

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE
GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cheila Sanfelice

Santa Maria / RS

2011

**TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE
GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE SANTA MARIA / RS**

Cheila Sanfelice

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial à obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

S224t Sanfelice, Cheila

Tem que se cuidar : saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS / por Cheila Sanfelice. – 2011.

148 p. : il. ; 30 cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Enfermagem 2. Gestaçãõ 3. Cultura 4. Cuidado pré-natal 5. Saúde da mulher I. Ressel, Lúcia Beatriz II. Título.

CDU 616-083

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE GESTANTES
ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA
MARIA/RS**

elaborado por
Cheila Sanfelice

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Ana Lucia de Lorenzi Bonilha, Dra. (UFRGS)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 19 de dezembro de 2011.

*Dedico este estudo à
minha mãe, **Teresa**, meu
alicerce, aquela que jamais
desiste de mim, a responsável
por todas as minhas vitórias.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser presença e força constante em meus dias e conduzir-me na realização de meus sonhos.

Aos **meus pais**, meu porto seguro, pelo imenso amor a mim dedicado.

Aos meus sobrinhos **Douglas e Livia**, pela oportunidade de doar meu amor incondicional.

Ao meu irmão **Éder** e cunhada **Isabel**, pela presença, confiança e apoio.

Ao meu namorado, **Ailson**, pelo amor, companheirismo, paciência e por tornar meus dias mais lindos.

Aos amigos **Célia, Clóvis, Dienifer e Lucélia**, por acolherem a mim e minha família em seus corações.

Às amigas-irmãs **Cristiane e Taís** pela cumplicidade, pelos risos, por ouvirem minhas angústias, pela imensa e eterna amizade.

À minha orientadora, **Lúcia**, pelo carinho e sensibilidade, suporte científico e pelo exemplo profissional.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos **docentes** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, por compartilharem o conhecimento.

Às **professoras da Banca Examinadora**, pela disponibilidade e pelas contribuições a este estudo.

Ao **REUNI**, pelo apoio financeiro.

Aos **colegas de curso**, pelo caminho juntamente trilhado e o aprendizado em meio às diferenças.

Às **gestantes** que participaram desse estudo, pelo acolhimento e colaboração.

A todos que fizeram parte desta caminhada, por todo o apoio, meu sincero “Muito Obrigada!”

*Se teus sonhos estão nas
nuvens, eles estão no lugar certo;
agora construa os alicerces.
(William Shakespeare)*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS

AUTORA: CHEILA SANFELICE
ORIENTADORA: LÚCIA BEATRIZ RESSEL
Santa Maria, 19 de dezembro de 2011.

A gestação é um período identificado culturalmente por diversos saberes e práticas que envolvem o cuidado da gestante e do bebê, sendo uma vivência singular para a mulher e sua família. Os saberes e práticas de cuidados relacionados à gravidez variam nas diferentes culturas e podem divergir das concepções técnico-científicas dos profissionais de saúde. Este estudo está embasado no conceito de cultura de Clifford Geertz e teve como objetivo conhecer os saberes e práticas de cuidados que permeiam a gestação de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa de campo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 16 gestantes atendidas no pré-natal de enfermagem da Unidade Sanitária Kennedy, Santa Maria/RS. O cenário foi o consultório de enfermagem da referida unidade e o domicílio das gestantes. A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2011, por meio de entrevista semiestruturada e observação participante. Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática. A realização do estudo foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Como resultado, emergiu o tema “Tem que se cuidar: saberes e práticas de cuidados da gestação” e os três subtemas: “Os cuidados que as gestantes conhecem e fazem durante a gestação”, “A construção dos saberes a respeito dos cuidados na gestação” e “Os mitos populares sobre a gestação”. Evidenciou-se que durante a gestação a mulher adota diversas práticas de cuidados para manter seu bem-estar e do seu bebê. Tais práticas compreendem o acompanhamento pré-natal, a alimentação, o bem-estar físico e emocional e algumas proibições. O conhecimento que as participantes deste estudo têm a respeito dos cuidados na gestação é proveniente dos saberes da família, do meio social, da mídia e dos profissionais de saúde. Elas também conhecem alguns mitos sobre a gestação os quais dizem respeito, principalmente, a alguma prática que pode prejudicar o desenvolvimento do bebê. Os achados deste estudo indicam a importância de conhecer o contexto cultural das gestantes para prestar um atendimento de acordo com suas necessidades. Assim, espera-se contribuir tanto para os enfermeiros, como para os demais profissionais de saúde, na melhoria da qualidade da atenção pré-natal, buscando a valorização dos saberes e das práticas populares a respeito da gestação.

