçoar o material. Este questionário foi adaptado de outro, que tinha sido utilizado para validar materiais informativos destinados à prevenção da leishmaniose (Luz et al., 2003). O referido instrumento permitiu que os peritos fizessem recomendações quanto à estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações contidas na cartilha. O questionário tinha também um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais, que eventualmente não tinha sido contemplado nos seus itens.

A fase de validação por peritos foi desenvolvida mediante a colaboração de profissionais da área da saúde, pois este cuidado é fundamental para valorizar as diferentes perspectivas envolvidas na atividade de promoção e educação para a saúde (Echer, 2005).

As atividades educativas durante o pré-natal devem ser desenvolvidas com a participação de enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem (Brasil, 2000). Portanto, no processo de qualificação da cartilha contou-se com

a colaboração de profissionais de diferentes áreas, como recomendado por Echer (2005). Além destes profissionais, foi necessário incluir um educador físico, pelo fato de existir conteúdos relativos às atividades físicas na cartilha.

Na inclusão de profissionais para atuarem como peritos, visando a validação da cartilha, foi estabelecido que eles deveriam atender a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Atuar na área de assistência obstétrica.
- Ter experiência na área de promoção da saúde.
- Ter experiência na construção ou avaliação de materiais educativos ou didáticos.

A solicitação para indicar profissionais com estas características foi feita para os responsáveis pelas seguintes instituições: Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), Escola de Educação da Universidade de São Paulo (FE-USP) e Centro de Saúde Escola Prof Samuel B. Pessoa (CSEB). Foi estabelecido contato com profissionais indicados pelas instituições para que eles confirmassem o interesse em colaborar. Isto foi feito por meio de correio eletrônico ou telefone e, uma vez aceita a participação, foi agendado encontro para formalizar a participação na pesquisa.

No primeiro encontro, foi feita uma explicação detalhada da proposta da pesquisa, seus procedimentos e reiterada a importância da colaboração de cada perito. Neste momento foi feita a entrega da cartilha. Junto a ela, foram entregues a carta de apresentação da cartilha (Apêndice 2) e o questionário de validação (Anexo 2). Na seqüência, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo 3), onde foram explicitados os objetivos da pesquisa e como ocorreria a participação na pesquisa para os peritos que aceitaram participar da pesquisa e solicitada a assinatura no TCLE. Além disso, foi solicitado o preenchimento de uma ficha que caracterizava o profissional enquanto perito (Anexo 4). Foi dado um prazo para que os peritos pudessem manusear o material e responder ao questionário.

Estes foram devolvidos aos pesquisadores em encontros agendados individualmente. No momento do recebimento desses instrumentos e das cartilhas, percebeu-se a necessidade de obter esclarecimentos a respeito dos significados das sugestões feitas.

Os registros contidos no questionário e anotações feitas na própria cartilha foram lidos pelo pesquisador na presença de cada perito. Estes forneceram esclarecimentos sobre as sugestões que não estavam claras e confirmaram a interpretação do pesquisador sobre as respostas contidas no questionário de aperfeiçoamento do material, possibilitando reduzir a interpretação inadequada desses registros.

Após esse processo, o pesquisador realizou as adequações sugeridas no conteúdo e ilustrações da cartilha, seguidas do trabalho de edição e diagramação da cartilha pelos profissionais de comunicação. Para esse trabalho foi feita uma reunião em que foi discutida, entre o pesquisador e os profissionais de comunicação, a pertinência das sugestões quanto aos aspectos relativos ao formato do material.

O uso da técnica da verificação da interpretação foi sugerida por Polit, Beck e Hungler (2004), podendo ser realizada informalmente, de maneira constante, à medida que os dados estão sendo coletados e analisados. Estas autoras consideram importante a realização desta etapa para o estabelecimento da credibilidade dos dados qualitativos.

Estas mesmas autoras indicaram a necessidade de um controle e organização dos dados qualitativos para facilitar o processo de análise. Este implica no desenvolvimento de um esquema de classificação e envolve uma leitura cuidadosa dos dados visando identificar conceitos e conjuntos de conceitos subjacentes.

Uma vez obtidas as sugestões dos peritos para reformulação da cartilha educativa, elas foram submetidas a um processo de classificação, segundo tópicos.

3.2.6 A validação pelas gestantes

Na segunda fase de validação do material, contou-se com a colaboração de gestantes. Esta etapa foi fundamental para que elas pudessem indicar as dificuldades encontradas no que se referia à compreensão da linguagem e das ilustrações contidas na cartilha. Esse trabalho foi realizado com a finalidade de diminuir a distância entre o que o profissional pensa e escreve e o mundo do leitor, tendo em vista que a cartilha é dirigida às gestantes (Fonseca, 2004). Avaliou-se a pertinência da validação por parte das gestantes, pois elas estavam vivenciando a experiência da gravidez naquele momento e o contato com este tipo de material lhes seria significativo. Acreditou-se que a gestante, que estava vivenciando o processo gestacional, seria mais receptiva às informações referentes à sua condição e poderia contribuir de maneira ativa no processo de aperfeiçoamento do material, no sentido de facilitar a sua compreensão (Bonomi, 2002).

As gestantes foram selecionadas mediante o seguimento dos seguintes critérios de inclusão: estar grávida no momento da realização da pesquisa, em qualquer idade gestacional, estar em acompanhamento pré-natal, saber ler e escrever e aceitar participar do estudo.

O procedimento adotado para validação da cartilha junto às gestantes foi feito mediante o seguimento das seguintes etapas:

Foi solicitado e obtido a autorização da chefia do CSEB para desenvolver a pesquisa com as gestantes que estavam em acompanhamento Pré-natal na Instituição. Esta foi escolhida pelo fato de prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde, aos quais se pretendeu destinar a cartilha.

O CSEB desenvolve, desde 1977, ações de ensino, pesquisa e atenção à saúde da população em suas diferentes etapas da vida. Constituindo-se em uma unidade de saúde vinculada à Universidade de São Paulo, articulada à Secretaria de Estado da Saúde e a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Prefeitura Municipal de São Paulo e, localizada no Distrito Administrativo do Butantã.

O Distrito Administrativo do Butantã possui cerca de 13% de sua população morando em favelas, aproximadamente 50.000 pessoas, em contraste com áreas de alto poder aquisitivo, na mesma região. O percentual de domicílios com rede de água é de 99,4%, com rede de esgoto é de 92,4% e com coleta de lixo é de 99,5%. Possui seis hospitais, um municipal, três estaduais e dois privados, que no conjunto dispõe de 544 leitos do SUS (Alves, 2005).

As gestantes atendidas no CSEB, no período compreendido entre setembro de 2007 a setembro de 2008, que se encontravam na faixa etária entre 15 a 33 anos, tinham escolaridade entre 1 a 15 anos de estudo, com média de 9 anos. Quanto à renda familiar, esta foi de nenhuma renda a 41,7 salários, com média de 3,4 salários mínimos⁴.

No mesmo período, em todas as faixas etárias, foram atendidas, no CSEB, 1967 gestantes em consultas de pré-natal e 176, em grupos de gestantes. A média mensal foi de 164 gestantes atendidas nestas consultas e de 15 gestantes, nos grupos⁵.

As atividades de educação para a saúde com grupos fazem parte da agenda da instituição. Os grupos de gestantes são oferecidos com uma média de intervalos mensais, com conteúdos previamente determinados, divididos pelas seguintes denominações: Mudanças, Parto e Contracepção. São realizados por auxiliares de enfermagem e oferecidos de forma sistematizada para gestantes que fazem acompanhamento pré-natal na instituição. Estas atividades grupais também são abertas aos acompanhantes das gestantes.

A abordagem utilizada para solicitar a contribuição das gestantes nesta pesquisa foi um convite pessoal para aquelas que se encontravam no hall da Instituição, aguardando atendimento para consulta pré-natal ou a participação em grupo de gestantes. Elas foram solicitadas a ler a cartilha e validar os aspectos relacionados à linguagem e às ilustrações contidas no referido

⁴ Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica e Informática CSEB; 2008.

Valor de referência do salário mínimo na época do estudo era de R\$ 415,00 (Brasil, 2008).

⁵ Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica CSEB; 2008.

material, e fazer uma avaliação geral quanto à pertinência da cartilha em relação a estes aspectos.

Na seqüência, foi realizada a leitura do TCLE (Anexo 5) para as gestantes que consentiram em colaborar, momento em que assinaram o termo, com o devido consentimento para realizar este tipo de colaboração. Nele, estavam explicitados os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Também foi solicitado o preenchimento de uma ficha referente às características pessoais da gestante (Anexo 6).

A cartilha foi entregue, juntamente com a carta de apresentação (Apêndice 3). A carta continha esclarecimentos sobre a forma de colaboração. Além disso, foi entregue uma folha destinada ao registro da opinião das gestantes. Quando o tempo de espera não era suficiente para a leitura completa do material, foi oferecida a possibilidade das gestantes levarem a cartilha para casa, para que pudessem concluir a leitura e indicar as dificuldades encontradas.

Enquanto as gestantes faziam a leitura da cartilha e registravam suas sugestões na folha destinada a esta finalidade, a pesquisadora se manteve distante, com a finalidade de propiciar liberdade, para que as gestantes fizessem suas anotações sem se sentir acuadas. Ao mesmo tempo, a pesquisadora permaneceu disponível para dar os esclarecimentos, que poderiam ser solicitados pelas gestantes.

No momento da devolução das cartilhas, quando havia o registro de dúvidas e sugestões na folha, elas foram lidas e, quando necessário, foram solicitados os esclarecimentos adicionais.

Na etapa da validação pelas gestantes, estas foram sendo incluídas até o momento em que não havia nenhuma dúvida a respeito das palavras e das ilustrações contidas na cartilha.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 A VERSÃO INICIAL DA CARTILHA

A primeira versão do material educativo, que foi submetido à validação pelos peritos, consistiu em um material contendo 48 páginas. Estas tinham a dimensão de 440x200mm, eram impressas nas cores vermelho e azul, sobre papel couchê fosco 150g/ m², que estavam presas com dois grampos. O título da cartilha era “Celebrando a Vida. Nosso Compromisso com a Promoção da Saúde da Gestante”.

O conteúdo desta cartilha continha uma apresentação inicial e, na sua seqüência, os seguintes assuntos, que estavam apresentados na forma de tópicos: Mudanças que acontecem durante a gravidez, Desenvolvimento da gravidez e do bebê antes do nascimento, Amamentação, O nascimento: como acontece o trabalho de parto e o parto, Mais sobre o parto, Após o parto, O recém-nascido, Cuidados com o corpo (relaxamento, acupuntura, massagem, yoga, exercícios na água, atividade e condicionamento físico). No final da cartilha havia uma lista de bibliografias, que tinham sido consultadas para elaborar o texto e as ilustrações.

4.2 A SELEÇÃO DAS ILUSTRAÇÕES

A primeira busca bibliográfica resultou na seleção de 48 ilustrações, que foram feitas em função de suas relações com o conteúdo abordado no texto e na qualidade visual da imagem. A inclusão destas ilustrações na cartilha teve a finalidade de facilitar a compreensão da mensagem contida no texto ou dar ênfase a um determinado assunto.

Ilustrações referentes aos seguintes assuntos foram selecionadas: fecundação, coluna da gestante, anatomia genital feminina, alimentação, líquidos e alimentos, placenta, desenvolvimento fetal, relação sexual, camisinha feminina e masculina, ordenha da mama, lesões no mamilo, cardiocografia, colo do útero e tampão mucoso, perda de líquido,

ambulância, massagem durante o trabalho de parto, anestesia, parto cesárea, parto fórcepe, carta dos direitos dos usuários, posição durante o trabalho de parto, parto normal, casa de parto, episiotomia, placenta após o parto, músculos abdominais, ginástica, pílula, febre após o parto e útero aumentado, mãe e bebê, pai e bebê, banho do bebê, banho do bebê embrulhado, posição durante o trabalho de parto, respiração e yoga. Para alguns assuntos, foram selecionados mais que uma opção de figura.

Após a seleção das figuras, foi realizado um processo de diagramação das ilustrações com o objetivo de dispô-las no texto e em conformidade com as cores padronizadas na cartilha. Este processo resultou na inclusão de 33 ilustrações. Estas estavam devidamente legendadas e referenciadas.

Ilustrações referentes às seguintes temáticas foram incluídas: união do óvulo e espermatozóide, coluna antes e durante a gravidez, vulva (clitóris, vagina, uretra) e ânus, alimentação durante a gravidez, placenta, crescimento fetal, ato sexual, camisinha masculina, camisinha feminina, pressão na aréola, sentindo as mamas, técnica para retirar leite, cardiotocografia, colo do útero e tampão mucoso, perda de líquido, massagem no trabalho de parto, anestesia, carta dos direitos dos usuários, corte na barriga: parto cesárea, fórcepe, posição no trabalho de parto, parto normal, episiotomia, placenta após o parto, febre e útero aumentado, músculos antes e após a gravidez, exercícios após o parto, pílula, pai e filho, pai segurando o bebê, banho do bebê e yoga.

4.3 AS CARACTERÍSTICAS DOS PERITOS

Oito profissionais, dentre eles duas enfermeiras obstetras, dois médicos obstetras, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um educador físico e um enfermeiro especializado em promoção da saúde, colaboraram com a pesquisa enquanto peritos. Quanto ao sexo, seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade deles variou entre 27 a 60 anos.

Seis deles detinham o título de especialista, que eram nas áreas de administração hospitalar, promoção da saúde, tocoginecologia, ginecologia,

obstetrícia e nutrição. Dois enfermeiros tinham o título de mestre em enfermagem. O profissional de educação física tinha o título de mestre em saúde pública e um dos médicos tinha o título de mestre em ciências, na modalidade de medicina preventiva. Dois profissionais tinham o título de doutor, sendo um em enfermagem e o outro em saúde pública. Um profissional estava cursando o doutorado em obstetrícia.

Os profissionais estavam inseridos em diferentes âmbitos de atuação no momento da participação no estudo. Sete deles estavam atuando na área assistencial, quatro no ensino e três na pesquisa e quatro estavam atuando em mais de uma área. Os que estavam atuando na área assistencial desempenhavam funções no campo da educação e promoção da saúde, assistência ao parto, assistência pré-natal e consultoria em aleitamento materno. Os atuantes do ensino desenvolviam a docência em nível de graduação e pós-graduação em universidades públicas e privadas e aqueles que realizavam atividades de pesquisa o faziam nas temáticas de nutrição e atividade física durante a gravidez, obstetrícia e saúde da mulher.

4.4 AS CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES

Nove gestantes participaram da pesquisa. Elas tinham idade entre 15 a 33 anos. Três delas eram adolescentes. Com relação ao estado civil, quatro eram casadas, duas unidas consensualmente e três eram solteiras. Dentre as solteiras, apenas uma não estava acompanhada pelo pai do filho no momento da colaboração com a validação da cartilha. Quanto à religião, cinco gestantes eram católicas e quatro não tinham nenhuma religião. No que diz respeito à escolaridade, duas tinham seis anos de estudo, duas tinham ensino médio incompleto, quatro tinham concluído o ensino médio e uma tinha ensino superior incompleto. Quanto à ocupação, três gestantes eram estudantes, mas uma havia suspenso a matrícula na universidade, recentemente, duas gestantes trabalhavam como auxiliares de limpeza, duas se dedicavam exclusivamente às atividades do lar, uma era encarregada de mercado e uma declarou não ter ocupação. Todas residiam nas imediações da Instituição.

A idade gestacional variou entre a 16 e 35 semanas, cinco eram primigestas, três secundigestas e uma tinha tido seis gestações. Sete eram nulíparas, uma era primípara e uma era tercípara. Três gestantes já tinham tido um aborto. Quatro delas referiram ter participado de grupos de gestantes: uma tinha participado das três sessões oferecidas pela Instituição e as outras três tinham participado de apenas uma sessão. Dentre estas, uma havia participado do grupo na gestação anterior.

4.5 AS SUGESTÕES DOS PERITOS

A leitura das sugestões feitas pelos peritos possibilitou verificar que elas diziam respeito a alterações referentes ao texto, à linguagem, às ilustrações e à avaliação geral da cartilha, cada qual apresentada em seu respectivo quadro. Na decisão a respeito da inclusão ou não das sugestões na cartilha, levou-se em consideração o caráter científico da mudança sugerida e as diretrizes próprias ao trabalho editorial e gráfico.

4.5.1 Referentes às informações do texto

Neste tópico, foram feitas sugestões para inclusão, reformulação e exclusão de informações no texto.

No Quadro 1, estão apresentadas as sugestões feitas em relação à inclusão de informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 1 - Sugestões dos peritos para inclusão de informações no texto, segundo o assunto.

Assuntos	Sugestões
Mudanças da gravidez	Relacionar a cefaléia tencional com o estado emocional Relacionar o vômito na gravidez com a perda de peso Recomendar a higiene bucal e o tratamento odontológico Recomendar hábitos alimentares adequados aos membros da família Recomendar a ingestão de água na prevenção da infecção do trato urinário
Desenvolvimento da gravidez e do bebê	Relacionar o tabaco, álcool e outras drogas com os riscos para a gestante e o bebê Indicar serviços de apoio ao dependente químico Recomendar atenção à higiene e temperatura da piscina para a atividade física Indicar a frequência e duração da caminhada Estimular diálogo com maridos que não participam das consultas do pré-natal ou grupos de gestantes Indicar as possibilidades do acompanhamento de escolha
O nascimento	Esclarecer sobre direitos relacionados à humanização da assistência ao trabalho de parto Explicar as características das contrações nos dias que antecedem o início do trabalho de parto
Após o parto	Recomendar o desenvolvimento de atividades físicas com o recém-nascido Recomendar a inclusão da camisinha como recurso contraceptivo
Amamentação	Recomendar a hidratação como estímulo à produção de leite materno Alertar sobre os riscos do uso do tabaco, álcool e outras drogas Incluir as características do leite materno Incluir a transmissão vertical do vírus HIV Incluir os direitos das estudantes Indicar serviços de referência para garantia dos direitos trabalhistas
O recém-nascido	Incluir a importância do diálogo familiar para o desenvolvimento infantil Recomendar a higiene do coto umbilical Recomendar a higiene na troca de fraldas Especificar as características do choro Alertar sobre os riscos do tabagismo
Cuidados com o corpo	Recomendar as práticas de cuidados com o corpo aos membros da família

No Quadro 2, estão apresentadas as sugestões feitas em relação à reformulação das informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 2 - Sugestões dos peritos para reformulação de informações no texto, segundo o assunto.

Assuntos	Sugestões
Mudanças da gravidez	Explicar o significado da palavra “reflexo” Distinguir os efeitos dos hormônios da gravidez Distinguir os cuidados específicos para os desconfortos gastrointestinais Distinguir orientação alimentar na gravidez e a prevenção da constipação intestinal
Desenvolvimento da gravidez e do bebê	Especificar a região principal de aparecimento de manchas na pele Esclarecer a determinação da idade gestacional Manter a divisão das explicações sobre o desenvolvimento fetal e gestacional por semanas de gestação Distinguir o corrimento vaginal fisiológico e infeccioso Destacar o assunto da relação sexual na gravidez com o uso de uma pergunta
O nascimento	Esclarecer a garantia do acesso aos leitos hospitalares para o parto Distinguir as explicações sobre os tipos de parto Ordenar as explicações sobre a dor no trabalho de parto
Após o parto	Esclarecer o modo de aferição da temperatura corporal após o parto Distinguir o período de restrição à prática de exercícios físicos em relação aos tipos de parto
Amamentação	Modificar no texto a posição do tópico “amamentação” para depois do tópico “após o parto” Distinguir as orientações sobre o ingurgitamento mamário e fissura mamilar

No Quadro 3, estão apresentadas as sugestões feitas em relação à exclusão de informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 3 - Sugestões dos peritos para exclusão de informações do texto, segundo o assunto.

Assuntos	Sugestões
Alimentação	Consumo de carboidratos como substitutos do leite
Higiene	Indicação do uso de lenço umedecido Higiene para prevenção do corrimento vaginal
Relação sexual	Tamanho do canal vaginal
Trabalho de parto	Sensação e problemas do anestésico Utilização antiga do fórcepe
Pós-parto	Explicação sobre “Empresa Cidadã” para a licença maternidade Uso da cinta abdominal no período após o parto

4.5.2 Referentes às ilustrações

Neste tópico, foram feitas sugestões para a reformulação das ilustrações da cartilha. No Quadro 4, estão apresentadas as sugestões feitas para reformulação das ilustrações, que foram incorporadas na cartilha.

Quadro 4 - Sugestões dos peritos para reformulação das ilustrações constantes na cartilha.

Ilustrações	Sugestões
União do óvulo e espermatozóide	Nomear as figuras que indicam esperma, óvulo, espermatozóides e fecundação
Alimentação da gestante	Incluir figura contendo um prato com alimentos
Crescimento fetal	Aumentar o tamanho da legenda de cada desenho
Placenta	Indicar o cordão umbilical e a placenta
Colo do útero e tampão mucoso	Melhorar a nitidez da figura
Parto cesárea	Melhorar a nitidez da figura
Posição durante o trabalho de parto	Incluir figura com várias posições
Parto normal	Melhorar a nitidez da figura
Pressão da aréola	Substituir por figura mostrando a pega correta da mama na amamentação
Banho do bebê	Detalhes de banho com bebê embrulhado

Houve apenas uma sugestão referente à exclusão de ilustração, que se referia ao tema da pílula anticoncepcional, que foi aceita.

4.5.3 Referentes à linguagem

Neste tópico, foram feitas sugestões para reformulação do vocabulário utilizado na cartilha. Todas as sugestões quanto à linguagem foram incorporadas porque avaliou-se que as alterações feitas facilitariam a compreensão do texto e não provocariam alterações em seu significado. Elas estão apresentadas nos Quadros 5, 6 e 7.

Quadro 5 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição de frases constantes na cartilha.

Frases da cartilha	Sugestões
Você vai perceber que as juntas estão amolecidas	As suas juntas estão amolecidas, algumas mulheres percebem essa sensação
A sensibilidade aumenta	A sensibilidade pode ficar aumentada
Você ficará mais dependente	Pode ser que você fique mais dependente
Há a saída do tampão mucoso	Pode ser que você perceba a saída do tampão mucoso
Tempo adequado para o bebê nascer	Duração da gestação
Bebê movimentava-se menos	Bebê movimentava-se diferente
Medo da duração da gestação	Medo de passar da data provável do parto
Para seu lado esquerdo	Do lado esquerdo
Placenta fica presa dos dois lados?	Onde a placenta fica presa?
Não deve ser feita a raspagem de pêlos	Não há a necessidade da raspagem de pêlos
Alimentação antes do parto	Alimentação durante o trabalho de parto
Não é necessário se fazer à lavagem intestinal como se fazia até pouco tempo atrás	A lavagem intestinal não é obrigatória, embora muitos hospitais façam em todas as mulheres
Muitas mulheres se enganam com esses intervalos: vão para o hospital, mas depois tem que voltar para casa	Se houver dúvidas, vá ao hospital, mesmo que tenha que voltar para casa
Esse corte não deve ser feito	Esse corte não é necessário
Não é preciso suspender as relações sexuais	A manutenção das relações sexuais é benéfica
Nenhum homem deve achar que a mulher	É importante que o homem saiba
O sangramento vaginal diminui	Há sangramento vaginal
Evite passar creme nas mamas	Não passe creme nas mamas

Quadro 6 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição das palavras constantes na cartilha.

Palavras da cartilha	Sugestões
Bichos	Micróbios
Limpeza	Higiene
Verduras	Folhas verdes
Musculatura	Músculos
Seios	Mamas
Inchada	Intestino preso
Cheiro de cândida	Cheiro de cloro
Indígenas	Diferentes culturas
Trabalho de parto e parto	Trabalho de parto
Dieta	Resguardo
Sair fezes	Eliminar fezes
Cor avermelhada	Cor de sangue

Quadro 7 - Sugestões dos peritos para a reformulação do vocabulário, segundo a exclusão de palavras constantes na cartilha.

Palavras da cartilha	Sugestões
Espermatozóide do homem	Do homem
Óvulo da mulher	Da mulher
O desenvolvimento da gravidez e do bebê antes do nascimento	Antes do nascimento
Molhada por baixo	Por baixo
O fórceps é um instrumento valioso	Valioso

4.6 SUGESTÕES NÃO INCORPORADAS NA CARTILHA

A seguir, estão descritas as sugestões dos peritos que não foram incorporadas na cartilha. Elas se referiam às informações e às ilustrações e estão discriminadas segundo o assunto. As justificativas para a não incorporação das sugestões estão apresentadas nos respectivos itens.

4.6.1 Referentes às informações do texto

Houve duas sugestões para inclusão de informações no texto. Uma se referia ao assunto “O nascimento” e a outra era “O recém-nascido”. Quanto ao primeiro, foi sugerido a inclusão de explicações sobre a utilidade do banho para a progressão do trabalho de parto. Esta sugestão não foi incluída porque a relação entre a realização do banho e a evolução do trabalho de parto ainda não está devidamente esclarecida. Alguns estudos apontaram para um efeito significativo desta medida, na promoção do conforto da parturiente, o que pode influenciar na redução da dor. Por esta razão, foi indicada apenas a realização do banho no trabalho de parto como uma medida para promover o bem-estar da gestante, que seria derivada da sensação de relaxamento proporcionada pela medida (Silva, Oliveira, 2006; Ochiai, 2000).

Quanto ao segundo item, houve sugestão para incluir explicações a respeito da higiene bucal do bebê e os malefícios do uso da chupeta para a dentição. Este assunto não foi incluído pelo fato de ter-se dado prioridade aos aspectos relativos ao relacionamento dos pais com o recém-nascido.

Houve uma sugestão para alterar a seqüência das idéias no tópico referente ao assunto “O recém-nascido”, que fazia uma menção à condição emocional da mulher após o nascimento de seu filho. Neste item foi sugerida uma alteração na seqüência das idéias para dar prioridade aos sentimentos considerados positivos como àqueles relativos ao amor e ao afeto. Tal sugestão não foi incorporada, pois julgou-se que a condição emocional da mulher após o parto é permeada por uma experiência de múltiplas dimensões, em que não há linearidade emocional (Kitzinger 1981, Badinter 1985; Rea 2003).

A única sugestão referente à exclusão de informações no texto se referiu ao tópico “Mudanças que acontecem durante a gravidez”, sobre as opções de substituição do leite na dieta da gestante. Essa sugestão não foi incorporada tendo em vista a importância de fornecer alternativas de fontes alimentares de cálcio às mulheres que não ingerem leite ou àquelas que têm intolerância à

lactose. Salienta-se o fato da ingestão materna de cálcio ter importância vital para promover a mineralização do esqueleto fetal (Moore, 2002).

4.6.2 Referentes às ilustrações

Foram identificadas sugestões para a inclusão de ilustrações. As sugestões referentes à inclusão de ilustrações foram sobre o tópico “Mudanças que acontecem durante a gravidez”. Nele, um dos assuntos tratados foi sobre as alterações posturais exigida pela gravidez. Neste sentido, foi descrita no texto a recomendação da maneira correta de se movimentar e utilizou-se a ilustração da alteração anatômica da coluna. Avaliou-se que não foi necessário incorporar a sugestão da maneira correta de suspender objetos, porque era facilmente compreendida pelo texto.

Para este mesmo tópico, foi feita a sugestão de incluir uma ilustração sobre a pirâmide alimentar. Apesar de ter existido a tentativa de incluir esta ilustração, a imagem selecionada não foi incorporada, pois não correspondeu ao padrão das ilustrações contidas na cartilha e também de qualidade, quanto a sua nitidez. Além disso, houve descrição suficiente no texto sobre a importância dos grupos alimentares.

Outra sugestão foi referente ao tópico “O recém-nascido”. Foi sugerida a inclusão da ilustração sobre a recomendação da posição do bebê ao dormir. No entanto, entendeu-se que a descrição no texto desta recomendação foi suficiente para possibilitar sua compreensão. Esta escolha também se baseou na quantidade de ilustrações presentes na cartilha e suas dimensões.

No tópico “O desenvolvimento da gravidez e do bebê” foi sugerida a reformulação da ilustração sobre a camisinha masculina. Esta sugestão dizia respeito a tornar mais evidente a pressão da camisinha para a remoção do ar antes de sua colocação no pênis. Isto não foi possível diante da limitação de se trabalhar com ilustrações prontas.

Houve uma sugestão para modificação das cores utilizadas na ilustração relativa à fecundação (união do óvulo e espermatozóide), que fazia parte do

tópico “Mudanças da gravidez”. Neste item, não havia viabilidade para alteração em função do padrão visual adotado para a elaboração da cartilha. Já estava estabelecido um padrão composto por duas cores, que possuía um fundamento de base editorial. Entretanto, considerou-se pertinente a inclusão de uma legenda, com o objetivo de tornar a ilustração mais clara e compreensível.

4.7 OPINIÃO DOS PERITOS A RESPEITO DA CARTILHA

Todos os peritos fizeram uma avaliação positiva do material analisado. Alguns consideraram importante a decisão de construir um recurso didático, cujo processo foi caracterizado pela participação ativa dos usuários dos serviços de atenção à saúde da mulher.

Avaliaram que o trabalho estava bem elaborado e apresentava subsídios para a abordagem de temas relacionados à promoção da saúde e prevenção de problemas específicos da gravidez, que poderiam ser utilizados pela mulher e seus familiares em outros momentos da vida. Houve a consideração de que a leitura da cartilha remetia a uma visão integral e equitativa da gravidez e possibilitava a emancipação dos leitores em relação aos seus direitos enquanto usuários do SUS.

A apresentação do material educativo foi avaliada como boa e a arte final, excelente. A linguagem foi considerada de fácil compreensão, aspecto este considerado vital para despertar o interesse das gestantes.

Alguns peritos tiveram a percepção de que a cartilha estava direcionada às gestantes atendidas pelo SUS, que eram casadas ou tinham companheiros. Segundo a perspectiva deles, este enfoque não levaria em consideração parte das usuárias, sobretudo as mulheres divorciadas, solteiras e até mesmo as adolescentes. Além destes aspectos, avaliou-se que a cartilha era direcionada às gestantes que já destinavam alguma atenção para a promoção da própria saúde durante a gravidez.

Considerando tais visões, foram realizadas adequações no texto referentes aos assuntos que tratavam do estímulo ao envolvimento do pai com a gravidez, para evitar a exclusão de mulheres solteiras ou divorciadas. Por esta razão, foi indicada a possibilidade desta categoria de mulheres incentivar a participação de pessoas consideradas significativas sob o ponto de vista delas.

4.8 AS SUGESTÕES DAS GESTANTES

A leitura das sugestões feitas pelas gestantes possibilitou verificar que elas diziam respeito às alterações referentes ao texto, quanto à linguagem, às ilustrações e à avaliação geral da cartilha. Todas as sugestões indicadas pelas gestantes foram incorporadas. Apenas três gestantes apresentaram dúvidas em relação à cartilha. Dentre elas, todas estavam relacionadas às informações contidas no texto. Uma delas, também teve dificuldade na compreensão do texto em relação à linguagem e duas gestantes tiveram dificuldades na compreensão de ilustrações. De maneira semelhante à sistemática adotada para apresentar as sugestões dos peritos, as feitas pelas gestantes também estão representadas na forma de quadros. As opiniões delas a respeito da cartilha estão apresentadas na seqüência.

4.8.1 Referentes às informações do texto

Quadro 08 - Sugestões das gestantes para a reformulação de informações no texto, segundo o assunto.

Assunto	Sugestões
Mudanças da gravidez	Justificar o uso do decúbito lateral esquerdo Especificar quando acontece a cefaléia
Amamentação	Presença de sangramento nas lesões das mamas
O Nascimento	Garantia do cumprimento da legislação do acompanhante do parto

4.8.2 Referentes à linguagem

Quadro 09- Sugestões das gestantes para a reformulação do vocabulário, segundo a substituição palavras constantes na cartilha.

Palavras	Sugestões
Músculos flexíveis	Músculos mais preparados para se mover melhor
Lubrificação	Hidratação
Hidroginástica	Os exercícios que podem ser feitos na água, em uma piscina como a natação e a ginástica (hidroginástica).

4.8.3 Referentes às ilustrações

Quadro 10- Sugestões das gestantes para a reformulação das ilustrações, segundo as ilustrações constantes na cartilha.

Ilustrações	Sugestões
Episiotomia	Mudar a legenda
Placenta após o parto	Melhorar legenda
Preservativo feminino	Melhorar a legenda

4.9 OPINIÃO DAS GESTANTES A RESPEITO DA CARTILHA

Opiniões a respeito da cartilha foram dadas por oito das nove gestantes que realizaram este trabalho. Constatou-se que todas fizeram uma avaliação positiva da cartilha.

O conteúdo da cartilha, que foi considerado de fácil entendimento, despertou o interesse das gestantes. Esta constatação foi possível em função da ausência de dúvidas após o término da leitura e pela comparação com outras cartilhas que as gestantes leram previamente.

“Não tive muitos problemas para entender a cartilha, ela está bem clara, tanto em figuras como em seu vocabulário. Já fiz leitura de várias outras, mas esta foi a melhor que li, nela está tudo simples e bem colocado (G.P)”; *“Pelo que vi não precisa mudar nada. Achei muito interessante (C.D)”*; *“Não tive dúvida em nada e gostei muito pelo conteúdo dela (G.S.F)”*

Os benefícios proporcionados com o aprendizado e o esclarecimento de dúvidas sobre os assuntos referentes à vivência da gravidez, fizeram com que as gestantes sentissem interesse e satisfação durante a leitura da cartilha. Isso se deve ao fato de que elas estavam passando por determinada situação que teve correspondência na cartilha.

“Eu que sou mãe de primeira viagem amei ler essa cartilha. Ensinou muitas coisas, tirou dúvidas que eu tinha sobre como o bebê se movimenta e as causas desse movimento. Também explicou sobre o casal, se poderia ter relações sexuais nesses momentos (T.A)”; *“Foi bom principalmente porque entendi que existem outras formas de saber se o bebê está bem, não só pelo ultra-som, que também foi dito no grupo de gestantes (LHBS)”*; *“Achei este livro muito interessante, porque podemos tirar nossas dúvidas sobre o que acontece no começo da gestação, no meio e no final (A.C.P)”*; *“Eu achei muito importante e eu gostei de tudo o que está escrito na cartilha. E tudo o que eu entendi serviu muito pra mim (D.A)”*

A constatação de que a gestação é um acontecimento natural, possibilitou a busca de recursos individuais, como a religiosidade para o estabelecimento de maior confiança em relação à experiência da gravidez.

“A cartilha mostra também que a gravidez não é um bicho de sete cabeças e sim uma benção que Deus possa nos dar e com o tempo recompensar também. Adorei muito o livro e espero que todas as gestantes possam compreender como eu compreendi (A.C.P)”

As gestantes recomendaram que a cartilha deve ser um recurso amplamente disponível devido a sua importância para o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de orientações, especialmente àquelas gestantes que não tem outras fontes de acesso à informação.

“Esses livros, os postos e os hospitais deveriam dar para as gestantes para tirar dúvidas. Eu adorei e aprendi muitas coisas que eu não sabia. Obrigada (T.A)”; *“Achei*

muito importante esse trabalho, porque é bom para quem não sabe muito sobre isso, quem não estuda, quem não tem orientação (G.S.F)”; “Como estou grávida pela sexta vez já sei tudo, mas achei a cartilha maravilhosa, não tive dificuldade de entender o que estava escrito, vai ser ótimo para outras gestantes (S.P.B)”

4.10 A versão final da cartilha

A versão final da cartilha, produto desta pesquisa, está anexada ao trabalho (Apêndice 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da construção desta cartilha educativa, realizada mediante processo participativo, dialógico e coletivo como preconizado nos fundamentos teóricos atuais em termos de promoção à saúde, demonstrou que o desenvolvimento deste processo é viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde. Tratou-se de uma perspectiva que valoriza as interações entre os sujeitos do processo de trabalho (Carvalho, 2007).

O procedimento de sistematização do conteúdo possibilitou uma revisão e atualização do material obtido durante a atividade educativa desenvolvida com o grupo de gestantes. Os cuidados e orientações foram recomendados em função de sua eficácia comprovada cientificamente, quando possível, pois cada vez mais tem se defendido que as práticas em saúde devem estar pautadas nas melhores evidências, buscando recomendar aquelas que tenham eficácia comprovada. Entretanto, essas evidências devem estar pautadas na cultura, nas preferências do paciente e no julgamento profissional (Pearson, 2005).

A participação dos peritos na validação da cartilha possibilitou uma adequação do conteúdo ao contexto de trabalho destes profissionais, que contribuíram com sugestões a partir de suas experiências profissionais. Considerou-se que realização dessa etapa foi importante para o aperfeiçoamento do material, tendo em vista os diferentes níveis de formação e atuação desses profissionais, permitindo abranger fatores importantes que não haviam sido considerados em sua elaboração inicial.

A inserção dos profissionais no processo de construção de materiais educativos, especialmente pelo fato de estarem atuando de forma direta na assistência às gestantes ou no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde no momento da realização da pesquisa, promoveu uma crítica construtiva a fim de atender as expectativas dos colaboradores, que são pessoas que podem possuir conhecimentos e interesses distintos de quem elabora o material educativo, conforme observado por Echer (2005) sobre a

recomendação da inserção de profissionais de diferentes áreas na produção do material educativo. Foi possível perceber que a contribuição ativa no processo de aperfeiçoamento do material teve um significado importante para estes profissionais, pois eles certamente possuem uma crença mais profunda nas potencialidades da cartilha e a adotariam como instrumento de apoio para suas práticas educativas.

O envolvimento de profissionais de comunicação, mediante a realização do trabalho editorial e gráfico, desde o início do processo, também foi essencial. Nesse trabalho, foi possível aliar os conhecimentos técnicos próprios de cada categoria profissional no desenvolvimento de todas as etapas de construção da cartilha. Percebeu-se, desde o momento do convite e pronta aceitação do trabalho, que eram profissionais altamente compromissados com seu propósito, além de terem experiência consolidada no desenvolvimento de cartilhas educativas voltadas à educação e promoção da saúde. Esta medida tem sido preconizada nos processos de produção de materiais educativos no âmbito do SUS, já que existe uma crítica sobre a limitada inserção desses profissionais em apenas uma parte das etapas de produção, constituídas pelo planejamento, execução e avaliação dos materiais. Avalia-se que esta inserção em etapas estanques contribui para um resultado, cujo produto mostra sinais de fragmentação com conseqüente prejuízo de sua qualidade final (Montoro, 2008).

A colaboração das próprias usuárias do material educativo, neste caso, as gestantes, possibilitou fazer a adequação de alguns termos e de ilustrações de difícil compreensão, segundo a perspectiva delas. Este trabalho permitiu construir uma cartilha caracterizada pela compreensibilidade, tanto no que se referiu à linguagem quanto às ilustrações. A possibilidade para a expressão livre de opiniões no processo de validação da cartilha foi fundamental e isto foi garantido às gestantes mediante respeito às suas características sociais e culturais, nível de escolaridade, ocupação, entre outros, referentes aos aspectos éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos.