Descritores: enfermagem, gestação, cultura, cuidado pré-natal, saúde da mulher.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Nursing Pos-Graduation Program
Federal University of Santa Maria

TAKE CARE OF YOURSELF: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PREGNANTS ATTENDED IN A UNITY OF BASIC HEALTH FROM SANTA MARIA /RS

AUTHOR: CHEILA SANFELICE
ADVISOR: LÚCIA BEATRIZ RESSEL
Santa Maria, December 19th, 2011.

Pregnancy is a culturally identified period by diverse knowledge and practices that involve the pregnant and the baby care, being a singular experience to the woman and the family. The knowledge and care practices related to the pregnancy vary in the different cultures and can diverge from the technical-scientific conceptions from the health professionals. This study is based upon the concept of culture from Clifford Geertz and aimed to get knowledge and care practices that surround the pregnancy of women attended in a Unity of Basic Health. For so, a descriptive-exploratory field research with a qualitative approach was developed. Sixteen pregnant women attended in the nursing prenatal at the Kennedy Sanitary Unity in Santa Maria /RS. The setting was the nursing office at the aforesaid unity and at the pregnant houses. The data collection happened between March and June of 2011, through a semi structured interview and observation of the participant. A thematic analysis was done to have the data investigation. The realization of this study was approved by the Center of Permanent Education from the Municipal Health Bureau from Santa Maria and by the Committee of Ethics in Research from the Federal University of Santa Maria. As a result, the theme "Take care of yourself: knowledge and care practices of pregnancy" and the three subthemes: "The care pregnant women know and do during pregnancy", " The construction of knowledge around the care in pregnancy" and " the popular myths around pregnancy" emerged. It was evidenced that during pregnancy, women adopt many care practices to keep hers and the baby well-being. Such practices comprise the prenatal follow-up, nourishment, physical and emotional well-being and some prohibitions. The knowledge that the participants of this study have about pregnancy care comes from the family knowledge, the social environment, and the media and from the health professionals. They also know some myths about pregnancy, mainly the ones related to some practice that can harm the baby growth. The findings of this study indicate the importance of knowing the pregnant cultural context in order to give an appropriate service according to their needs. This way, it is hope to contribute such as for nurses, as for the other health professionals, in the quality improvement of prenatal attention, looking for the valorization of popular knowledge and practices about pregnancy

Descriptors: nursing, pregnancy, culture, prenatal care, woman health.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada	138
APÊNDICE B – Roteiro de observação das consultas e grupos	139
APÊNDICE C – Roteiro de observação na visita domiciliar	140
APÊNDICE D – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados	141
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	143

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria	146
ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM	147