A avaliação da cartilha feita pelas gestantes demonstrou que o conteúdo, em relação às informações, linguagem e ilustrações correspondeu à

realidade delas. O que foi constatado pela avaliação positiva que elas fizeram da cartilha, em função da facilidade de compreensão, do interesse pela leitura, dos benefícios percebidos pela aprendizagem e esclarecimento de dúvidas, da sensação de maior confiança em relação à experiência da gravidez e da verificação da importância da cartilha. Isso possibilitou também, que elas recomendassem que a cartilha fosse disponibilizada para outras gestantes.

Avaliou-se que este olhar decorreu do fato do conteúdo ter emergido das próprias mulheres e de seus maridos, que estavam compartilhando da vivência do processo gestacional. A adoção de uma metodologia participativa para a eleição do conteúdo, como ocorreu neste caso, foi fundamental, pois esta abordagem pressupõe a contribuição ativa dos sujeitos nos procedimentos da pesquisa, permitindo chegar ao seu produto. Os conhecimentos são construídos na medida em que os sujeitos e pesquisadores aprendem juntos e avançam na resolução de problemas. Essa busca de soluções coletivas e estratégias formuladas levam as pessoas a trabalharem com base em suas próprias questões e tentarem equacionar suas problemáticas (El Andaloussi 2004).

Percebeu-se que as gestantes que participaram da pesquisa estavam de alguma maneira informadas sobre a gestação, e as informações contidas na cartilha puderam contribuir para proporcionar maiores esclarecimentos em relação àqueles que elas possuíam, especialmente para as gestantes que estavam estudando, as que participaram de grupos de gestantes ou que já tinham tido a experiência de outras gestações. Importante constatar que, independentemente do fator escolaridade, elas estão na condição de gestantes e se encontram motivadas para busca de informações sobre essa temática, pois se trata de um mundo novo a ser desvendado (Britto, 2001).

Devemos ter claro que as gestantes farão sua própria análise da cartilha, pessoalmente ou compartilhada com o grupo, dos fatos e situações, e tomarão suas decisões baseadas em muitos fatores que não apenas a informação recebida. O texto desenvolvido para esta cartilha foi planejado considerando essa possibilidade, de modo a subsidiar um processo de tomada de decisão, muito mais do que persuadir para uma mudança de comportamento ou atitude,

assim como preconizado por Araújo (2006) nos critérios pertinentes para a produção dos materiais educativos. Isso implica, necessariamente, em levar em consideração as experiências de vida e os valores das gestantes.

Sobretudo, pretendeu-se com a elaboração da cartilha, superar a hegemonia que se têm estabelecido na educação em saúde. Essa experiência significou reconhecer as limitações do próprio saber admitir e validar um outro saber, não especializado, na identificação mais ampla das necessidades de saúde e na compreensão dos contextos de vida e dos recursos mobilizados pela população. Essa prerrogativa pressupõe a superação dos preconceitos incluídos na representação da clientela, o que implica em respeitar e tentar entender a fala do outro, a fim de influenciar na produção de uma nova cultura do setor saúde. Um aprendizado desta natureza requer interações de saberes e práticas, quer dizer, a interlocução entre os profissionais, técnicos e representantes da população organizada, no âmbito dos serviços (Stotz, Araújo; 2004).

Percebeu-se neste processo os desafios de lidar com a comunicação em saúde, a fim de tornar a cartilha efetiva, ou seja, de que seja compreendida e faça sentido para as pessoas. Reitera-se a importância do cuidado em garantir uma comunicação eficaz na elaboração desta cartilha, tendo em vista a ampla recomendação da importância do investimento na comunicação entre profissional e a mulher, como meio de promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. Neste aspecto, as atividades educativas realizadas durante o pré-natal devem estar estruturadas com a finalidade de reduzir os desvios de comunicação, já que os profissionais tendem a ter posturas preconceituosas em relação ao fornecimento de informações às mulheres (Diniz, 2003).

Este tipo de perspectiva propõe-se a formação de uma consciência crítica voltada para a transformação da realidade social. São processos de validação da experiência de terceiros e legitimação da sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade, visando entre outros aspectos à melhoria da qualidade de vida (Carvalho, 2004; Monteiro et al, 2006).

Buscou-se com a criação desta cartilha promover a saúde da gestante, servir como recurso para o fortalecimento das potencialidades das gestantes e seus familiares, a fim de fornecer um suporte para que se sintam apoiados em suas necessidades. Destinou-se a ser um recurso amplamente utilizado pelos usuários do SUS. Este será um objetivo que se propõe alcançar, mediante a sua ampla disponibilização por meio da obtenção de recursos em instituições governamentais públicas ou empresas privadas.

5.1 UMA RETROSPECTIVA DO CAMINHO TRILHADO

A conclusão desta pesquisa, que visou a produção de uma cartilha educativa com conteúdo significativo e de fácil compreensão, do ponto de vista das gestantes e seus acompanhantes, e cuja trajetória foi permeada pela estratégia participativa, possibilitou realizar uma análise retrospectiva de suas etapas.

No período de desenvolvimento das sessões grupais com as gestantes e seus acompanhantes, foram acompanhadas as transformações, desconfortos e as maneiras como as vivências da gravidez são percebidas pelos casais. Os encontros, permeados por trocas e contribuições mútuas, possibilitaram reconhecer a importância das estratégias empregadas, das técnicas corporais desenvolvidas e das informações fornecidas estarem em conformidade com os interesses dos participantes do próprio grupo. Isto proporcionou reflexos positivos nas práticas desta autora, enquanto pesquisadora e enfermeira.

Na fase de revisão da literatura, crucial para a sistematização do conteúdo da cartilha, foi alcançado maior aprofundamento no conhecimento relativo à assistência obstétrica, que possibilitou um ganho cognitivo importante quanto a este conteúdo. Além disso, esta autora pode aperfeiçoar a maneira de interpretar alguns conceitos, que foi primordial para a escrita de um texto adequado à realidade de vida das gestantes.

O desenvolvimento dos trabalhos, em conjunto com profissionais da área da comunicação, possibilitou trocas de experiência muito construtivas e intensos aprendizados no que diz respeito aos processos de elaborar um texto e

realizar a produção gráfica do material educativo. Este processo, que foi permeado pela criatividade e solidariedade, possibilitou o reconhecimento de algumas limitações pessoais e a necessidade de buscar ajuda de outros profissionais, cujo esforço realizado em conjunto viabilizou a produção da cartilha.

Os profissionais que participaram da validação da cartilha não mediram esforços para colaborar em seu aperfeiçoamento. Foram contribuições valiosas que, além da troca de experiências, permitiu alcançar uma visão mais abrangente em relação à atividade educativa no âmbito da saúde e reforçar a crença na potencialidade da cartilha. A troca de idéias entre distintos profissionais se revelou um trabalho enriquecedor, pois cada qual deu a sua contribuição tendo como base as vivências do próprio cotidiano. Este fato reafirma a importância do trabalho multiprofissional na educação e promoção da saúde.

Durante a participação das gestantes no processo de validação da cartilha, foi possível reconhecer as dificuldades de compreensão da linguagem escrita. Tornou-se evidente que, mesmo para pessoas com semelhante escolaridade, existem experiências de vida, distintas, que se refletem nas formas de compreender a cartilha. Este fato permitiu compreender, de forma mais profunda, as dificuldades enfrentadas pelos usuários dos serviços de saúde, e isto significou um amadurecimento fundamental para esta pesquisadora, enquanto profissional de saúde.

Um exemplo da dificuldade de compreensão apresentada por uma gestante foi o desconhecimento do termo “hidroginástica”. Isto evidenciou a necessidade do profissional manter a humildade, que é fundamental para o reconhecimento das próprias limitações na esfera da comunicação e a busca de termos de fácil compreensão, com o intuito de transpor as barreiras que existem entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. A atitude humilde representa o primeiro passo de um processo dialógico permeado pela equidade, que é fundamental no emprego das metodologias participativas nas instituições de saúde.

Para concluir, deve ser ressaltada a importância desta experiência, que foi de grande valor e significado para todos os envolvidos e, principalmente para esta profissional de saúde, em virtude dos ganhos pessoais e profissionais conquistados no transcurso da pesquisa.

5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Salienta-se que este material foi produzido em um contexto de uma metrópole, como é o caso da cidade de São Paulo, que abriga uma ampla variedade cultural, mas que nesta pesquisa foi representada por um grupo de gestantes. Esta limitação revela, que não é possível abranger tamanha diversidade da realidade brasileira com uma cartilha padronizada, institucionalmente. Torna-se necessário incorporar as dimensões, valores, até mesmo padrões de linguagem peculiares de determinadas regiões brasileiras para possibilitar sua aplicabilidade em cada local. Isso requer a produção de outros materiais ou mesmo a adaptação transcultural desta cartilha. Retoma-se a importância da construção coletiva, com participação ativa dos agentes envolvidos no processo, que certamente poderá agregar maior valor a este recurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves MCGP. Plano de amostragem. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MMA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. No. 267, January 2002. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(1):79-81.

Anderson FW, Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2005;91(2):116-24.

Araújo I. Materiais educativos e produção de sentidos na intervenção social. In: Monteiro S, Vargas. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces no campo da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 252.

Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA). O que é acupuntura [texto na Internet]. São Paulo; 2008. [citado 2008 jun. 3]. Disponível em: <http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?scripto=swkdfo&idpagina=03&shjert=mcontct>

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground; 1993.

Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? A randomized controlled trial. J Perinat Neonatal Nurs. 2006;20(2):138-46.

Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford; Update Software; 2007.

Bonomi A. Pré-natal humanizado: gerando crianças felizes. São Paulo: Atheneu; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Manual técnico. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Declaração do Rio [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2006b. [citado 2007 maio 5]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_rio.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Informações para gestores e técnicos: manual técnico. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério do Trabalho. Emprego e Renda. Salário Mínimo [texto na Internet]. Brasília; 2008. [citado 2008 nov 10]. Disponível em:
http://tem.gov.br/sal_min/default.asp

Britto MFD. A saúde da mulher na imprensa feminina [dissertação]. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo; 2001.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). DeCS/MeSH – Terminologia em Saúde [texto na Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 ago. 20]. Disponível em
<http://www.bireme.br/php/index.php>

Carvalho MAP. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília; 2007. p. 91-101.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95.

Chiesa AM, Batista KBC. Toda hora é hora de cuidar: cartilha da família. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Unicef, Associação Comunitária Monte Azul; 2003.

Correa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquo E. *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP; 2003. p.17-78.

Diniz CSG. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; 2003.

D'Oliveira AFPL. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.

Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia: JB Lippincott; 1996.

- Dunne D. Yoga ao alcance de todos: como ter vida longa e feliz. São Paulo: Pensamento; [s.d].
- Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(5):754-7.
- El Andaloussi K. Pesquisa-ações: ciências, desenvolvimento, democracia. São Carlos: EduFSCar; 2004.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.14-20.
- Fonseca MMF, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(1):65-75.
- Formiga Filho JFN. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 1999. p.104-62.
- Foster PC, Benett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB, editor. Teorias de enfermagem: os fundamentos da prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 81-101
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 21-61.
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 41ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. p. 65-87.
- Granath AB, Hellgren MS, Gunnarsson RK. Water aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(4):465-71.
- Grippio MLVS. Avaliação de um instrumento de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção do cuidador familiar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Hoga LAK, Reberte LMR. Técnicas corporais em grupo de gestantes: a experiência dos participantes. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):308-13.
- Hoga LAK, Reberte LMR. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):559-66.
- Kitzinger S. Gravidez e parto. São Paulo: Abril Cultural; 1981.
- Leininger MM. Culture care: diversity & universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.

Lo Biondo WG, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.117.

Luz ZMP, Denise NP, Rabello A, Schall V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):561-69.

Maluf M, Romero M. A sublime virtude de ser mãe. *Projeto História, Corpo e Cultura. Educ.* 2002;25:221-41.

Marques L. Manual das mães. Rio de Janeiro: Edições Cruzeiro; 1945.

Martins APV. Vamos criar seus filhos: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* 2008;15(1):135-54.

Montano RS. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Ambulatório. Manual da gestante. São Paulo; [s.d].

Monteiro S, Vargas EP, Cruz M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectivas. In: Monteiro S, Vargas EP. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

Montoro T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. *Interface Comun Saude Educ.* 2008;12(25):445-48.

Moore CM. Nutrição materna e fetal. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Boback IM. O cuidado em enfermagem maternal. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 270-95.

Murahovschi J, Nascimento ET, Teruya KM, Bueno GL. Cartilha da amamentação: doando amor. São Paulo: Almed; 1982.

Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, Gunasheela S, Nagendra HR. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *J Altern Complement Med.* 2005;11(2):237-44.

Nogueira MI. Assistência pré-natal. Prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec; 1994. p.41-7.

Ochiai AM. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde; 1978 set. 6-12; Alma-Ata, URSS [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986 nov; Ottawa, Canadá [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Adelaide. In: 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1988 abr 5-9; Adelaide, Austrália [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Sundsvall. In: 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1991 jun. 9-15; Sundsvall, Suécia [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Santafé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde; 1992 nov 9-12; Santafé de Bogotá, Colômbia [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Jacarta. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1997 jul 21-25; Jacarta, Indonésia [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração do México. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 2000 jun 5-9; Cidade do México, México. [texto na Internet]. [citado 2007 maio 5]. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Mexico.pdf>.

Orlandi O. Introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. Teoria e prática do amor à criança; p.11-174.

Paul P. A dimensão ética na educação para a saúde. *Saúde Soc.* 2005;14(1):30-40.

Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of evidence-based healthcare. *Int JEB Healthcare.* 2005;3(8):207-15.

Pelicioni MCF. A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança. In: Spalacci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM, organizadoras. *Gravidez e nascimento.* São Paulo: EDUSP; 2002. p.15-8.

Perdicaris AM. O desafio da comunicação na saúde: a busca da qualidade de vida. In: Pinto RMF, Silva WV, organizadoras. *Temas de saúde pública.* Santos: Leopoldianum; 2001. p. 47-54.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 222- 44.

- Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(3):241-90.
- Rea MF. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: Berquo E, organizadora. *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP; 2003. p.197-224.
- Reberte LMR, Hoga LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(2):186-92.
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR). Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher [texto na Internet]. São Paulo; 2000. [citado 2008 jul. 6]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/rede/admin/publicacoes/>.
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR). Cartilha saúde materna: componente essencial dos direitos reprodutivos [texto na Internet]. São Paulo; 2008. [citado 2008 jul. 6]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/rede/admin/publicacoes/>.
- Rodrigues M, Pereira A, Barroso T. Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores da saúde. Coimbra: [s.n.]; [s.d]. p. 86-96.
- Rozemberg B, Silva APP, Vasconcellos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1685-94.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agenda da gestante*. São Paulo: IMESP; [2004-2005].
- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
- Silva FMB; Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
- Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc*. 2004;13(2):5-19.
- Smith SA, Michel Y. A pilot study on the effects of aquatic exercises on discomforts of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(3):315-23.
- Takito MY. Atividade física durante a gestação e baixo peso ao nascer : um estudo de casos e controles [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Uchôa LR. Relaxamento: uma proposta de intervenção com gestantes hipertensas [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo; 2002.

Vasconcellos-Silva PR, Riveira FJU, Castiel LD. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1667-79.

Villela W. O monitoramento da plataforma de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil. J Rede Feminist Saúde. 2004;26(1):1-2.

World Health Organization (WHO). Tradicional medicine strategy 2002-2005. Geneva; 2002.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 19 de setembro de 2007.

Il.^{ma} Sr.^a
Luciana Magnoni Reberte

Ref.: Processo nº 660/2007/CEP-EEUSP

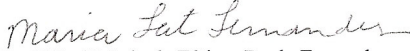
Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Construção de um material educativo para gestantes com abordagem participativa e sua validação por peritos**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,


Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

Questionário para validação da cartilha educativa

No caso de existir algum tópico em que você assinalou “não” como resposta, indique a página e o parágrafo, expresse a sua opinião e dê as suas sugestões para o aperfeiçoamento da cartilha:

TÓPICO 1: Mudanças que acontecem durante a gravidez

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?
Sim () Não ()

TÓPICO 2: O desenvolvimento da gravidez e do bebê antes do nascimento

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?
Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?
Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?
Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?
Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?
Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?
Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?
Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?
Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?
Sim () Não ()

TÓPICO 3: Amamentação

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?
Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?
Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?
Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?
Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?
Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?
Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?
Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?
Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?
Sim () Não ()

TÓPICO 4: O nascimento: como acontece o trabalho de parto e parto

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?
Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?
Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?
Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 5: Mais sobre o parto

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 6: Após o parto

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?
Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?
Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?
Sim () Não ()

TÓPICO 7: O Recém-nascido**1. Quanto ao conteúdo:**

a) As informações estão corretas?
Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?
Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?
Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?
Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?
Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?
Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?
Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?
Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

TÓPICO 8: Cuidados com o corpo

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas?

Sim () Não ()

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

Sim () Não ()

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

Sim () Não ()

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

Sim () Não ()

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

Sim () Não ()

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

Sim () Não ()

Neste item c. no caso da resposta afirmativa, por favor, indique a página, o parágrafo e expresse sua opinião.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

Sim () Não ()

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

Sim () Não ()

d) As ilustrações são pertinentes?

Sim () Não ()

9. Avaliação geral da cartilha

Em relação à estrutura/formato:

a) O tamanho (dimensões) do material está adequado?

Sim () Não ()

b) O tamanho do texto é adequado (número de páginas)?

Sim () Não ()

c) Apresentação do material está adequada (capa, cores utilizadas)?

Sim () Não ()

d) Opinião final após a leitura?

10. Por favor, acrescente alguns outros comentários relevantes e que não foram incluídos neste questionário.

ANEXO 3**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Perito**

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, Luciana Magnoni Reberte, aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) – São Paulo, venho solicitar a sua colaboração como perito na validação de um material educativo para gestantes. Esclareço que suas informações a mim confiadas serão sigilosas, garantindo o anonimato ao informante. A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos à sua pessoa. Os dados obtidos serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. As informações contidas no questionário de validação do material serão transcritas sem qualquer identificação do informante. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da EEUSP.

O estudo “Construção de um material educativo para gestantes e sua validação por peritos e gestantes” tem o seguinte objetivo: elaborar um material educativo visando à promoção da saúde da gestante.

Informamos que, no caso de dúvidas o colaborador poderá entrar em contato com as pesquisadoras Luciana Magnoni Reberte e Luiza Akiko Komura Hoga, telefone 30617602/7607 ou 86829270.

Ainda, esclareço que os colaboradores junto à pesquisa não sofrerão qualquer ônus financeiro e que não haverá remuneração. A participação na pesquisa é livre e de espontânea vontade. Toda e qualquer dúvida verbalizada pelo colaborador aos pesquisadores serão esclarecidas.

Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa.

Nome (iniciais): _____

Nº do RG: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Diante do exposto sinto-me suficientemente esclarecido e concordo em participar da pesquisa respondendo ao questionário de validação do material educativo, assinando logo a seguir.

Assinatura do colaborador

Luciana Magnoni Reberte

Enfermeira Obstetra e aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP

Autorizo a menção de meu nome enquanto perito nos créditos da cartilha educativa.

Assinatura do colaborador

ANEXO 4

Caracterização dos Peritos

Nome: _____

Idade: _____

Ano de conclusão do ensino médio ou técnico: _____

Ano de conclusão da graduação: _____

Área de atuação: Assistência Ensino Pesquisa

Local de trabalho atual: _____

Trajetória profissional: _____

Especialização: _____

Especialista em: _____ Ano: _____

Mestrado

Área: _____

Título: _____ Ano: _____

Doutorado:

Área: _____

Título: _____ Ano: _____

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Gestante

Prezada Senhora

Eu, Luciana Magnoni Reberte, aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Peço sua colaboração como participante desta pesquisa para saber se você consegue entender o que está escrito no material educativo para gestantes e se não estiver entendendo, gostaria de ter a sua ajuda no sentido de trocar as palavras difíceis por outras, mas fáceis de entender.