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O TEMA	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 O conceito de cultura	19
2.2 Gestação e cultura	23
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
3.1 Tipo de estudo	29
3.2 Caracterização do cenário do estudo	30
3.3 Caracterização dos sujeitos do estudo, entrada no campo e os critérios de inclusão	31
3.4 Procedimentos de coleta dos dados	32
3.5 Análise e interpretação dos dados	38
3.6 Aspectos éticos	39
4 CONHECENDO AS GESTANTES	43
5 TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADOS DA GESTAÇÃO	47
5.1 Os cuidados que as gestantes conhecem e fazem durante a gestação	48
5.1.1 A importância da atenção pré-natal	49
5.1.2 A alimentação	54
5.1.3 O bem-estar físico	65
5.1.4 O bem-estar emocional	75
5.1.5 O proibido na gestação	78
5.2 A construção dos saberes a respeito dos cuidados na gestação	86
5.2.1 O aprendizado no meio familiar e social	87
5.2.2 O aprendizado com os meios de comunicação	96
5.2.3 O aprendizado com os profissionais de saúde	100
5.3 Os mitos populares sobre a gestação	106
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	121
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	137
ANEXOS	145

1 APRESENTANDO O TEMA

A gestação é uma experiência singular na vida da mulher, que envolve a família e seu contexto social, portanto é permeada por aspectos emocionais, espirituais, psicológicos e socioculturais. É um período identificado culturalmente por diversos saberes e práticas de cuidados que envolvem o binômio mãe-filho. As experiências da gravidez são diferentes para cada grupo populacional e também, muitas vezes, divergem das concepções técnico-científicas dos profissionais de saúde.

A temática da gestação esteve presente em minha vida desde a infância, assim como é inerente à vida de praticamente todas as mulheres. Nas brincadeiras com as amigas, colocávamos algumas roupas embaixo da blusa para representar a barriga de grávida e imitávamos as gestantes que conhecíamos e também as atrizes das novelas, reproduzindo os cuidados daquelas mulheres por estarem grávidas e os cuidados que as pessoas ao seu redor tinham para com elas.

Mais tarde, aos 12 anos, tive a primeira experiência com a gestação, quando minha cunhada engravidou. Naquele momento, percebi algumas mudanças que ocorreram na família, pois toda a atenção estava voltada para minha cunhada e sua gravidez. Lembro-me das conversas e orientações familiares sobre o que podia e o que não podia ser feito durante a gestação, os benefícios e malefícios dos alimentos, dos chás, dos exercícios, os esforços que não podiam ser feitos e a preocupação com o ganho de peso. Da mesma forma, a família de minha cunhada repassava a ela todos os seus saberes a respeito da gestação de que tinha conhecimento. No entanto, algumas orientações não eram semelhantes, devido às diferenças de origem cultural nas duas famílias, o que se repetiu após o nascimento do meu sobrinho. Além dos ensinamentos que eram transmitidos pelos membros da família, as pessoas do convívio social também opinavam a respeito dos cuidados que deveriam ocorrer durante a gestação.

Esses saberes empíricos a respeito da gravidez foram transmitidos de geração em geração, sendo também influenciados pelo discurso médico e pela mídia. Tais saberes estão relacionados a diversos aspectos do período gestacional, como alimentação, exercício físico, sexualidade, uso de plantas medicinais e “benzimentos”, cuidados com a saúde, higiene e cuidados com a pele, dentre outros

– aspectos estes que vão além da preocupação com o desenvolver sadio do feto e a manutenção da saúde da mulher que se verifica no atendimento pré-natal. Dessa forma, foi no cenário familiar e social que ocorreu a socialização dos meus primeiros conhecimentos a respeito da gestação e que tiveram continuidade no decorrer deste estudo, com a segunda gestação de minha cunhada, fato que trouxe mais inspiração para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no ano de 2006, e principalmente a partir do sexto semestre de graduação, iniciei um novo processo de aprendizagem a respeito da saúde da mulher. A sensibilização e a empatia com esta temática possibilitou-me a participação em dois grupos de pesquisa que abordam tal temática: o Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas e o Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

A vivência acadêmica e as reflexões advindas dos grupos supracitados possibilitaram que eu percebesse a questão da saúde da mulher além do aspecto biológico, ou seja, uma visão que engloba aspectos psicológicos, espirituais, econômicos, sociais e culturais em todas as fases de sua vida; além disso, destacou-se nessa formação o entendimento de que o processo de saúde/doença da mulher é reflexo do meio social em que ela está inserida e, principalmente, de que está atrelado às questões de gênero.

A graduação oportunizou um olhar crítico a respeito do atendimento às mulheres nos serviços de saúde. Assim, pude perceber a persistência do modelo biomédico, onde a preocupação está apenas no corpo doente ou no corpo que precisa ser controlado – na adolescência, para que não haja uma gravidez precoce, na vida adulta, para controlar o número de filhos e manter o corpo saudável para o trabalho, e na velhice, para aliviar os efeitos da redução de hormônios. Tais ações são entendidas como reflexo de uma cultura de medicalização do corpo feminino.

Nessa direção, percebo que, concernente à gestação, a mulher deixou de ser protagonista da gravidez e do parto. Embora haja um esforço concentrado nos programas de humanização do pré-natal, parto e nascimento, a atenção pré-natal ainda está voltada, em muitos serviços, para o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de forma a valorizar a quantidade do atendimento e não sua qualidade. Nesse sentido, as consultas de pré-natal, nas unidades de atenção primária à saúde, resumem-se à realização dos procedimentos

técnicos e preenchimento de papéis, sendo que os aspectos psicológicos, econômicos e socioculturais das gestantes são desconsiderados na maioria das vezes.

Esta fragmentação da atenção pré-natal, que desvaloriza a subjetividade das gestantes, seus conhecimentos e o meio em que elas estão inseridas, gerou grande inquietação e me instigou ao aprofundamento dos conhecimentos relacionados à expressão da cultura na gestação.

Considero que a cultura permeia todo o viver gestacional da mulher. Os saberes e práticas de cuidado da gestação influenciam no modo como a gestante se cuida e, também, no modo com que a família e as pessoas de seu convívio social a cuidam. Sendo assim, a mulher, ao descobrir-se grávida, passa a cumprir uma série de normas concebidas culturalmente que visam o seu bem-estar e o do bebê.

A gravidez e o nascimento têm significado maior do que simples eventos biológicos, para todas as sociedades humanas. Para muitas culturas, a gestação é vista como um estágio de transição do *status* social de mulher para o de mãe, sendo também um período de vulnerabilidade para a mulher e para o feto (HELMAN, 2003).

O conceito de cultura escolhido para embasar este estudo é aquele descrito por Geertz (1989), o qual considera o homem um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu. A cultura é explicada por ele como um sistema de símbolos significantes, ou seja, como uma teia de símbolos que atribuem significado à existência humana. Assim, a cultura não pode ser vista como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado.

Geertz (1989) argumenta que as pessoas são conduzidas por uma construção de produtos culturais e ressalta, ao mesmo tempo, como elas são extremamente variáveis, sujeitas a inúmeras influências, que se expressam através de símbolos e se organizam a partir de concepções e conceitos na busca de significados.

Os diferentes grupos humanos criam e recriam sistemas de saberes e práticas para dar significado à sua própria existência e ao mundo que os rodeia (MEDINA; MAYCA, 2006). Dessa forma, a partir das crenças e práticas, que são diferentes para cada grupo populacional, as pessoas explicam as condições

humanas, os estilos de vida, as formas de bem-estar, de cuidado das pessoas, da prevenção de doenças e manutenção da saúde (MONTROYA, 2007).

Muitas vezes, os conhecimentos de algumas culturas relacionados à gestação divergem do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde. Assim, algumas práticas de cuidado podem ser prejudiciais à saúde da mãe e do feto, bem como outras podem ser benéficas ou não prejudicarem a saúde de ambos. Logo, o profissional de saúde que atua na atenção pré-natal deve envidar esforços para compreender o sistema cultural em que a gestante se insere, de forma a assegurar práticas saudáveis e contextualizadas ao grupo social dela e de sua família.