Sua participação acontecerá com as seguintes atividades: leitura do material e o registro de suas sugestões para facilitar o entendimento do que está escrito no material educativo.

A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos à sua pessoa. Os dados obtidos serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas. Seu nome não será revelado em nenhum momento da pesquisa, será mantido segredo e privacidade com relação ao seu nome e seus dados pessoais.

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

O estudo tem o título: **“Construção de um material educativo para gestantes e sua validação por peritos e gestantes”**. O objetivo é elaborar um material educativo visando à promoção da saúde da gestante. Informamos que, no caso de dúvidas você poderá entrar em contato com a pesquisadora Luciana Magnoni Reberte, pelo telefone 86829270.

Esclarecemos que os colaboradores desta pesquisa não terão gastos financeiros e que não haverá pagamento pela participação. A participação na pesquisa é livre e de espontânea vontade. Não há riscos de sofrer prejuízos nessa participação. Toda e qualquer dúvida que a senhora tenha será esclarecida.

Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa.

Nome (iniciais): _____

Nº do RG: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa”.

Local

Assinatura da gestante

Data

Luciana Magnoni Reberte
Enfermeira Obstetra e aluna
do curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da
USP

ANEXO 6

n° questionário _____

**Instrumento de coleta de dados
Caracterização gestantes**

Nome: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade:

(1) Alfabetizado (2) Ensino fundamental incompleto

(3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto

(5) Ensino médio completo (6) Superior incompleto

(7) Superior completo (8) Pós-graduação

Religião:

Ocupação: _____; _____; _____

Idade Gestacional: _____

Número de filhos: _____

Número de gestações: _____

Número de partos: _____

Número de abortos: _____

Participa do grupo de gestantes ___ sim ___ não

APÊNDICE 2

Apresentação da cartilha educativa e esclarecimentos a respeito da sua colaboração como perito.

Caro(a) Perito(a),

Obrigada por ter aceitado participar desta pesquisa como perito(a). Sua colaboração será muito importante para o aperfeiçoamento da cartilha educativa.

O conteúdo dessa cartilha é resultado de uma atividade de pesquisa desenvolvida junto a um grupo de gestantes mediante a abordagem participativa. Os integrantes do grupo, que foi composto por oito gestantes e quatro maridos, contribuíram ativamente na indicação dos conteúdos que são abordados na cartilha. Todas as sessões grupais foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, o que permitiu utilizar esses conteúdos na composição da cartilha.

Para a construção da cartilha, foi realizado um trabalho de revisão da literatura para dar sustentação científica ao conteúdo e selecionar as ilustrações que compõem a cartilha. Este conjunto, composto pelo conteúdo e pelas ilustrações, foi entregue aos profissionais da área da comunicação que realizaram o trabalho de edição e diagramação da cartilha.

Esclarecemos que dois profissionais das seguintes categorias estão colaborando enquanto peritos: profissionais de comunicação, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e educador.

O seu trabalho consiste em fazer a leitura crítica da cartilha e preencher o questionário em anexo. Este é composto por itens, de acordo com as partes que compõem a cartilha e suas sugestões para aperfeiçoamento da cartilha devem ser indicadas nos espaços reservados para esta finalidade. Você terá um prazo determinado para realizar este trabalho e, após a devolução do

questionário, serão feitas as alterações indicadas pelo conjunto de peritos. Caso haja discordância entre as sugestões feitas pelos peritos, será dada a preferência àquela que tiver sido mencionada por maior número de peritos. A cartilha refeita segundo estes critérios será entregue para que você possa fazer uma nova avaliação da cartilha, mediante processo semelhante ao adotado anteriormente.

Quando a cartilha tiver sido aprovada pelo conjunto de peritos, ela será submetida à avaliação de sua compreensão, mediante a colaboração de gestantes. Elas serão solicitadas a indicar as palavras e ilustrações de difícil entendimento e a correspondente sugestão de termos e desenhos mais fáceis de compreender. Suas sugestões serão incorporadas à cartilha e este processo será repetido até o momento não haja nenhuma dificuldade de compreender o que está escrito e ilustrado na cartilha educativa, por parte das gestantes.

APÊNDICE 3**Apresentação da cartilha educativa, esclarecimentos a respeito da sua colaboração e avaliação.**

Cara Gestante,

Obrigada por ter aceitado participar desta pesquisa. Sua colaboração será muito importante para melhorar a cartilha educativa.

O texto da cartilha é resultado de uma pesquisa feita com um grupo de gestantes. Fizeram parte deste grupo oito gestantes e quatro maridos, que ajudaram a indicar os tópicos e os temas que estão no texto da cartilha.

Outros profissionais também estão ajudando a fazer essa cartilha: profissional de comunicação, enfermeiros, médicos, auxiliar e técnico de enfermagem e educador físico. Eles também deram sugestões que já foram colocadas nessa cartilha.

- Por favor, leia a cartilha. Caso achar melhor, podemos ler juntas.
- Faça um traço em baixo das palavras e frases que são difíceis de entender
- Substitua essas palavras ou frases por outras que ajudará a melhorar seu entendimento do texto
- Marque um x ao lado da figura que você achou difícil de entender
- Indique uma sugestão para substituir essa figura.

Suas sugestões serão colocadas na cartilha e isso será feito com outras gestantes até o momento não haja nenhuma dificuldade por parte das gestantes em entender o que está escrito e nas figuras da cartilha educativa.

Celebrando a **Vida**

CARTILHA EDUCATIVA

Nosso compromisso com a
promoção da saúde da gestante

Realização



Apoio Financeiro



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico
Grupo de Pesquisa NAAM – Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher

Celebrando a **Vida**

CARTILHA EDUCATIVA

**Nosso compromisso com a
promoção da saúde da gestante**

1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2009

Ficha técnica

Este material foi produzido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). É destinado às gestantes assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) moradoras da Cidade de São Paulo, aos pais e respectivos familiares. Seu objetivo é colaborar na promoção da saúde da gestante por meio do acesso a informações educativas e qualificadas sobre gravidez, parto e pós-parto.

Elaboração

Luciana Magnoni Reberte. Enfermeira Obstetra. Aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Assistência ao Auto-Cuidado da Mulher – NAAM.

Luiza Akiko Komura Hoga. Enfermeira Obstetra. Livre-Docente em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa NAAM

Coordenação editorial

Ana Luisa Zaniboni Gomes (OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes)

Projeto gráfico, diagramação e ilustrações

Carlos Guena (Formato Artes Gráficas)

Validação

Alfredo A.P. Oliveira, Eliana M.G. Ramos, Eliná M.D.A. Barhum, Elizabeth L. Andrade, Luís C. Machado Júnior, Mônica Y. Takito, Rosa A.Q. Fernandes e Vilma E. Nishi, a quem agradecemos a importante colaboração.

São Paulo, 2009

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social

Artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos do Homem

Sumário

- 7 Apresentação
- 8 Mudanças que acontecem durante a gravidez
- 12 O desenvolvimento da gravidez e do bebê
- 18 O nascimento: como acontece o trabalho de parto
- 25 Mais sobre o trabalho de parto
- 28 Após o parto
- 32 Amamentação
- 38 O recém-nascido
- 41 Cuidados com o corpo
- 45 Bibliografia consultada

Apresentação

A promoção da saúde é uma das garantias do SUS – Sistema Único de Saúde. Isso significa que toda brasileira gestante tem direito a uma assistência de qualidade e humanizada, ou seja, que respeite seus direitos e necessidades. Foi pensando em você, gestante, no seu parceiro e nos seus familiares que pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo prepararam esta cartilha que procura responder algumas das dúvidas sobre a gravidez, o parto e o pós-parto que normalmente surgem nesta etapa tão bonita e importante da sua vida, da vida do seu bebê e da vida de toda a sua família. A idéia deste material surgiu no decorrer das atividades realizadas em um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo com um grupo de gestantes acompanhadas de seus maridos e companheiros. As discussões do grupo serviram de referencial

para a seleção dos temas. Pudemos contar com a colaboração de todos que vivenciaram a experiência da gravidez na sua construção. Portanto, a riqueza deste material está nisso: seu conteúdo expressa as necessidades das próprias gestantes e de seus maridos e companheiros. Sabemos que a complexidade de uma vida não cabe nesse material. Mas aqui são apresentadas algumas possibilidades para que você possa planejar os caminhos mais adequados para todos os envolvidos na chegada desta nova vida!

Por fim, queremos agradecer, de forma bastante especial, a todas as pessoas que fizeram parte do grupo de gestantes, por dividir conosco suas dúvidas e experiências. E agradecer também às gestantes que contribuíram com sugestões para melhorar o entendimento desta Cartilha.

Mudanças que acontecem durante a gravidez

A gravidez acontece quando há o encontro entre o espermatozóide e o óvulo, após o ato sexual. Esse encontro acontece nas trompas do útero. O embrião (aquilo que será o futuro bebê) desloca-se das trompas em direção ao útero para lá se fixar e desenvolver (figura 01).

Quem prepara todo o seu corpo para ele se transformar em uma verdadeira casa para o bebê é uma

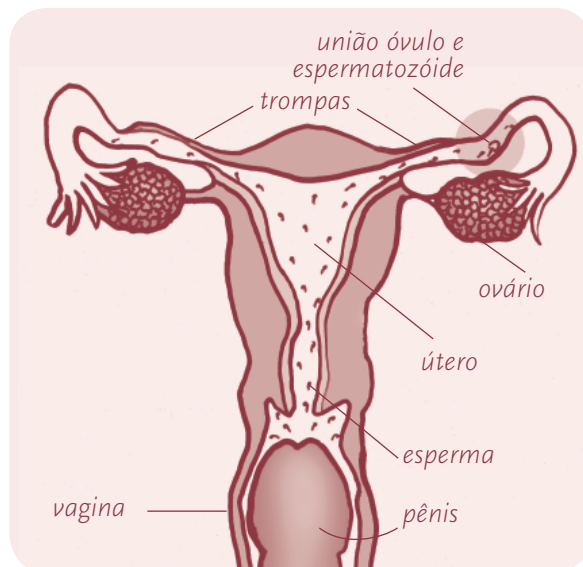
substância chamada hormônio. Existem vários tipos de hormônios no nosso corpo e alguns estão funcionando nesse momento para ajudar a manter a gestação. A quantidade deles aumenta bastante durante a gravidez. Aliás, o corpo todo sente a ação desses hormônios: fazem você relaxar, ter uma sensação incontrolável de sono e provocam cochilos que não eram habituais. Você terá mais sono para ter tempo de reconhecer que está grávida.

Seu estado emocional também muda. A sensibilidade pode ficar aumentada para que você se identifique com o seu bebê e as necessidades dele. Pode ser que você fique mais dependente dos outros, tendo que aprender a aceitar ajuda das pessoas e ser mais tolerante consigo mesma. Isso fará com que você seja mais compreensiva com seu filho que vai nascer.

Nesta fase da vida, é comum a mulher apresentar um certo nervosismo. Isto ocorre porque você está vivendo um fato novo e importante na sua vida, que provoca mudanças no ritmo do seu dia-a-dia. Você pode estar muito feliz com a gravidez e, mesmo assim, em alguns momentos, poderá se

Figura 01

União do óvulo e espermatozóide.



sentir infeliz ou insatisfeita. Essa mistura de sentimentos acontece e é natural. Muitas pessoas não aceitam isso com tranquilidade, mas tente aceitar seus sentimentos. Fale sobre isso com alguém em quem você confia e que possa te ajudar a se sentir mais tranqüila.

É comum sentir dor de cabeça quando existe muita ansiedade ou incerteza com relação à aceitação da gestação. Mas preste atenção a outros problemas que também podem causar a dor de cabeça como enxaqueca, sinusite, pressão alta e alterações na visão.

As suas juntas (articulações) estão amolecidas, algumas mulheres percebem essa sensação. Cuidado porque esse amolecimento dificulta uma reação mais rápida do seu corpo ao se movimentar. Evite usar sapatos de salto para prevenir perdas de equilíbrio e quedas enquanto caminha.

Como a coluna fica mais curva para compensar o crescimento da barriga, isso pode causar dores nas costas (figura 2). Preste atenção na sua postura ao sentar, caminhar ou suspender objetos. Se apoie em um móvel seguro ou na parede e agache sempre dobrando os joelhos e não a coluna.

Durante o repouso também é importante ficar em uma posição agradável. Deite de lado, se possível virada do

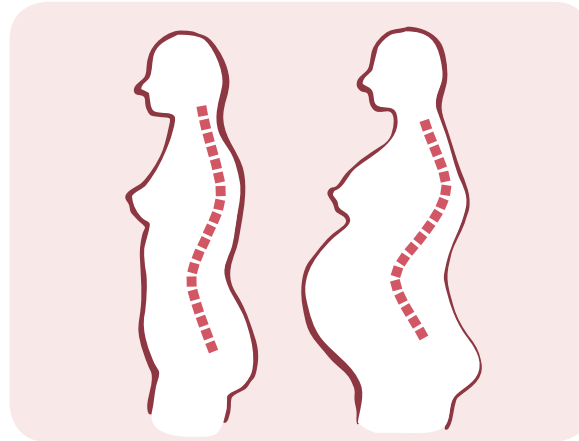


Figura 2
Coluna antes e durante a gravidez.

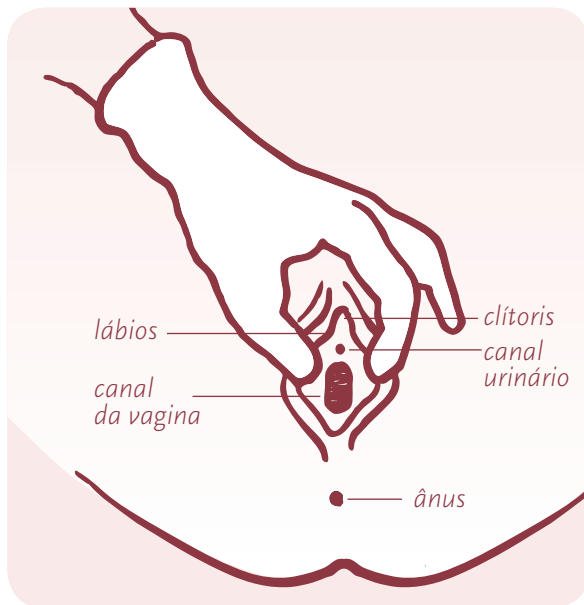
lado esquerdo. Isso vai facilitar a circulação do sangue e reduzir a sensação de mal-estar provocada pela pressão do útero sobre os vasos que levam o sangue para o coração, principalmente quando a gestante deita de barriga para cima. Usar travesseiros para apoiar a barriga pode ajudar a acomodar melhor o corpo.

O canal pelo qual passa o xixi (urina) fica mais relaxado. Isso contribui para a ocorrência da infecção urinária, que é muito comum em gestantes, e pode causar trabalho de parto prematuro (figura 3).

A infecção urinária acontece por muitos fatores. Muitas vezes, os micróbios que causam a infecção estão no intestino e chegam até o canal da urina. Uma das maneiras de prevenir essa infecção é tomar pelo menos oito copos de água por dia. Não

Figura 03

Vulva (clitóris, vagina, uretra) e ânus.



espere ter sede. Esse hábito facilita a eliminação dos micróbios junto com o xixi.

Na gestação, o estômago está trabalhando em ritmo mais lento. Isso pode ocasionar uma sensação de azia. Comer uma bolacha de água e sal ou torrada em jejum, antes mesmo de escovar os dentes, pode ajudar a diminuir essa sensação. Os alimentos secos em geral ajudam a absorver o líquido aumentado pela atividade do estômago (figura 04). Dividir a alimentação do dia em pequenas porções ajuda no alívio da azia e contribui para redução dos enjôos, que são causados por ação dos hormônios. Algumas

gestantes costumam ter enjôos e vômitos durante os três primeiros meses de gravidez, que geralmente melhoram após esse período. Nessa fase pode acontecer de você perder de peso, mas isso não causa problemas para o desenvolvimento do bebê. Caso sinta enjôo ao escovar os dentes, faça isso com uma quantidade mínima de pasta dental.

Cuidados com os dentes devem ser mantidos durante a gravidez, com a escovação e o uso o fio dental para prevenir o aparecimento de cáries. A gravidez não favorece o aparecimento de cáries, mas o pouco cuidado com a higiene e a falta de tratamento necessário. O tratamento dos dentes pode ser feito tranquilamente durante a gravidez, procure agendar uma consulta com o dentista para uma avaliação.

“ Estou me sentindo com intestino preso, o que devo fazer para melhorar isso?

As fibras contidas nas frutas (pêra, mamão, laranja, maçã, ameixa), nos cereais (aveia, milho, soja, grão de bico) e nas folhas verdes (alface, rúcula) assim como os líquidos, principalmente a água ajudam o trabalho do intestino. Ele também está em ritmo mais lento pela ação dos hormônios e com pouco espaço, porque é empurrado pelo crescimento do útero.

A alimentação é importante para a saúde: além de

ajudar no funcionamento intestinal e seu bem-estar, é fundamental para o bom crescimento do bebê. O leite, o peixe e principalmente a sardinha são bastante ricos em cálcio, que contribui para a formação dos ossos do bebê. Dê preferência ao leite puro ou pequenas quantidades de misturas de café, achocolatados, ou sucrilhos, que diminuem a absorção do cálcio. Há pessoas que não tomam leite. Se este for o seu caso, substitua uma xícara de leite por uma xícara de repolho ou por uma lata de sardinha de 90 g. Ou ainda por outros alimentos como o brócolis, a couve-flor, o espinafre, a laranja e o peito de frango na alimentação diária. Com isso, você vai garantir as quantidades de cálcio de que você e o seu bebê precisam.

Ficar sem se alimentar por mais de duas horas pode causar tonturas. O bebê também pode se movimentar menos pela falta do alimento. Se você não tiver tempo para fazer as suas refeições completas, carregue na bolsa uma bolacha ou um suco.

As folhas verde-escuras como a couve, o espinafre, a acelga, o brócolis, e as carnes são ricas em ferro e ajudam a evitar a anemia (falta de ferro no sangue). Prevenir a anemia durante a gravidez é muito importante, porque esta doença dificulta que você e seu bebê tenham uma quantidade de oxigênio adequada no corpo, causando mal-estar e prejudicando a boa evolução da gravidez.

Nas refeições, se possível faça um prato bem colo-



Figura 04
Alimentação
durante a gravidez.

rido com carne, arroz, feijão, legumes e verduras. Assim você terá uma maior variedade de nutrientes que o corpo precisa. Dê preferência a alimentos naturais, como os cereais integrais e o suco de frutas (figura 04).

A alimentação natural e dividida em pequenas porções ao dia é uma rotina importante para ser mantida em todas as fases da vida, por todas as pessoas da família. Além disso, vai ajudar no ganho adequado de peso durante toda a gestação.

O desenvolvimento da gravidez e do bebê

Toda gravidez é um momento novo na vida da mulher, mesmo que não seja a primeira. Isso porque cada filho é um ser único e diferente. É importante que o pai, quando presente, ou pessoas significativas de sua vida acompanhem a gestação de perto, participando das consultas de pré-natal, dos grupos de gestantes, do parto e dos cuidados com o bebê.

Muitos homens participam ativamente desse momento e com isso conseguem compreender melhor o que está acontecendo com suas mulheres e com eles próprios. É bom lembrar que os homens também passam por transformações nesse processo de tornarem-se pais e, da mesma forma que as mulheres, desejam ser compreendidos. Caso ele não possa comparecer nas consultas ou grupos conte para ele o que aconteceu e como você está se sentindo.

Quando a mulher percebe o atraso da menstruação, geralmente está na sexta semana de gestação. O tempo de duração de uma gestação é de 40 semanas ou nove meses. Podendo chegar no máximo até 42 semanas. Começamos a contar a partir do

primeiro dia da sua última menstruação. Quando a contagem é feita por meses, não sabemos ao certo quanto tempo se passou, pode ser que você esteja no início, na metade ou no final do mês. Para evitar dúvidas, vamos pensar em semanas. Então, veja o que acontece em cada período (figura 05):

Na 8ª semana

- As mamas começam a se desenvolver e se preparam para a amamentação. Há um aumento da vontade de fazer xixi e este é um dos primeiros sinais de que uma mulher está grávida. Isto ocorre porque o aumento do tamanho do útero empurra a bexiga, deixando um espaço pequeno para armazenar o xixi. Até essa fase, o bebê é conhecido como embrião e sua formação acontece primeiro no sentido da cabeça para os pés. Seus olhos já começam a se formar e seu coração já está batendo desde a quarta semana de gestação.

Na 12ª semana

- A placenta está totalmente formada. É por meio dela que o sangue da mãe passa para o bebê pelo cordão umbilical, levando para ele tudo o que ne-

cessita para se desenvolver. A placenta também possibilita a eliminação de substâncias que o bebê não precisa mais. Substâncias presentes no cigarro, no álcool e outras drogas também chegam ao sangue do bebê pela placenta, prejudicando seu bem-estar. Como o bebê é pequeno, essas substâncias têm um maior efeito sobre ele e permanecem um maior tempo em seu corpo. Procure ajuda no caso de tentar parar e não conseguir. Os remédios passam da mesma maneira para o bebê, por isso não use medicamentos sem indicação médica.

- O bebê já pode chupar o dedo. Tem os músculos funcionando, os genitais estão definidos e os rins já produzem urina.
- O líquido em que o bebê fica é chamado de líquido amniótico, composto de líquidos que saem dos pulmões, dos rins (urina) e da própria pele. Além de proteger o bebê, este líquido permite que ele se movimente e fique protegido.

Na 14ª. semana

- A pele do bebê está mais grossa e forma-se a impressão digital.

“ O que é linha negra? Para que serve?

Na barriga pode ser percebida uma linha escura; é a pele ganhando mais resistência. Essas mudanças de cor na pele facilitam o aparecimento de manchas, principalmente no rosto, de tratamento



Figura 05
Crescimento fetal.

difícil e de alto custo. Por isso, é importante o uso de protetor solar diariamente durante a gestação. Reaplique o produto de três em três horas, principalmente no rosto. As mulheres que trabalham

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – R Prates, 165 – Bom Retiro – fone: 33294455

com computador precisam usar o protetor solar por causa da luz fluorescente, que também pode manchar a pele.”

Na 16ª semana

■ As mamas aumentam ao máximo e a aréola, a parte mais escura ao redor do bico, fica ainda mais escura para tornar a pele mais resistente. Há também uns pontinhos como se fossem espinhas maduras que fazem a hidratação e a lubrificação natural das mamas, preparando-as para a amamentação. Nessa fase, o bebê já pode ser sentido com mais facilidade, com músculos mais preparados ele se move melhor. Os genitais já estão bem visíveis. Fica mais fácil identificar o sexo do bebê pela ultra-sonografia.

“ É normal o útero contrair durante a gravidez?”

Algumas contrações já acontecem, são irregulares e não causam dor. No início, elas dificilmente são percebidas pela mulher, que pode confundi-las com a movimentação do bebê. Essas contrações são importantes porque ajudam a levar o sangue, que possui oxigênio para o bebê

Na 20ª e 24ª. semana

■ Sua pele está mais grossa, as sobrancelhas já estão presentes e tem cabelo aparecendo. O bebê já está desenvolvido. Os órgãos dos sentidos estão

completos. Pode perceber os estímulos que vem de fora da mãe e sentir. Com aproximadamente 24 semanas, o bebê já pode ouvir.

“ Lugares barulhentos prejudicam o bebê?”

Não é preciso evitar o barulho porque há uma grande quantidade de sons produzidos no interior do corpo da mãe, fruto do funcionamento dos seus órgãos. O bebê ouve todos esses sons, inclusive os batimentos do coração da mãe. Após o nascimento, ao aproximar o ouvido do bebê do coração da mãe, o nenê consegue identificar os batimentos da mãe e se acalma. Aliás, você e o futuro papai podem conversar com o bebê, contar histórias sobre vocês, cantar músicas... ele percebe o balanço que o movimenta e vai entender que tudo está em ordem. Durante a gravidez, a mulher se movimenta de forma mais suave. Por isso, depois que nasce, o bebê gosta de ser embalado como num movimento de caminhada, pois se sente seguro como se estivesse no útero materno.”

Na 28ª semana

■ O útero aumenta de tamanho e empurra seu intestino. As atividades do estômago e intestino diminuem, o que pode causar intestino preso. O período de sono e vigília do bebê (período em que está acordado) está mais definido. As contrações do útero ficam mais fortes e passam a ser percebidas pela mãe.

- As gestantes não precisam ficar assustadas quando sentirem essas contrações. Isso não significa que é um trabalho de parto prematuro. A placenta produz hormônios que conseguem manter a gravidez. É importante deixar o corpo funcionar adequadamente e ficar tranqüila para que a placenta possa produzir os hormônios que mantêm a gestação.
- A mulher pode estar bastante ansiosa com as exigências próprias dessa fase. Nesse momento é importante fazer uma revisão do que precisa ser feito e o que pode ser deixado para depois para não prejudicar seu bem-estar. Lembre-se que esse momento é único e não se repetirá de maneira igual.
- É importante não exagerar nas atividades além do costume, pois o útero é estimulável e tem muitos nervos, e evitar os exercícios físicos de impacto, que exijam um desgaste maior ou traumático, para preservar a bolsa das águas. Os exercícios que podem ser feitos na água, em uma piscina como a natação e a ginástica (hidroginástica) são mais recomendáveis porque diminuem o impacto e a exigência sobre os músculos. Atenção à limpeza da água e temperatura da piscina, que deve estar por volta de 28° C.
- Para quem vai iniciar uma atividade física durante a gravidez é importante ter uma avaliação médica. Você pode se habituar a fazer caminhada, se for do seu gosto. Inicie com um aquecimento: 5 a 10 minutos de caminhada lenta, depois alongue-se, mantendo 10

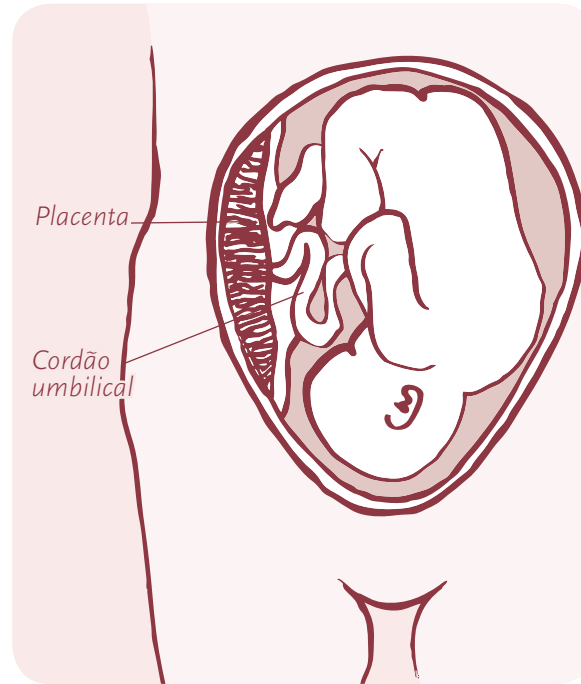


Figura 06
Placenta.

segundos cada movimento. Inicie a caminhada com 5 minutos. Aumente 5 minutos cada dia, até chegar a 30 minutos e mantenha esse tempo. Alongue-se também no final. Tome líquidos para manter a hidratação e não se preocupe em perder peso durante a gravidez. Há locais onde você pode fazer atividades com acompanhamento de um professor de educação física, veja no final da cartilha em “Cuidados com o corpo”, se possível tente reunir-se com gestantes que participam do grupo de gestantes ou que esperam pela consulta pré-natal para fazer caminhada..

“ Onde a placenta fica presa?

Na maioria das vezes, a placenta fica presa na parte superior do útero (figura 06). Isso é importante para proteção contra choques. Use o cinto de segurança para dirigir ou mesmo se estiver de passageiro no carro. Evite dirigir no oitavo ou nono mês por causa do tamanho da barriga. Qualquer brecada no carro pode ser arriscada por causa da proximidade da barriga ao volante

Na 32ª semana

- O tamanho do útero começa a dificultar a respiração da mãe, faz aumentar a vontade de fazer xixi e aumenta ainda mais a pressão sobre os vasos sanguíneos. O sistema nervoso já trabalha em conjunto e o bebê movimenta a cabeça. Os sistemas respiratório e digestivo do bebê estão quase funcionando. Os pulmões são os últimos órgãos a se formar.

“ Antes da hora do nascimento dá para saber a posição do bebê?

Geralmente, até a 32ª semana o bebê está sentado. Depois, ele muda de posição. Entre 36 e 40 semanas pode acontecer o encaixe do feto na bacia da mãe, o que faz com que a barriga dela abaixe.”

Na 37ª semana

- O bebê está praticamente maduro e com 40

semanas está completamente preparado para a vida fora do útero.

“ É comum aparecer corrimento na gravidez?

É muito comum. A mulher normalmente tem uma lubrificação natural que aumenta com a gravidez e dá uma sensação de estar molhada. É um líquido claro, quase transparente. Isso acontece porque a circulação do sangue aumenta e as células estão em constante renovação. A alteração da acidez da vagina e o estresse também ajudam a aumentar o corrimento vaginal. Para a higiene, lave-se com água e sabão. Não é preciso usar sabonetes especiais e nem fazer duchas vaginais porque a vagina já tem sua proteção natural. O corrimento que tem mau-cheiro, cor diferente e causa coceira ou dor pode ser infecção. Nesses casos é importante comunicar a enfermeira ou o médico que faz seu atendimento pré-natal sobre essas mudanças no corrimento. Eles terão o tratamento adequado para o seu caso.

Existe uma proteção natural do útero contra os micróbios chamada de tampão mucoso, formada por uma grande quantidade de secreção que fica dentro da entrada do útero e torna-se da forma de cola grossa próximo ao trabalho de parto. Os pêlos também servem de proteção porque absorvem o calor e o suor. Quando o local está úmido, o crescimento dos micróbios fica favorecido. Por isso

é que os pêlos não devem ser totalmente removidos; eles podem ser apenas aparados.

Se você sentir muita coceira, faça um banho de assento com chá de camomila. Esse chá pode ser feito como se fosse para ser tomado, só que sem açúcar. Você pode também fazer uma compressa morna com uma toalha limpa embebida no chá e aplicar no local até se aliviar.

“Pode fazer sexo durante a gravidez?”

As relações sexuais durante gestação podem ser mantidas. O bebê está protegido pelo tampão mucoso e o pênis não encosta no colo do útero, mas no fundo da vagina. O colo do útero é a parte que fica em contato com a vagina. A vagina tem pregas, que aumentam seu tamanho e fazem com que o pênis seja acomodado adequadamente. É importante que o casal compreenda que o prazer sexual não ocorre apenas na vagina, mas principalmente no clitóris, que fica localizado na região anterior à vagina.

O ato sexual pode causar desconforto em algumas mulheres por causa das alterações corporais e emocionais, levando a redução no desejo. O homem, por outro lado, pode sentir que a mulher está mais distante fisicamente. Nesses casos, falar sobre os sentimentos pode ajudar a compreender melhor a situação e encontrar alternativas para um relacionamento mais prazeroso.



Figura 07 a – Colocando a camisinha masculina no pênis.



Figura 07 b – Colocando a camisinha feminina pela vagina.

Mesmo grávida, é importante usar o preservativo nas relações sexuais para evitar as doenças sexualmente transmissíveis. A confiança entre o casal também é mantida quando vocês se preocupam em cuidar um do outro usando a camisinha em todas as relações sexuais. É importante que o casal converse sobre esse assunto. Camisinhas são distribuídas gratuitamente nos postos de saúde. Existem dois tipos de camisinha: a masculina e a feminina, veja como colocá-las nas figuras 07.

Saiba mais sobre HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis

DISK AIDS:

0800-162550

ou acesse <http://www.crt.saude.sp.gov.br>

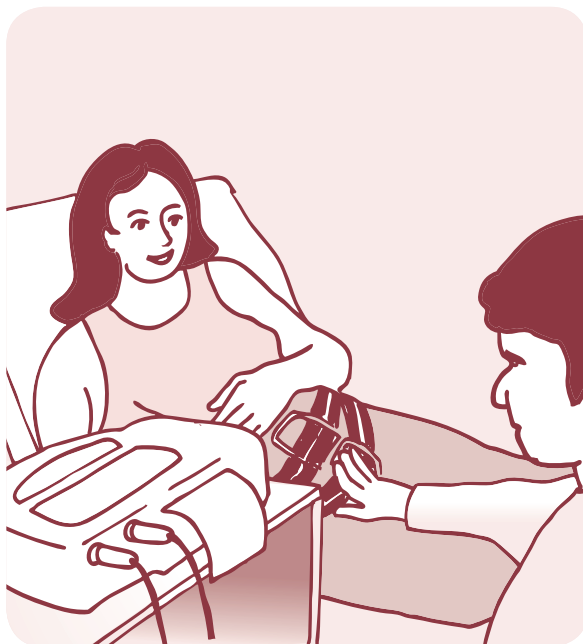
ou <http://www.musa.org.br>

(em manuais e cartilhas e Mulher e AIDS)

O nascimento: como acontece o trabalho de parto

A data adequada para o bebê nascer é calculada com base no primeiro dia da última menstruação, por isso é que pode variar muito. A duração da gestação varia de 37 a 42 semanas. Se a gestação chegar a 40 semanas e o filho não nascer, a gestante deverá ser examinada semanalmente – ou mesmo diariamente, caso necessário.

Figura 08
Cardiotocografia.



Muitas gestantes ou futuros pais têm medo da gestação passar da data provável do parto. Mas é importante saber que um bebê não morre repentinamente. Há sinais que mostram que o bebê está sofrendo dentro do útero e um deles é ficar muito tempo sem se mexer. A movimentação constante do bebê indica que ele está bem. Caso tenha dificuldades em perceber esses movimentos, alimente-se, deite-se de lado, para o esquerdo ou sente-se e coloque as mãos sobre a sua barriga. Se em um período de uma hora (60 minutos) você não perceber nenhum movimento do bebê – ou perceber menos que seis movimentos – é importante ir ao Pronto Socorro para que seja feito um acompanhamento.

No último mês, o bebê normalmente se movimenta diferente que no começo da gravidez. Isso porque o espaço dentro do útero diminui. Além disso, não se esqueça de que o bebê dorme muito mais que os adultos: em média, 20 horas por dia e de forma desordenada.

Existe um exame feito durante o trabalho de parto ou realizado nos últimos meses da gravidez cha-

mado cardiotocografia (figura 08). Duas fitas são colocadas ao redor da barriga da mãe e ligadas a um aparelho que consegue perceber os batimentos cardíacos do bebê, a movimentação dele e as contrações do útero.

Em média 15 dias antes do trabalho de parto a gestante costuma apresentar sinais de que esse momento se aproxima. O feto pode encaixar na bacia, o que faz com que a barriga fique mais baixa e a respiração mais tranqüila. A quantidade de vezes que você sente vontade de fazer xixi aumenta porque o espaço para a bexiga armazenar urina está menor. As mulheres que já tiveram filhos geralmente percebem esses sinais um ou dois dias antes do início do trabalho de parto.

Nesta fase, pode ser que você perceba a saída do tampão mucoso pela vagina (figura 09). Ele parece uma cola grossa e amarelada ou marrom, como no período fértil, só que em maior quantidade. Como existem muitos vasinhos na vagina, pode ocorrer um pequeno sangramento. Isso não é preocupante. Também nesta fase, o colo do útero começa a se dilatar. É comum acontecer aumento das contrações, que podem incomodar, principalmente à noite, com melhora ao longo do dia. Quando há contrações repetitivas e dilatação, a mulher está em trabalho de parto.

A duração de um trabalho de parto é muito diferente de uma mulher para outra e de uma gravidez para outra. Em mulheres que nunca tiveram filhos o trabalho de parto pode demorar de 12 a 19 horas. Nas mulheres que já tiveram filhos, a média é de 9 a 15 horas. Por isso, não é preciso se desesperar e sair correndo para o hospital. A demora é grande e pode deixar a mulher cansada de esperar. No início do trabalho de parto as contrações ocorrem a cada hora. Essa contração endurece a barriga e tende a aumentar e se repetir, em intervalos menores, com o passar das horas. A mulher está em trabalho de

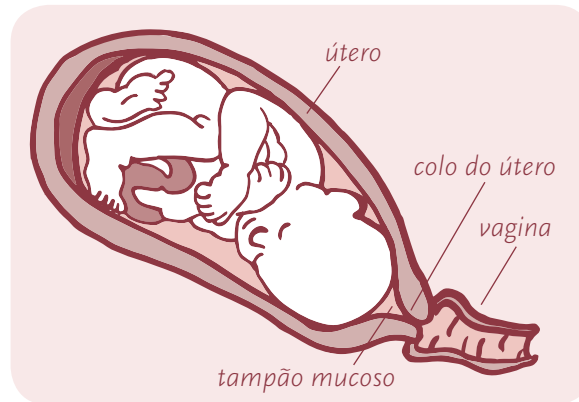


Figura 09
Colo do útero e
tampão mucoso.

parto quando as contrações acontecem de 10 em 10 minutos. Acompanhe com o relógio: se aparecer uma contração e outra após 10 minutos, mas a próxima for após uma hora, não é o trabalho de parto. Se houver dúvidas, vá ao hospital, mesmo que tenha que voltar para casa.

Figura 10
Perda de líquido.



Durante o pré-natal, o SUS deve garantir a você um hospital para o bebê nascer. Nenhum hospital pode recusar você durante o trabalho de parto: é seu direito! Apenas não é possível garantir que o hospital será aquele que você deseja. Caso não existirem vagas você deverá ser examinada e encaminhada de ambulância, com vaga garantida para outro hospital.

“ A bolsa pode estourar se não tiver os sinais do trabalho de parto? ”

Pode ser que isso aconteça com o colo do útero fechado (sem ter dilatado), sem motivo aparente quando houver alguma fragilidade local ou infecção não tratada. Mas, em média de 6 a 8 horas a gestante costuma entrar em trabalho de parto.”

“ Quando a bolsa estourar, quanto tempo eu tenho para ir ao hospital? ”

No caso da gestante perceber um líquido, que pode sentir escorrendo entre as pernas, lembrando cheiro de cloro, é a bolsa que estourou (figura 10). Você deve ir ao hospital, mesmo que o rompimento da bolsa não seja acompanhado dos sinais de trabalho de parto. Não há um tempo exato, pode seguir para o hospital, mas sem desespero. Apenas em situações extremas como queda, sangramento ou se o bebê já estiver nascendo é necessário chamar a ambulância.”

“ Como é a dor? ”

Cada mulher sente as contrações do trabalho de parto de um jeito diferente e só no momento das contrações é possível avaliar sua reação. A contração pode ou não ser acompanhada de dor. Quando há dor, ela começa com a contração, mas passa no momento em que a contração termina. Essa sensação pode ser diminuída com anestesia ou

por meio de outros recursos, como o relaxamento e respiração adequada a cada momento.