Neste estudo, apoiada em autores como Helman (2003) e Collière (1989), compreendo o termo **saberes** como os conhecimentos que os indivíduos têm a respeito dos diversos eventos da vida que foram construídos a partir da interação com o meio cultural do qual fazem parte. Já o termo **práticas de cuidado** diz respeito a um conjunto de atitudes que indivíduos e grupos adotam para assegurar a manutenção de sua saúde e, conseqüentemente, da vida.

Para Baruffi (2004), a gestação é um evento social, pois não é uma vivência exclusiva da mulher, mas sim compartilhada por toda a família e pelo grupo social ao qual pertence. Essa etapa da vida é fortemente influenciada pelos hábitos familiares, geralmente transmitidos de mãe para filha, e também por conhecimentos do meio em que vive a mulher, o que faz aumentar sua bagagem de costumes e atitudes relacionados à gravidez.

Portanto, o período pré-natal é uma fase de intenso aprendizado e preparação fisiológica e psicológica para o parto e para a maternidade, no qual profissionais de saúde e gestantes devem compartilhar saberes. Isso implica em considerar as necessidades e as circunstâncias sociais e ambientais da mulher, de forma a garantir integralidade e resolutividade no atendimento à gestante (RESSEL, 2008).

No entanto, atualmente a atenção pré-natal é fragmentada, baseada no modelo biomédico e nas especialidades, que acaba por desconsiderar a compreensão do indivíduo em sua totalidade. Nessa atuação é priorizada a quantidade, em detrimento da qualidade, e são tomadas decisões unilaterais que valorizam apenas o saber científico do profissional. Assim, desconsideram-se os saberes, práticas, valores e costumes familiares e sociais inerentes ao processo gestacional (BARUFFI, 2004).

Conforme informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2009 a cobertura de consultas de pré-natal em todo o Brasil foi de 92,6%, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2010). No entanto, a taxa de mortalidade materna no país continua alta, sendo que, no ano de 2007, foi de 77 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2009a) configurando-se como um problema de saúde pública. Isso leva a pensar que as altas taxas de mortalidade materna podem estar relacionadas com uma atenção pré-natal desqualificada.

Outro dado interessante a expor nesta introdução é que se evidenciou no Brasil um aumento na proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, crescendo de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006. Também, houve queda no número de nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta pré-natal, decrescendo de 4,7%, em 2000, para 2,1%, em 2006 (BRASIL, 2009b).

Na cidade de Santa Maria, no ano de 2009, dos 3.218 nascidos vivos, a proporção de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi de 63,61%, porém a pactuação do município era de atingir 70%. Já, o número de nascidos vivos cujas mães não tinham realizado nenhuma consulta de pré-natal, foi de 74 (2,29%). Quanto à faixa etária das mães, a faixa de 20 a 29 anos teve maior proporção, com 49,99% de nascidos vivos. O número de mães adolescentes foi de 16, 28%. Quanto ao tipo de parto realizado, 1.123 (34,89%) foram partos vaginais e 2.095 (65,10%) foram partos cesáreos¹.

Atualmente, a atenção pré-natal no Brasil está pautada nas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000. O PHPN afirma o direito das mulheres a um atendimento de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, de forma humanizada e segura, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). Dessa forma, o profissional de saúde que atende a gestante precisa conhecer a cultura em que esta mulher está inserida, bem como os saberes e práticas de cuidados que influenciam no viver gestacional da mulher, de forma a entendê-la como um reflexo do meio em que vive, de sua cultura e de suas vivências. Tal

¹ Informação obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, a partir da Vigilância Epidemiológica e SINASC.

atitude permite diminuir a lacuna entre os conhecimentos populares e profissionais, contribuindo para a qualidade do atendimento.