Quando você se concentra no relaxamento, na respiração ou quando recebe uma massagem, o estímulo da dor fica menor. O banho de chuveiro ou de banheira também proporciona um efeito relaxante e contribui no alívio da dor.

O marido, companheiro ou a pessoa que estiver como seu acompanhante pode ajudar durante o trabalho de parto caminhando com a gestante, ficando ao lado dela, encorajando-a, segurando sua mão.

Uma dica de massagem: Pode-se fazer uma leve pressão com as mãos ou dedos, movimentando em círculos, no final da coluna da gestante (figura 11). Faça um pouco, pare e volte a fazer, mudando o toque ou a pressão, da maneira e no local que a gestante se sentir melhor.

Se a opção for a anestesia, normalmente é aplicada a peridural. A medicação é injetada na região da coluna, causando o bloqueio da dor, podendo ou não ser acompanhada de bloqueio do movimento durante o efeito do anestésico.” (figura 12)

“ A gestante pode comer durante o trabalho de parto?

É importante a mulher se alimentar durante o trabalho de parto, pois nele há um desgaste físico muito grande. Isso é muito bom para não se sentir fraca e ter energia. Apenas não exagere



Figura 11
Massagem no trabalho de parto.



Figura 12
Anestesia.

com alimentos que demoram a serem digeridos, pois podem causar desconforto.”

Figura 13

Carta dos direitos dos usuários do SUS.



“ Fazem lavagem intestinal na gestante?

Se sair fezes, pode contaminar o bebê?

A lavagem intestinal não é obrigatória, embora muitos hospitais façam em todas as mulheres. Se eliminar fezes durante o parto, as fezes vão para o lado oposto de onde sai o bebê. Fique tranqüila quanto a isso porque os profissionais que trabalham com parto já estão acostumados. É um acontecimento natural.”

Também não há necessidade de ser realizada no hospital a raspagem dos pêlos da região da vagina. Sua realização pode gerar desconfortos e riscos para

a mulher. Os desconfortos acontecem no momento em que se faz a raspagem e quando os pêlos começam a crescer. Ainda há risco de transmissão de doenças quando as lâminas utilizadas não forem descartáveis.

Algumas mulheres depilam a região da vagina antes do parto. Os pêlos não prejudicam a mulher. Pelo contrário: eles protegem contra a invasão de micróbios que prejudicam a saúde da mulher. Como sabemos que as mulheres gostam de se depilar, é preferível aparar os pêlos com uma tesoura pois a depilação com lâmina pode ferir a pele e a depilação com cera facilita a ocorrência de infecções e lesões na pele

“ Quantos dias tenho que ficar no hospital depois que o bebê nasce?

A permanência mínima de internação nos hospitais varia de 24 a 72 horas, dependendo da condição de saúde da mulher e do bebê. Nos hospitais há roupas, camisola e toalhas. Não é necessário levar muitas coisas. Leve apenas calcinha, chinelos, prendedor de cabelos, produtos de higiene e uma roupa para você e seu bebê saírem do hospital.”

“ Os maridos podem ficar na preparação para o parto? O pai vai poder assistir o parto? Eu posso filmar o parto? ”

A gestante pode ter um acompanhante de sua escolha, ou seja, qualquer pessoa, no pré-parto, parto e pós-parto. É seu direito e está garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Esta lei também está presente na ‘Carta dos Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde’, disponível nas Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde) (figura 13). No caso de fotografias e filmagens, é preciso conversar antes com o responsável pela unidade do hospital. Exija que se cumpra a lei. Caso isso não aconteça, registre sua queixa na ouvidoria da Secretaria Estadual da Saúde (fone 3066,8359) ou na ouvidoria da Secretaria Municipal (fone 3333.2142).”

Além disso, receber um atendimento respeitoso e de qualidade também é um direito seu e de seu acompanhante.

“ O bebê pode ser grande e não conseguir passar pelo canal? ”

Isso pode acontecer em alguns bebês com peso maior que 4kg, geralmente de mulheres que tem diabetes e obesidade. Mas existem fatores como o formato da bacia da mãe, se ela já passou por um trabalho de parto anterior que irão determinar

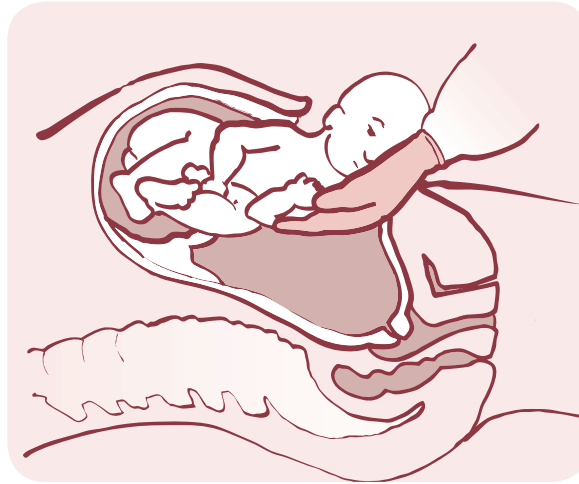


Figura 14
Parto cesárea.

a passagem. Caso isso aconteça, será avaliada a necessidade de anestesia, parto fórcepe ou cesárea para possibilitar a saída do bebê

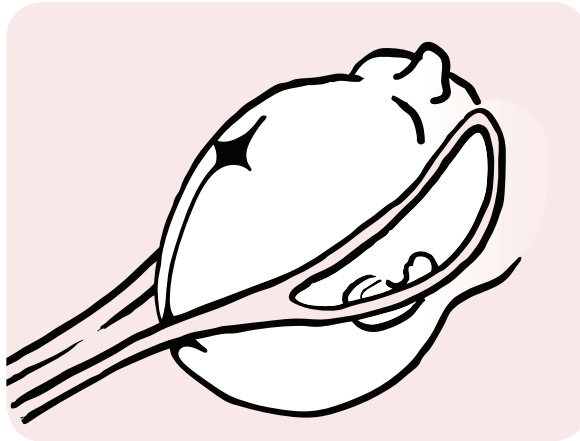
“ Quantos centímetros é ideal para eu já estar preparada? ”

Com 10 cm o colo vai estar completamente dilatado, formando como se fosse um canal com o útero e a vagina, possibilitando a descida do bebê e sua expulsão.”

“ O que tem que acontecer para ser parto cesárea? O meu primeiro filho foi de parto cesárea, o segundo também tem que ser de cesárea? ”

Você pode ter um parto normal após ter tido um

Figura 15
Fórcipe.



parto cesárea (figura 14). Mesmo, se for mais de um parto cesárea. Com exceção para os casos que exista algum motivo na gravidez atual que indique a cesárea. A indicação de parto cesárea é feita depois de uma avaliação de vários fatores como a idade da mulher, sua pressão arterial e as condições do bebê. No parto cesárea há uma maior perda de sangue e maior risco de infecção. Como são cortadas várias camadas da sua barriga, demora para cicatrizar e após o parto é bastante dolorido. Não há necessidade de ser feito em todas as mulheres, apenas nas que precisarem, já que a intenção é a de preservar a vida da mãe e do bebê.”

Há músculos na região por onde o bebê nasce. No caso das mulheres de culturas diferentes, que

fazem o movimento de agachar cotidianamente, esses músculos são bastante fortalecidos. Mas as mulheres que vivem na região urbana fazem pouca atividade física. Em geral andam pouco, se movimentam pouco e isso deixa os músculos mais frouxos.

Para um parto vaginal (parto normal) a musculatura da mulher tem que estar resistente. Isso fará com que o bebê se encaixe melhor – daí ser importante a prática de exercícios físicos também durante a gravidez.

Quando o bebê apresentar dificuldades em passar pelo canal de parto, uma das alternativas é o uso do fórcepe, que é um instrumento cirúrgico formado por duas colheres colocadas do lado da cabeça do bebê (figura 15). Sempre é feito com a mulher anestesiada. Quando bem utilizado, o fórcepe é um instrumento que contribui nos casos de ameaça do bem-estar da mãe e do bebê, sobretudo quando há dificuldade de saída do bebê pelo canal do parto. Para a mulher, o fórcepe ainda causa muita dor no pós-parto. Mas existem medicamentos que podem aliviar essa sensação.

Mais sobre o trabalho de parto

Durante o trabalho de parto, a gestante deverá ficar na posição mais confortável possível para ela. Se estiver deitada, pode ficar virada do lado esquerdo para ajudar a circulação do sangue (figura 16). Nessa posição, o útero não pressiona os vasos e facilita a respiração. Se puder, fique em pé ou caminhe. Isso ajudará muito na dilatação do colo do útero e na descida do bebê por causa da força da gravidade. É uma força que a gente não percebe, mas que está agindo o tempo todo.

“ O toque é para ver a dilatação? O toque dói muito? Vai ter alunos, eles vão ficar olhando a minha mulher, vão ficar fazendo toque ?

No exame do toque vaginal, o profissional introduz dois dedos pelo canal da vagina e consegue perceber

com quantos centímetros de dilatação a gestante está, se a bolsa das águas está inteira e como está a descida do bebê. Devido às características da vagina e do colo do útero, o toque não é dolorido. Mas é um momento em que a mulher está sensível por causa das contrações e sente sua intimidade exposta. Isso faz com que ela fique tensa e sinta dor. Converse com o profissional sobre seus medos, tente se concentrar na sua respiração e respire com calma. O toque é feito apenas quando necessário para acompanhar o progresso do trabalho de parto. Alguns hospitais são universitários e, portanto, são voltados também ao ensino e contam com a presença de alunos estagiários. Eles são supervisionados por um professor, que é responsável por suas atitudes.”

Figura 16
Posições no trabalho de parto.

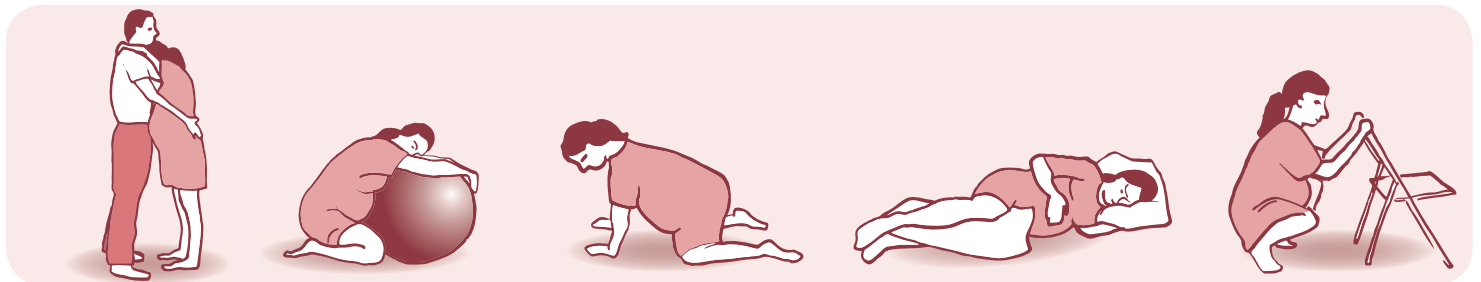
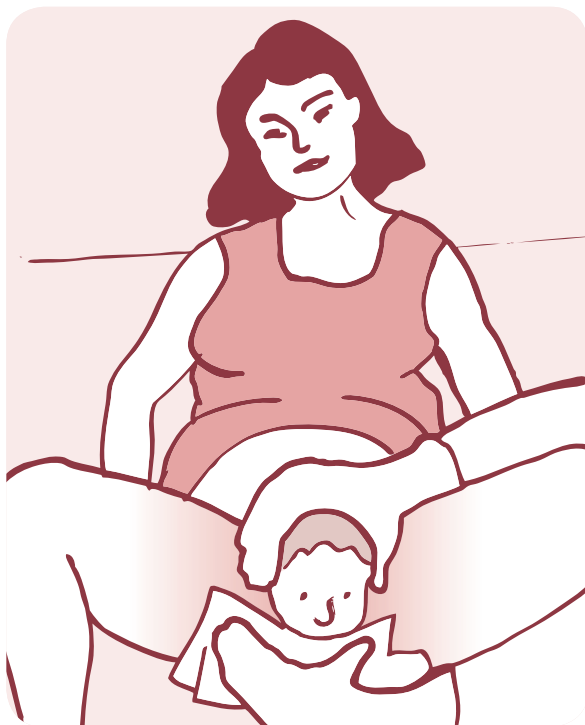


Figura 17
Parto Normal.



“ Quem vai estar por perto na hora do parto, o médico ou a enfermeira ?

Médicos e enfermeiras são responsáveis por acompanhar seu trabalho de parto. As enfermeiras que trabalham no Centro Obstétrico são especialistas em obstetrícia e são capacitadas para realizar o parto normal e os cuidados para manter o bem-estar da mãe e do seu bebê durante todo o período que ficarem no hospital. O médico poderá fazer o parto normal ou cesárea, dependendo do caso.

Há também médicos que fazem a anestesia e outros que cuidam do bebê.”

**“ O corpo do bebê é maior que a cabeça ?
Quanto tempo o bebê demora para sair ?
Alguém fica empurrando a barriga da gente ?**

A cabeça do bebê é maior do que o corpo. Por isso é mais comum que o bebê passe primeiro pelo canal de parto com a cabeça (figura 17). A barriga da gestante não deve ser empurrada por outra pessoa. Ela é que deve liberar o bebê quando ele estiver se desprendendo. É importante respeitar os estímulos que você percebe no momento do parto. É como se tivesse um desejo incontrollável de fazer força. Nesse momento é que você vai ajudar com sua força. No momento do parto, há profissionais que vão orientar sobre a sua maneira de agir. Mas é importante que você observe seu corpo e responda a seus desejos. A saída do bebê após a dilatação completa pode variar muito. Pode levar até duas horas. Mas, em média, ocorre em 30 minutos.”

“ O cortezinho é padrão fazer ?

Durante a saída do bebê pelo canal da vagina, pode ser feito um corte na região da vagina chamada episiotomia (figura 18). Mas esse corte não é necessário em todas as mulheres.”

Logo após o nascimento do bebê acontece a expulsão

da placenta (figura 19). Neste momento a mulher sentirá algumas contrações porque ela vai se desprendendo, o que acontece num prazo médio de 30 minutos. A placenta deve sair completamente. Caso fiquem restos, eles poderão causar infecção e sangramento.

Há locais especialmente preparados para que, durante o trabalho de parto a mulher se sinta o mais confortável possível, como se estivesse em sua própria casa. São as chamadas Casas de Parto. Nesses locais, só acontecem partos normais e são acompanhados por Enfermeiras Obstetras. A mulher é estimulada a ficar nas posições em que se sentir melhor durante o trabalho de parto. Existe uma indicação criteriosa para saber se a mulher tem possibilidade de ter o parto nesse local, com o mínimo de riscos para ela e para o bebê.

Atualmente, a cidade de São Paulo conta com apenas duas Casas de Parto: Casa de Parto de Maria e Casa de Parto de Sapopemba. A gestante que desejar ter seu parto nestes locais deverá ser encaminhada pela Unidade Básica onde realiza o pré-natal

- Casa de Parto de Maria
Rua Salvador Balbino Matos, 400 A,
no Itaim Paulista
Fone: 6563.6300 ramal 356.



Figura 18 – Corte do parto.

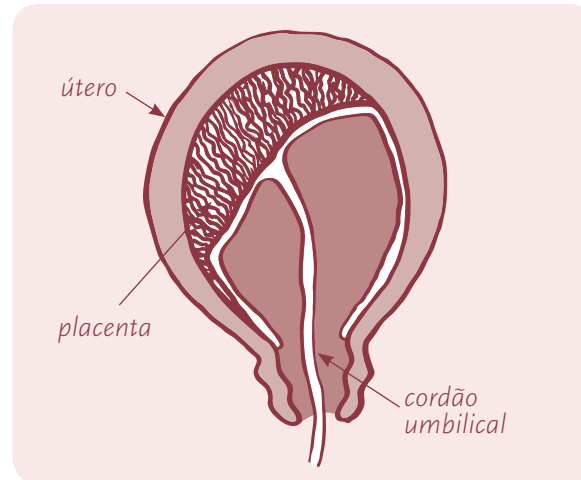


Figura 19
Placenta após o parto.

- Casa de Parto de Sapopemba
Rua São José das Espinharas, 400,
em Sapopemba
Fone: 0800-771 31 63.

Após o parto

Depois do parto o útero continua se contraindo e diminuindo de tamanho. Há sangramento vaginal. As contrações do útero após o parto podem ser doloridas no princípio, durante a amamentação. Após alguns dias as dores vão diminuindo e dando lugar a uma sensação de prazer e bem-estar.

O sangramento, conhecido como lóquios, aconte-

ce porque a placenta é eliminada após o parto e a parte interna do útero onde ela estava grudada fica como se fosse uma ferida, que vai cicatrizando aos poucos.

Quando a mulher amamenta, a perda de sangue é menor porque a sucção do leite materno estimula a contração do útero. É por causa disso que quando o nenê suga o peito, a mãe sente uma cólica. Isso é sinal de que o útero está se contraindo. Nos primeiros dias, os lóquios têm cor de sangue. Depois de alguns dias tornam-se de cor rosada, amarelada e, finalmente, transparente.

O período em que a mulher está com lóquios é conhecido como “resguardo” e termina por volta de 40 dias após o parto. Isso indica que o útero está totalmente cicatrizado por dentro.

Durante o resguardo, faça uso de absorventes higiênicos e não de tampões vaginais, que podem causar infecção. O cheiro do lóquios deve ser parecido com o da menstruação. Se ele apresentar cheiro forte, pode ser infecção e a mulher começa a ter

Figura 20

Febre e útero aumentado.



febre – com temperatura maior ou igual a $37,8^{\circ}\text{C}$ – medida pela boca, e o útero pode estar aumentado (figura 20). Nesse caso, procure o hospital o mais rápido possível.

“ A barriga da mulher não fica igual?

Com exercício a barriga não volta ao normal? Depois de quantas semanas pode começar a fazer exercícios?

Após o nascimento do bebê, a barriga da mulher fica aumentada por causa dos músculos que estão flácidos (figura 21). Nas primeiras semanas provavelmente você não vai ter muito tempo nem motivação para os exercícios. Você deve seguir o seu ritmo. As atividades físicas em conjunto com o bebê ajudam a aproveitar o tempo e perder peso como dançar e passear com ele. Faça atividades que te dêem prazer.

Por volta de um mês e meio, a mulher quase

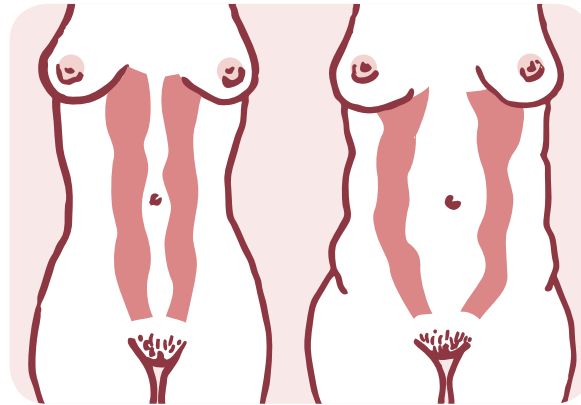


Figura 21
Músculos antes e após a gravidez.

retorna ao perfil anterior à gravidez. É importante iniciar os exercícios assim que a mulher conseguir, na ausência de complicações, em média um mês após o parto normal e 45 dias após o parto cesárea, em razão da cicatrização do útero. Abdominais com elevação das pernas fortalecem a musculatura e não sobrecarregam a coluna (figura 22). É importante a indicação

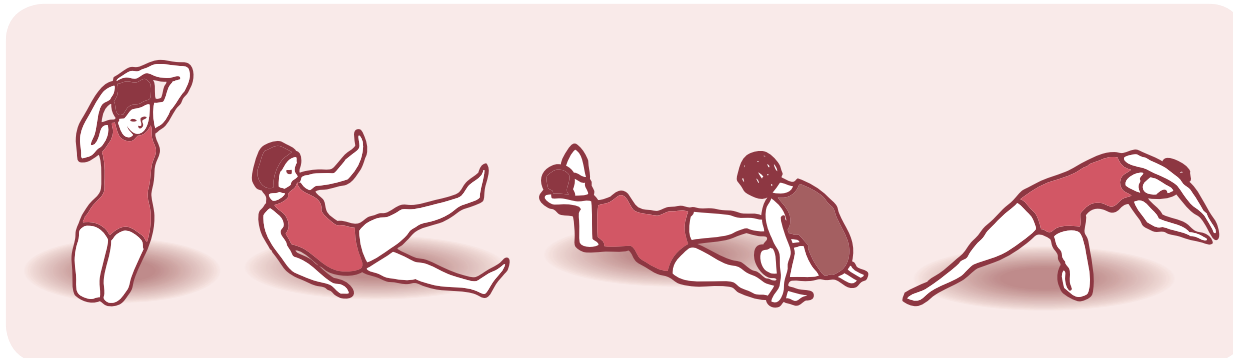


Figura 22
Exercícios após o parto.

médica e acompanhamento por um professor de educação física.

A perda de peso também acontece naturalmente quando a mulher amamenta. Tenha cuidado com a alimentação excessiva. Isso pode aumentar a quantidade de gordura. Lembre-se de que a mulher não precisa comer por duas pessoas. Ela já possui reservas suficientes para alimentar o bebê. Mas é bom tomar líquidos, necessários para a produção do leite materno..”

Se no parto foi necessário um corte ou se ocorreram pequenas lesões ou pontos, eles podem causar incômodos. Os pontos são feitos com fios que são absorvidos pela pele e cicatrizam em aproximadamente sete dias. Cuidados higiênicos com essa região durante o resguardo é importante porque está próxima ao ânus. Lave o local com água e sabão após fazer cocô. Sentar-se ou segurar a região dos pontos ao tossir ajuda a diminuir a pressão sobre o local. Caso tenha dificuldade para sentar, use uma toalha macia ou almofadas.

Nessa fase, é comum a mulher sentir desconforto por causa do acúmulo de gases no intestino. Massagem na barriga no sentido do relógio e caminhadas podem ajudar a eliminar o excesso de gases.

Nas primeiras semanas, a mulher tem seu ritmo

de sono alterado. Além do cansaço da gravidez, ela tem que se adaptar aos horários do bebê. Ficar sem relação sexual durante 30 dias após o parto evita problemas na cicatrização do útero. Após esse período, as relações sexuais estão liberadas. Nesse momento, a possibilidade de uma nova gravidez é muito pequena, principalmente se a alimentação do bebê for apenas o leite materno. Mesmo assim, ainda que não tenha retornado a menstruação, você poderá engravidar. A vagina nessa fase fica mais ressecada, você pode usar um lubrificante a base de água. A camisinha geralmente já vem com lubrificante, evita gravidez e doenças transmitidas pelo sexo. Existe uma pílula específica para quem está amamentando. Além desses, há outros tipos de métodos, por isso é importante que você converse com o ginecologista antes de iniciar um método para evitar a gravidez, se este for seu desejo.

A mulher pode ter um pouco de ansiedade na primeira relação sexual após o parto. É o medo de sentir dores. Ela também pode se sentir sem desejo por sexo dada a quantidade de preocupações, de cansaço com as novas responsabilidades e cuidados com o bebê. A conversa entre o casal sobre esse assunto pode ajudar a compreender essa fase difícil. Ele pode ficar ressentido porque a mulher concentra sua atenção no filho: reclamar a falta de atenção da parceira e ciúmes. O homem também

pode mudar essa condição assumindo as tarefas do lar e cuidados com o bebê.

É importante que o homem entenda que tem tantas habilidades quanto sua companheira para cuidar do bebê (figura 23). O pai tem direito à licença paternidade de cinco dias a partir da data do nascimento do bebê. Apesar do pouco tempo para ele se adaptar às mudanças causadas com a chegada do bebê, sua contribuição é muito valiosa nesse momento.

A mulher que têm outros filhos também podem ter dificuldades com os sentimentos deles em relação ao irmãozinho ou irmãzinha. É importante observar o comportamento dos demais filhos, principalmente se eles forem muito pequenos, pois podem ter dificuldades de entender que o bebê depende de uma quantidade maior de atenção e cuidados. A mãe e o pai devem deixar que os filhos participem de alguns cuidados com o bebê, mas ficando sempre atentos ao seu comportamento. Acariciar as crianças ao mesmo tempo em que segura o bebê mostrará que você também se preocupa com elas.

O retorno ao trabalho pode causar bastante ansiedade. A mulher pode sentir que está abandonando seu filho ou que está ausente em momentos importantes. Tente aceitar que pode ser difícil conciliar trabalho, vida social e família e que não há como cuidar de



Figura 23
Pai e filho.

tudo ao mesmo tempo. Pense seriamente sobre o que é essencial e o que não é, e fazer escolhas neste momento importante da vida da família. Não se cobre tanto neste momento e peça ajuda às pessoas próximas quando precisar se houver possibilidade, principalmente ao pai do bebê. Não se sinta culpada caso não der conta de fazer tudo o que gostaria. Há coisas que podem ser deixadas para depois.

Amamentação

Muitas pessoas já ouviram falar dos benefícios da amamentação. Eles são inúmeros e aqui vamos citar alguns, como a prevenção de diarréias e pneumonias no bebê. A amamentação estimula a contração do útero, reduzindo o risco de grande perda de sangue após o nascimento. E ajuda a mulher a perder peso, além de ser um momento de intensa troca de afetos entre a mãe e o seu filho.

O bebê pode ser amamentado só com o leite ma-

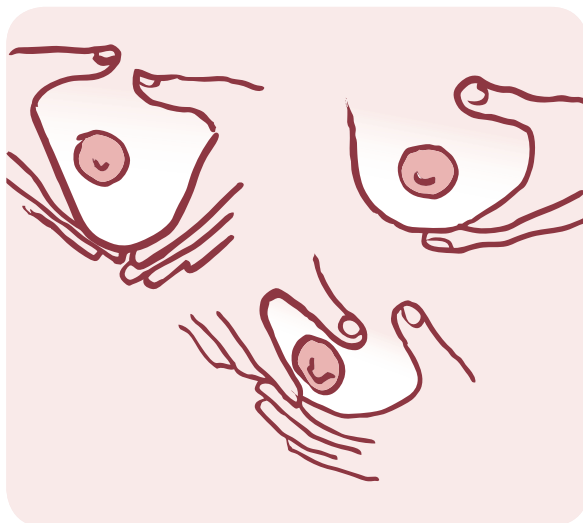
terno até os seis meses de vida. Ele não precisa de outros alimentos ou líquidos como água e chás. O próprio leite da mãe já tem tudo que o bebê precisa durante esse período.

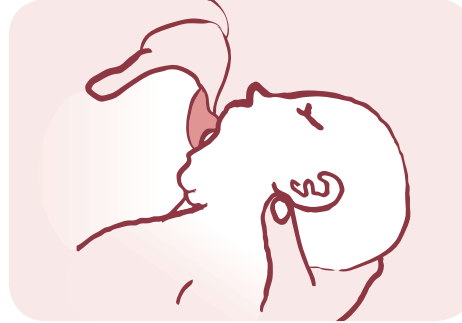
Mas a decisão de amamentar é uma escolha da própria mulher. Como a amamentação é um aprendizado tanto para a mãe quanto para o bebê, pode gerar dificuldades e dúvidas.

“ Eu acho que não estou produzindo leite porque meus seios não aumentaram muito de tamanho.

O tamanho da mama está relacionado à quantidade de gordura que ela tem e não à quantidade de leite que a mulher produz. O leite é produzido cada vez que o bebê mama e suga o seio. No início pode parecer pouco por causa de sua pequena quantidade, mas é suficiente porque ele foi produzido pela mulher para as necessidades do seu filho. Por volta do terceiro e quarto dia da amamentação, pode ser que você perceba uma sensação diferente de calor e peso nas mamas. Elas podem ficar doloridas e isso ocorre porque

Figura 24
Sentindo as mamas.





é quando o leite começa a ser produzido em maior quantidade. Essa sensação dura de três a quatro dias.”

O leite é composto basicamente de água e gordura, por isso, é importante tomar líquidos para a produção de leite e alimentar-se com atenção. Também é diferente no início e no final da mamada e em cada fase da amamentação. Quando o bebê inicia a mamada, o leite tem maior quantidade de água, já no final, tem maior quantidade de gordura. Por isso, deixe o bebê mamar em uma mama e troque de mama apenas na próxima mamada, ou quando sentir que a mama está mais vazia e ele ainda está com fome.

Antes de começar a amamentar veja se o mamilo está flexível (molinho) ou endurecido. Se estiver endurecido, retire o excesso de leite. Também é importante tocar as mamas e perceber aonde dói; faça movimentos circulares na mama, indo desde

o ponto que está endurecido até a aréola. Depois, pressione para a saída do leite (figura 24). Faça isso até sentir-se aliviada da dor. Depois desses cuidados, o bebê pode ser colocado ao seio.

É importante que ele seja posicionado corretamente para que sua boquinha fique sobre a aréola a ser sugada (figura 25). O bebê deve estar com a boca bem aberta para abocanhar a mama. E enquanto ele estiver sugando, sua boca deve ficar igual à de um peixe – com os lábios para fora. Barulho de estalo ou bochecha para dentro são sinais de que o bebê não está mamando corretamente e isso pode machucar a mama. Coloque seu dedo no canto da boca do bebê para que ele solte com cuidado a mama e posicione novamente o bebê junto ao seio.

É importante que o bebê mame quantas vezes sentir necessidade. Alguns bebês precisam ser acordados para mamar. Em média, o intervalo das mamadas

Figura 25
Pega do bebê na aréola

é de duas horas. Um bebê não pode passar mais de quatro horas sem mamar. No início, esse ritmo pode parecer desgastante. Mas por volta de duas semanas tanto você quanto o bebê já estarão mais adaptados e a frequência das mamadas vai ficando mais regular.

“ Posso dar leite para outro bebê? ”

Não é recomendado amamentar diretamente outros filhos que não o seu. O leite materno não é igual para todas as mulheres. Cada mãe produz o seu para o seu filho, tanto que o bebê prematuro recebe do seio de sua mãe um leite diferente justamente por causa das suas necessidades. Mas você pode ajudar muitas crianças se puder doar o seu leite. Os bancos de leite fazem o trabalho de esterilização e deixam o leite adequado para que outro bebê possa recebê-lo. Veja aqui a relação de endereços e telefones para doação:

- HU-USP: Av. Professor Lineu Prestes, 2565. Telefone: 3039-9252
- BLH da UNIFESP/EPM: R. Loeffgreen, 2010. Telefone: 5576-4514
- Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros: Av. Celso Garcia, 2477 – 3º andar – Tatuapé. Telefone: 6692-4188 ramal 256.”

As mães que tem HIV não devem amamentar seu filho com o próprio leite, porque há o risco de passar

o vírus pelo leite para o bebê. Podem utilizar o leite em pó. Se esse for o seu caso, há cuidados especiais com a mama para reduzir a produção de leite, com o uso de faixas e medicamentos.

“ Acho que quando voltar a trabalhar eu não vou ter tempo de amamentar. Se a mãe não amamentar na hora porque está trabalhando, o bebê ainda vai aceitar mamar no peito? ”

Quando a mãe volta a trabalhar, ela tem direito a dois períodos diários de 30 minutos cada para amamentar o seu filho. Uma das maneiras de continuar a amamentação é dar o próprio leite ao invés do leite em pó e evitar o uso da chupeta.

O leite materno pode ser retirado e guardado na geladeira por 24 horas. Se guardado no congelador, dura 15 dias. Esse leite pode ser oferecido pela pessoa que cuida do bebê e isso vai ajudar a fazer com que ele continue mamando no peito. Na hora de guardar o leite, é importante ter alguns cuidados como lavar as mãos e secá-las com toalha limpa; jogar fora os primeiros jatos do leite para evitar contaminação e colocar o leite em um frasco limpo usado apenas para isso. E não se esqueça de identificar o frasco com a data da retirada do leite: escreva em uma fita crepe ou etiqueta e cole no frasco. Para usar o leite, deve-se aquecê-lo em banho-maria, assim: ferva água em uma panela, desligue o fogo e coloque o frasco,

deixando-o na panela até chegar à temperatura desejada. Outro detalhe importante: se o leite não for todo usado, jogue fora o que sobrou.

Você tem alguns direitos que ajudam na amamentação: 120 dias de licença-maternidade, assegurados pela Constituição Federal (artigo 7º, inciso XVIII). Existem algumas instituições como o governo, que concedeu 180 dias às funcionárias públicas. Se você for estudante, não abandone os estudos. Solicite os conteúdos das matérias aos professores quando estiver em casa. É seu direito por lei (artigo 1º da lei 6202 de 17 de abril de 1975). Válido do 8º mês de gestação até três meses após o nascimento do bebê. (Saiba mais em <http://www.aleitamento.com>, em direitos).

- Orientações trabalhistas: Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho
- Ouvidoria: fone: 32417132 <http://www.emplo.gov.br/ouvidoria> ou Postos do Poupatempo, na Sé: Rua do Carmo, s/n.

“ Eu ganhei um aparelho de tirar leite, posso usá-lo? ”

É importante tirar o leite apenas massageando as mamas e pressionando a parte redonda e escura próxima ao bico do seio (aréola) (figura 26). A bombinha faz pressão no seio e pode machucá-lo.”

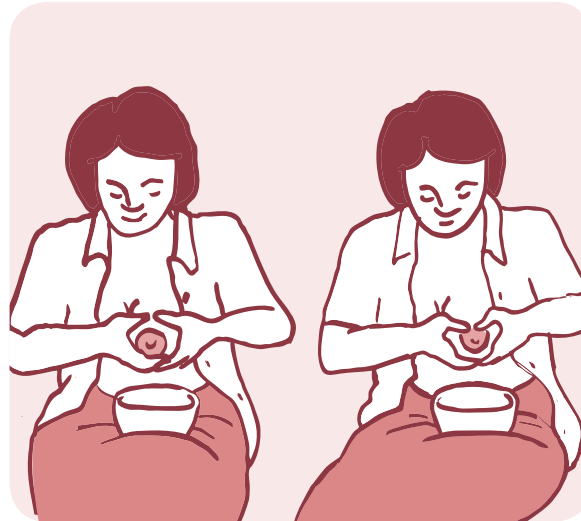


Figura 26
Técnica para retirar o leite.

Se você estiver com a mama ferida com rachaduras ou lesões, inicie a mamada pela mama que estiver boa ou menos ferida. Pode ter uma pequena quantidade de sangue no local machucado, que não fará mal ao bebê. Não passe cremes, a luz do sol é um ótimo cicatrizante. Pode ser a luz do sol que entra na casa. Caso você não tenha como expor as mamas ao sol, utilize a luz de um abajur de 40 watts a um palmo de distância do local machucado, por 15 minutos, uma vez ao dia. Lembre-se de que a exposição ao sol é benéfica antes das dez da manhã ou depois das quatro da tarde. Seu leite também pode ser usado como hidratante e cicatrizante. Após a mamada passe seu leite sobre a aréola e o mamilo.

Isso também pode ser feito durante toda a gravidez para prevenir as lesões, fortalecendo a pele das mamas – que é muito fina. Por isso é importante não passar cremes nas mamas porque isso deixa a pele mais fina e frágil. A partir do 7º mês de gestação, inicie a exposição ao sol. No primeiro dia deixe apenas 5 minutos e depois aumente 5 minutos a cada dia, até chegar a 30 minutos.

Algumas mulheres podem ter as mamas endurecidas e doloridas. Neste caso, é importante não aplicar compressas ou duchas quentes, e também não usar gelo nas mamas. Isso causa uma sensação boa a princípio, mas depois deixa a mama mais cheia e mais dolorida.

Caso apareçam sinais de aumento de temperatura medida da boca (37,7°C), cheiro forte e pus no leite ou ainda mal-estar e calafrios, procure o hospital.

O relato abaixo é de um casal que frequentou o grupo de gestantes. Após o nascimento do bebê, pai e mãe estiveram na reunião do grupo para apresentar a filha e compartilhar a experiência.

“Quando cheguei ao hospital estava com 3 cm de dilatação e fiquei um dia e meio em indução (é um soro com medicamento para as contrações aparecerem ou ficarem mais intensas). Eu assisti muitos vídeos de parto mas nenhum é igual, como falaram aqui. Cada parto é único mesmo. A dor é percebida mais pelo emocional e, para controlar, tem que confiar em si. Achei que doeu muito, principalmente após a indução. Acho que o parto normal sem indução deve ser mais gostoso. A indução começou quando colocaram um comprimido no fundo da vagina e depois colocaram o soro. O médico também teve que dilatar com a mão, mas na hora do toque eu não senti dor. Eu fui pro hospital porque minha médica pediu. Ela falou que meu bebê estava pequeno e seus batimentos tinham diminuído. Depois do parto, quando estava na enfermaria, comecei a sentir um pouco de dor na barriga e então me aplicaram um remédio maravilhoso, que eu me senti muito bem. Quando passou a anestesia foi tudo bem; até andei no primeiro dia. Acho que o que foi mais difícil pra mim foi o bebê chorar e eu não saber o que fazer. Eu fiquei com o seio muito duro, tirei leite,

mas ainda ficou duro. Agora está normal, a nenê está mamando bem. Se eu soubesse como era, já tinha tido filho antes. Achei muito bom, acho que vou querer outro logo. Mas para o bebê não tem horário, eu não tenho mais a minha rotina. Se ela chora, eu tenho que amamentar, trocar, fazer alguma coisa. Eu acordo duas vezes por noite para amamentar. Eu consigo dormir porque ela não é de berrar. Eu dou de mamar, troco a fralda e depois ela dorme. Olha, eu não sabia que ia ficar com ela na maternidade, mas achei bom. Eu aprendi a dar banho. Às vezes eu tenho vontade de ir ao banheiro, mas eu não vou porque ela vai chorar; ou quando eu estou dando de mamar dá aquela vontade, mas aí eu acabo segurando. Eu sou muito sistemática. No dia em que eu esqueci a roupinha dela pra dar banho, ela chorou muito e eu fiquei muito nervosa. Eu estou mais confiante agora, principalmente quando eu estou com o meu marido e com a irmã dele” (Fabiana)

“Eu deixei a minha mulher no hospital e fui para casa porque me falaram que ia demorar. Quando voltei, me falaram que não podia entrar na sala do

parto porque não ia dar tempo de eu me trocar. Depois de meia hora, me perguntaram se eu queria ver a minha filha. Eu falei claro que eu quero. É uma sensação estranha. Quando eu via a minha mulher grávida, sabia que tinha algo ali, mas nunca imaginei que seria deste jeito. Mesmo quando a gente via o ultra-som, não conseguia imaginar” (Carlos)

O Instituto de Psicologia da USP oferece atendimento psicológico gratuito à mulher durante a gestação e pós-parto (seis meses a um ano). Você pode ir às sessões acompanhada do bebê e do pai.

Ser e Criar – Instituto de Psicologia da USP

Rua Professor Mello Moraes, 1721, Prédio dos Atendimentos, Bloco D, sala 209, Cidade Universitária.