Na área da enfermagem são escassos os estudos que abordam a gestação em uma perspectiva cultural, reconhecendo os saberes e práticas de cuidados que envolvem o evento da gestação. Tais estudos são desenvolvidos, geralmente, em países da América Latina, como Colômbia e Peru, onde os povos nativos ainda mantêm suas tradições com pouca influência da globalização (HERNÁNDEZ, 2008; MONTOYA, 2007; MEDINA; MAYCA, 2006). No Brasil, os poucos estudos que abordam cultura e gestação relatam alguns aspectos desse período, como as práticas alimentares, vivência da sexualidade e barreiras culturais para o atendimento odontológico (JUNGES, 2010; BAIÃO; DESLANDES, 2006; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008; FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004; BARUFFI, 2004). Assim, existe uma carência de pesquisas que relacionem a influência da cultura em todos os aspectos da gestação.

Ao se aproximar da cultura e conhecer as diferentes formas de cuidados das gestantes, o profissional de saúde deve evitar tornar-se impositivo e prescritivo no cuidado. Isso ajuda a criar um espaço de acolhimento no pré-natal, onde as mulheres possam desfrutar de abertura para falar de suas histórias, sentimentos, dúvidas e medos, e sentirem-se protagonistas de sua gravidez.

Penso que, além de favorecer a construção da confiança, criando vínculo entre gestantes e profissionais, os profissionais de saúde podem desenvolver sua capacidade de reconhecer os diferentes contextos das gestantes para desenhar com elas um plano de cuidados íntegro e coerente com a cultura de cada uma, onde a gestante possa ser sujeito desse cuidado. Tal atitude colabora também para a participação e inclusão da família, bem como na autonomia e corresponsabilização de todos os envolvidos no evento gestacional.

Diante dessas considerações, aponto que as questões subjetivas da gestação construídas culturalmente são fundamentais para a qualidade do cuidado pré-natal. Logo, evidencio a necessidade de estudos de campo que ampliem o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos saberes e práticas de cuidado da gestação.

A partir do exposto, vislumbra-se a **questão** que norteia esta pesquisa: *como a cultura se expressa nos saberes e nas práticas de cuidados das mulheres durante a gestação?*

Dessa forma, direciona-se ao **objetivo geral** deste estudo: *conhecer os saberes e práticas de cuidados que permeiam a gestação de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito que embasa este estudo é o de *cultura*, o qual pode ser interpretado e utilizado em diferentes perspectivas, dependendo da visão de mundo de cada pesquisador. No entanto, aqui, deu-se ênfase apenas aos entendimentos dos autores que subsidiaram tal estudo, sem discutir nem desconsiderar outras concepções. Também serão apresentados neste referencial alguns estudos que abordam os aspectos culturais da gestação.

2.1 O conceito de cultura

Com a mobilização social, cultural, política e econômica promovida pela globalização no mundo, as pessoas estão cada vez mais sujeitas às pressões externas e internas, advindas da multiplicidade cultural dessas relações mais próximas. Isso tem interferido nas condições de construção da identidade individual e coletiva. Conseqüentemente, a cultura tornou-se um elemento altamente complexo e diversificado, que deve ser concebido sob uma nova perspectiva, que a afasta de um conceito estático e normatizador do comportamento das pessoas, e aponta para a subjetividade e a diversidade cultural (RESSEL, 2003).

Desse modo, a Antropologia tem se recusado a entender a cultura como uma entidade integradora, unificadora e padronizadora de comportamentos, centrando a interpretação dos significados dos acontecimentos em uma perspectiva de diversidade, pluralismo, complexidade e sincretismo cultural (FEATHERSTONE, 1997; ROBERTSON, 2000).

Os estudos com abordagem cultural devem mostrar a descontinuidade e as diferenças, possibilitando a expressão de divergências. Sinalizam, com destaque, que esses estudos devem valorizar o indivíduo como sujeito de sua própria vivência, contextualizando-o na análise do estudo e promovendo um olhar que admita contestação e rupturas (FEATHERSTONE, 1997; ROBERTSON, 2000).

Entende-se que uma cultura nunca é estática, pois seus símbolos são reconstruídos com a participação de diferentes atores. Dessa forma, a cultura precisa ser compreendida como componente de um complexo de influências que refletem naquilo em que as pessoas acreditam e no modo como elas vivem. A cultura envolve aspectos que levam gerações para serem constituídas, sendo que o desenvolvimento de uma cultura é vivo, “em permanente e constante transformação e significação, o que possibilita o avanço de práticas, sua validação ou não, entre as diferentes gerações” (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007, p. 861).

Convergindo com essas ideias, Geertz (1989) conceitua a cultura como um sistema de símbolos significantes que imprimem valores e significados à existência humana. Assim, as pessoas são entendidas como seres culturais que conduzem suas vidas por meio de uma construção de produtos culturais, estando sujeitas a diversas influências. Dessa forma, o homem se expressa através de símbolos e se organiza a partir de concepções e conceitos, na busca de significados para a sua existência.

Por meio de padrões culturais, que são amontoados ordenados de símbolos significantes, o homem encontra sentido para os acontecimentos de sua vida. Portanto, os acontecimentos não só acontecem, eles significam, ou seja, cada acontecimento tem um significado singular e são esses significados que os estudos culturais procuram descrever (GEERTZ, 1989).

Para Geertz (1989, p. 228), o estudo da cultura é “o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupos de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro”.

Nesse mesmo sentido, Langdon e Wiik (2010, p. 175) definem a cultura como “um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social”. A partir desses elementos, os indivíduos “constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas”.

Para Helman (2003), a cultura é composta de elementos relativos a aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos, os quais se modificam por meio das relações e interações no tempo, influenciando os indivíduos quanto à

forma de ver o mundo; de vivenciar as emoções, os fenômenos sobrenaturais e o ambiente natural; e de comportar-se em relação às outras pessoas.

Conforme Bravo (2006a), a cultura direciona os estilos de vida que influenciam nas decisões das pessoas. No entanto, a cultura é dinâmica, e até dentro de um mesmo grupo social ela se modifica, devido à complexidade das estruturas sociais que a orientam. Assim, embora as pessoas não substituam facilmente seus costumes por novos conhecimentos, existe uma mudança sutil, que pode ser percebida nas individualidades.

No que concerne à saúde, o papel que a cultura exerce no comportamento humano se constitui numa importante forma de cuidado das pessoas. Assim, os comportamentos de saúde são conduzidos pelo conhecimento acumulado e pelas representações sociais, das quais fazem parte as superstições e os mitos construídos em torno dos cuidados de saúde. Desse modo, cada indivíduo interioriza e aplica os seus cuidados de acordo com seus costumes e crenças, o que permite ao homem sobreviver e se manter ao longo do tempo (BRAVO, 2006a).

Conhecer as crenças e as práticas das pessoas em relação a sua saúde permite não somente identificar e significar práticas, muitas vezes consideradas como tradições retrógradas, se comparadas ao avanço técnico-científico da medicina ocidental, mas também estabelecer uma ponte de comunicação entre os sistemas de cuidados das pessoas e os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais de saúde (BRAVO, 2006a).

De acordo com Montoya (2007), as crenças são um conjunto de conhecimentos e significados que se tem a respeito de qualquer aspecto da realidade; é uma percepção permanente e contínua que a pessoa tem sobre as coisas do seu próprio mundo.

No mesmo sentido, Baruffi (2004, p. 92) afirma que “a crença é uma fé, é acreditar no dito e no ouvido no cotidiano e incorporar isso ao pensamento. Na verdade, a crença revela uma forma de ser de quem a possui”.

Já sobre as práticas, Hernández (2008) compreende que, no enfoque cultural, elas são atos guiados por crenças e valores que variam de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, econômicos e sociais.

Referente às práticas de cuidados, apoia-se em Collière (1989) para defini-las. Segundo a autora, desde o início da história da humanidade os cuidados existem, pois é preciso “tomar conta” da vida de forma que ela possa permanecer.