Fone: 5096. 4159

Email: serecriar@uol.com.br

O recém-nascido

A maternidade é muito valorizada em nossa sociedade e isso gera muitas expectativas nas mulheres. No momento em que o bebê nasce, pode ser que não surja uma energia surpreendente – como as pessoas dizem. Isso pode causar dúvidas quanto ao que é ser realmente uma boa mãe.

A mulher pode se sentir culpada por não ter sentido o que gostaria de sentir ou o que tinha imaginado que ia sentir. Mas o amor entre pais e filhos é construído com o passar do tempo. A expectativa de ser uma mãe perfeita pode frustrar a mulher e por causa disso é importante que a mulher atenda às necessidades de seu filho, o que já é uma grande tarefa!

Os cuidados com o bebê provocam cansaço, mas ao longo da convivência a mãe e o pai vão conhecendo melhor as necessidades de seus filhos e se adaptando mais facilmente a elas. Geralmente, a preocupação dos futuros pais durante a gravidez se volta, em grande parte, aos cuidados com o bebê.

Muitas vezes, o próprio pai ou a mãe sentem medo de cuidar do filho que acabou de nascer. Realmente

o bebê é um ser frágil e totalmente dependente de outras pessoas. Mas é importante saber que ele já possui algumas defesas em seu próprio corpo. São as defesas imunológicas que são passadas da mãe para o filho quando ele ainda está no útero e quando está sendo amamentado. Neste caso, lavar as mãos para entrar em contato com o bebê é o suficiente.

Tanto a voz quanto a aproximação do ouvido do bebê no coração da mãe fazem com que a criança identifique sua mãe e se sinta mais tranqüila, uma vez que estava acostumada a ouvir esses sons dentro do útero. Balançar e embalar o bebê como o ritmo de uma caminhada também é muito estimulante e relaxante para o bebê, que estava acostumado a isso dentro do útero.

Muitas pessoas pensam que isso faz com que o bebê fique ‘mal acostumado’, mas é o contrário: o bebê também tem necessidade de movimento para entender que está bem e precisa de afeto para se desenvolver. Além disso, ele estava bastante acomodado dentro do útero: existiam limites e aconchego.

O diálogo e o carinho é saudável em todas as fases do crescimento e desenvolvimento da criança.

Ao colocá-lo no berço ou em uma banheira, pode ser que o bebê fique bastante irritado e chore muito. Nesse caso, pode ser feito um banho mais aconchegante, que é o banho embrulhado (figura 27). É um banho muito usado para bebês prematuros também.

Para facilitar na hora do banho do bebê, separe tudo que for usar antes. Encha a banheira com água morna. Limpe o rostinho com algodão e água e seque. Retire a roupa do bebê, a fralda e também o excesso de fezes. Nesse momento e nas troca de fraldas é importante usar algodão e água para limpeza, que evita assaduras. A troca de fraldas além de ser feita antes do banho, pode ser feita após as mamadas e sempre que estiver sujo.

Coloque o bebê sobre uma fralda de pano ou uma

toalha mais fininha com as pontas alinhadas com os braços e as pernas. Dobre as perninhas junto ao corpo e cubra. Depois dobre o braço, colocando uma das mãos próximas do rosto e cubra com uma das pontas e faça o mesmo com a outra ponta para o outro braço, embrulhando. Coloque-o lentamente na banheira até a água cobrir os ombros. Limpar o cabelo e o pescoço usando o sabonete neutro ou glicerinado que é mais adequado para a pele do bebê e enxaguar. Lentamente, vá descobrindo o corpo e limpe cada braço e perna. Limpe as costas, virando o bebê de lado, os genitais e enxaguar. Coloque o bebê na toalha seca, cubra a cabeça, seque e coloque a fralda e as roupas. A sensação de segurança ao ser embrulhado evita que o bebê fique ansioso ou irritado.

Para limpeza do coto do umbigo use um cotonete umedecido no álcool a 70%. Faça um movimento circular, em sentido único. Retire toda a sujeira que está no coto e a sua volta. Repita a limpeza,

Figura 27
Banho do bebê.



trocando o cotonete até que fique limpo. Faça isso diariamente após o banho, troca de fraldas ou se perceber que está sujo. A fralda não deve cobrir o coto para evitar que fique sujo.

Quando o bebê estiver um pouco maior, a mãe ou o pai também podem tomar banho com o bebê, de chuveiro mesmo. Um cuidado importante é manter o bebê sempre aquecido porque ele perde temperatura mais rápido que os adultos. No berço, é importante sempre colocar o bebê deitado de lado, principalmente do lado direito, para que não aspire leite. Cuidado antes de deitar o bebê após amamentar, espere que ele arroto no colo “em pé”. Evite colocar travesseiros no berço, pois o bebê pode ficar sufocado. O bebê também fica bastante confortável em um cestinha para bebês.

Se o nariz estiver escorrendo, você pode pingar soro fisiológico para fazer a limpeza e melhorar a respiração. Há caso de febre quando a temperatura medida com termômetro estiver maior que 37,8°C. Nesse caso ou quando a temperatura estiver abaixo

do normal – menor que 35,5°C – é bom procurar atendimento médico.

A presença de fumantes no mesmo ambiente que o bebê faz com que ele também sinta os efeitos prejudiciais do cigarro, causando doenças respiratórias, como a asma e bronquite, o que faz com que os pais tenham que levar a criança com maior frequência ao hospital, o que muitas vezes precisará de internação para tratamento.

O choro é o meio de comunicação do bebê. Geralmente ele chora quando está sujo, com fome, quer carinho ou tem alguma dor. A mãe e o pai vão aprendendo a perceber mais facilmente suas necessidades. Confie nos seus instintos e habilidades para enfrentar os desafios de cuidar de um bebê. Muitas pessoas tendem a dar palpite sobre esse assunto. É importante que o marido não contribua para criticar sua mulher e demonstre confiança na capacidade dela em cuidar do bebê e a mulher também confie na capacidade dele.

Cuidados com o corpo

A gestante pode sentir dores, ficar ansiosa e ter insônia e outros desconfortos físicos e emocionais durante a gravidez. Por isso, é importante que a mulher tenha um momento para cuidar de si, de seu corpo para manter o bem-estar. As práticas corporais protegem não só a saúde da gestante, mas também da família em todas as fases da vida. Envolve e estimule sua família a ter esse hábito. Apresentamos, a seguir, algumas possibilidades de cuidados com o corpo.

1. Relaxamento

Voltado à consciência corporal, o relaxamento é uma técnica que ajuda a perceber as regiões do corpo que estão tensas ou contraídas. O relaxamento muscular também envolve a experiência emocional em relação à própria existência. É útil não só para reduzir a intensidade da dor provocada pelas contrações uterinas durante o trabalho de parto, mas também para enfrentar as situações de tensão e cansaço da vida cotidiana. Além disso, é um recurso complementar útil para manter níveis adequados de pressão arterial em gestantes que necessitam usar medicamentos por causa da pressão alta.

Onde fazer:

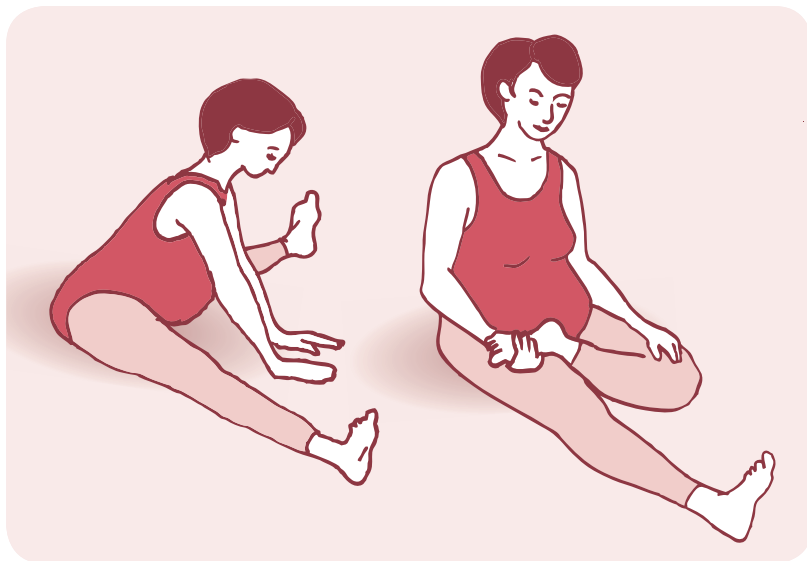
- No Centro de Saúde Pinheiros é oferecida a atividade de relaxamento às terças e quintas, às 9:30h. R Ferreira de Araújo, 789, Pinheiros. Tel: 3066-7726.

2. Acupuntura

É uma prática fundamental da medicina tradicional chinesa que busca equilibrar o organismo por meio da inserção de agulhas especiais em pontos específicos da pele. Usada há mais de 4.000 anos no oriente e muito praticada no ocidente, esta técnica está baseada no conhecimento dos meridianos – ou canais de energia que existem no corpo, passam pelos órgãos e vão para a pele. Foram mapeados pontos que existem no caminho dos meridianos e que podem ser alcançados por agulhas. Estes pontos podem ser estimulados ou sedados em relação à sua energia, conforme a necessidade da pessoa. A sua utilização em gestantes está voltada à redução de náuseas, vômitos e desconfortos musculares.

Onde fazer

- No HU-USP há um ambulatório de acupuntura

**Figura 28***Yoga.*

para atendimento à gestante que realiza o pré-natal neste local. Para esse atendimento é necessário encaminhamento do médico obstetra. Para gestantes que realizam o pré-natal em unidades básicas de saúde há o atendimento de acupuntura oferecido gratuitamente, mas a gestante também deve ser encaminhada pelo médico obstetra que realiza o atendimento pré-natal.

3. Massagem

É uma técnica que consiste em um conjunto de toques exercidos no corpo. A prática da massagem em gestantes pode aliviar desconfortos como as dores nas pernas, na coluna e alívio da tensão, além de

melhorar a consciência corporal. Tem sido utilizada também na região próxima da vagina para prevenir ferimentos durante o parto e a sensação dolorosa após o parto normal. A massagem pode ser realizada também pelo seu companheiro e isto contribui para aumentar o envolvimento entre o casal, que também pode auxiliar no alívio das dores durante o trabalho de parto massageando as regiões doloridas do corpo da mulher. Se você trabalha sentada, pode utilizar uma bolinha de tênis ou borracha, colocar embaixo dos pés e fazer movimentos circulares. A bolinha pode ser usada também em todo o corpo, nas regiões onde a gestante sentir necessidade. Esta prática ajuda no alívio das tensões.

Onde fazer:

- O Centro de Convivência (CECCO) Freguesia do Ó oferece uma oficina chamada Corpo Sensível, realizada por um fisioterapeuta e inclui a prática de massagem. Local: Rua Antônio Genelle, 30, Jardim Monte Alegre. Tel: 39911018.

4. Yoga

É uma prática natural proveniente da Índia. Ela envolve a auto-educação e mostra, por meio do estudo do temperamento e das emoções, como conquistar uma boa saúde, o controle mental e físico e obter maior domínio sobre o próprio corpo. Envolve posturas corporais, técnicas de respiração e meditação.

Há vários sistemas do Yoga, como o Hatha-Yoga, que tinha na sua origem o objetivo principal de preparar o corpo para o desenvolvimento espiritual pelo domínio do corpo físico (figura 28).

Onde fazer:

- Unidade de Medicinas Tradicionais Centro. Rua Frederico Alvarenga, 259. 3º andar – Parque D. Pedro II. Tel: 31128133. Há uma triagem e lista de espera para participar
- Centro de convivência CECCO Bacuri. Av Sumaré, 67, Perdizes. Tel: 38629933. Levar atestado ou indicação médica.

5. Respiração

A respiração, quando realizada de maneira firme e cuidadosa, proporciona calma e tranqüilidade à pessoa. Do mesmo modo que as emoções afetam a respiração, a reação inversa também pode ocorrer. A concentração no ritmo da respiração auxilia a mulher a centrar sua atenção em algo e essa medida pode ser adotada de forma ativa, participando do parto de forma intensa. O melhor momento para a prática de vários tipos de respiração é durante a gestação. No trabalho de parto não há nenhuma técnica específica para lembrar, a respiração pode ser espontânea. No dia-a-dia respiramos de maneira superficial, ou seja, usamos apenas uma parte da capacidade que os pulmões possuem em receber

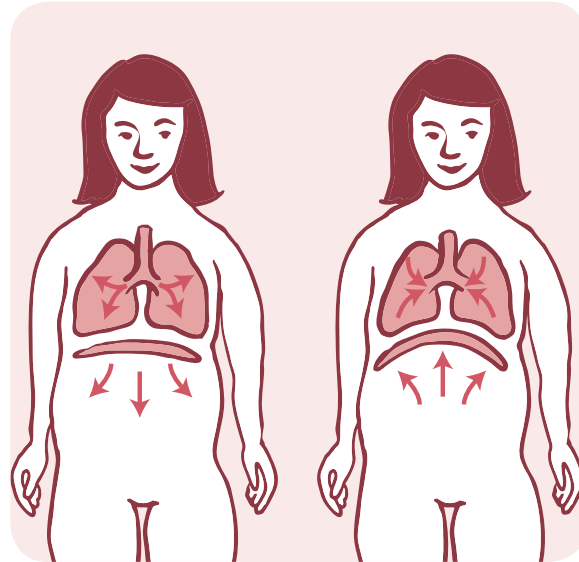


Figura 29
Inspiração e expiração.

oxigênio. Na respiração o ar entra pela inspiração e sai pela expiração e normalmente inspiramos e expiramos pelo nariz (figura 29). Na respiração profunda, inspira-se pelo nariz e expira-se pela boca. A respiração profunda pode ser utilizada ao praticar exercício de respiração ou alguma atividade física como a Yoga ou durante o trabalho de parto, se a gestante sentir necessidade. Durante o trabalho de parto é importante que você se concentre na respiração e tente manter o corpo relaxado, principalmente os ombros. Algumas mulheres sentem necessidade em gemer e gritar. Não tem problema, pode ajudar na dor, apenas não deixe de respirar. No período em que necessitar fazer força é importante

manter a respiração profunda concentrando-se na expiração. Mas não force um ritmo se você sentir que não está conseguindo mantê-lo. Quando o bebê estiver nascendo deixe a respiração acontecer e os sons saírem e não prenda a respiração por muito tempo porque isso diminui o oxigênio para você e o bebê.

6. Exercícios na água

Os exercícios realizados na água, como a hidroginástica, melhoram as funções físicas, a auto-imagem e reduz os desconfortos da gestação. Esse tipo de exercício é recomendado também para gestantes que têm dores na região lombar, que é a parte que fica no local mais baixo da coluna.

Onde fazer

- CC Ibirapuera (Clube da Cidade) – R. Pedro de Toledo, 1651, Vila Clementino. Fone: 5549569
- CC Raul Tabajara – R. Anhanguera, 484, Barra Funda. Fone: 3392-5592.
- Consulte outros locais e outras atividades: Acesse: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br> e faça sua busca em secretarias, esportes e clubes da cidade.

7. Atividade e condicionamento físico

Exercícios de alongamento e de fortalecimento muscular são indicados durante a gravidez. Mas para fazer estes exercícios é preciso considerar as

necessidades individuais, o período da gravidez, problemas que aconteceram durante a gravidez e os benefícios desejados, sempre garantindo a segurança da gestante. As atividades leves a moderadas protegem o bebê do risco de nascer com baixo peso e a caminhada pode ser importante para proteger o bebê de nascer prematuro.

Onde fazer:

- CC Ibirapuera; CC Vila Manchester; CC Vila Alpina; CC Jd São Paulo; CC Cambuci; CC Ipiranga; CC Vila Santa Catarina; CC Vila Carioca; CC Jaguaré.
- Algumas Unidades Básicas de Saúde oferecem a atividade de grupos de caminhada como a UBS Jardim Boa Vista e UBS São Jorge. Procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima e informe-se sobre as atividades físicas oferecidas.

Acesso gratuito aos sites indicados no material e cursos para aprender a usar o computador:

- Postos do Acesso São Paulo:
 - Metrô Sé, Praça da Sé, s/n – Centro, Saída Anita Garibaldi
 - Poupatempo Sé, Praça do Carmo s/n – Centro 0800-772-3633
- Telecentros, 31138938, www.telecentros.sp.gov.br

Bibliografia consultada

- Anderson FW; Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. *J Gynaecol Obstet.* 2005;91(2): 116-24.
- Balaskas J. Parto Ativo. Guia Prático para o parto natural. São Paulo: Ground; 1993.
- Badinter E. Um amor conquistado: O mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
- Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software.
- Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Lei federal 11.108 de 07 de abril de 2005. Brasília; 2006.
- Bulgarelli JC, Bugarelli STM. Atividade e condicionamento físico na gravidez e no pós-parto. In: Spalacci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM (orgs). *Gravidez e Nascimento.* São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. p. 71-93.
- Cassar MP. Manual de massagem terapêutica. São Paulo: Manole; 2001.
- Committee on Obstetric. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and postpartum period; Número 267. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet;* 2002(77) p.171-3.
- Dunne D. Yoga ao alcance de todos. Como ter vida longa e feliz. 7a. ed. São Paulo: O pensamento; [s.d].
- Pimenta CAM. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo; 2000.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 14-20.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rede Brasileira de Bancos de Leite Humanos. Relação de Bancos de Leite Humano. [homepage na internet]. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2008 maio 15]. Disponível em: www.fiocruz.br/redeblh/cgj/cgjlua.exe/sys/start.htm?tpl.home&id=sp.
- Granath AB, Hellgren MS, Gunnarsson RK. Water aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006; 35(4): 465-71.
- Hoga LAK, Reberte LM. Técnicas corporais em grupo de gestantes: a experiência dos participantes. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3): 308-13.
- Kitzinger S. Aprender a ser mãe. Mães um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1978. p.151-66.
- Kitzinger S. Gravidez. In: *A experiência de dar a luz.* São Paulo: Martins Fontes; 1987. p. 13-38.
- Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001. p.243-50.
- Leitão MB, Lazzoli JK, Oliveira MAB, Nóbrega ACL, Silveira GG, Carvalho T, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde da mulher. *Rev Bras Med Esporte;* 2000 (6):215-20
- Lowdermilk DL. O cuidado em enfermagem materna. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 15a.ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
- Maldonado MT, Canella P. Gravidez e Nascimento. In: *Recursos de Relacionamento para profissionais de saúde: A boa Comunicação com Clientes e seus Familiares em Consultórios, Ambulatórios e Hospitalares.* Reichmann & Affonso; 2003. p.149-163.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Manual Técnico. Brasília; 2001.
- Molcho S. A linguagem corporal da criança: entenda o que ela quer dizer com os gestos, as atitudes e os sinais. São Paulo: Gente; 2007. p. 15-27.
- Nakano MAS, Shimo AKKS. Espaço destinado ao homem nos cursos de orientação pré-natal. *Femina* 1995;23(7): 657-60.
- Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, Gunasheela S, Nagendra HR. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *J Altern Complement Med.* 2005; 11(2):237-44.
- Neme B. *Obstetrícia Básica.* 3a.ed. São Paulo: Savier; 2005.
- Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RS, Tudge J. O Envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica;* 2004 17(3): 303-14.
- Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem. Atenção à saúde da Mulher. 3a.ed. 2004. [manual].



Mais uma pessoa vai nascer

e vamos cuidar para que isso aconteça
com todo o cuidado e carinho,

fornecendo informações que poderão ajudar
nesse período importante da sua vida,

da vida do pai e da vida de toda a sua família.

ISBN 978-85-61497-04-0



9 788561 497040