Dessa forma, as práticas de cuidados – um conjunto de atividades indispensáveis assumidas por homens e mulheres – se originam da necessidade de assegurar, quotidianamente, a manutenção das funções vitais, ou seja, a manutenção da vida.

As práticas de cuidados são compostas por coisas permitidas e proibidas e dizem respeito a diversos aspectos como as práticas alimentares, vestuário, habitação, práticas sexuais, uso de plantas, dentre outros. Elas também são influenciadas pelo discernimento do que é considerado bom ou mau, sendo as forças benéficas tudo o que faz viver, e as forças maléficas tudo o que provoca mal-estar, que gera a doença e morte (COLLIÈRE, 1989).

Portanto, as práticas de cuidados visam garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, as quais são diversificadas, pois dependem do ambiente em que se manifestam. Assim, as diferentes respostas às necessidades vitais determinam hábitos de vida próprios de cada grupo (COLLIÈRE, 1989).

Compreendendo que a cultura permeia os relacionamentos humanos e define os cuidados em saúde, é preciso repensar as práticas profissionais e a interação com as pessoas nos serviços de saúde. Torna-se necessário o encontro entre a cultura dos profissionais de saúde e das pessoas por eles atendidas, o que pode representar a construção de um espaço significativo de troca e intercâmbio de saberes, informações e práticas em saúde (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007).

Porém, na prática cotidiana dos serviços de saúde se observa uma distância entre o saber profissional e as práticas de saúde da população, pois “os profissionais ditam as normas e regras, sem considerar a escolha e a autonomia do usuário, especialmente no que diz respeito a sua herança cultural e forma de cuidar” (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007, p. 859).

Os profissionais de saúde devem desenvolver conscientemente seu papel como preservador de valores e comportamentos culturais. A abordagem cultural no cuidado à saúde das pessoas pode ser uma estratégia de atenção diferenciada que colabora para a humanização dos serviços e, conseqüentemente, para a integralidade da atenção, diretrizes preconizadas pelas políticas públicas de saúde (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007).

Com o exposto, entende-se que os estudos culturais são importantes para promover conhecimento sobre o significado atribuído pelos grupos humanos aos grandes eventos do curso da vida, como é o caso da gestação.

2.2 Gestação e cultura

A interpretação cultural da gestação possibilita compreendê-la sob uma nova ótica, a qual valoriza as vivências de cada gestante e sua subjetividade. Essa visão está alicerçada em um novo paradigma que ultrapassa as questões biológicas e permite entender como se deu a construção dos saberes referentes à gestação e de que forma eles influenciam nessa vivência. E, para se chegar a esta nova visão, é necessário que os profissionais entendam a gestação como uma construção cultural singular, considerando os saberes, os valores, os costumes e o modo de viver de cada indivíduo, para que possam compreender o significado deste acontecimento da vida.

Neste sentido, considera-se que por meio dos conhecimentos construídos em seu meio cultural – os saberes –, as mulheres durante a gestação adotam práticas de cuidados para a manutenção de sua saúde e da saúde do bebê, ou seja, adotam práticas que asseguram a manutenção da vida.

A gravidez é um período em que a mulher se encontra bastante receptiva às orientações dos profissionais de saúde. As gestantes atribuem grande valor às práticas educativas do acompanhamento pré-natal, principalmente para saberem que está tudo bem com o bebê (MONTROYA, 2007; HERNÁNDEZ, 2008; MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009). Porém, as suas concepções culturais têm mais força do que as recomendações dos profissionais, pois muitas gestantes consideram que as recomendações dos profissionais estão distantes de suas realidades culturais (HERNÁNDEZ, 2008).

Conforme Bravo (2006b), as práticas de cuidados do período gestacional são umas das práticas tradicionais que apresentam maior resistência à transculturação com o conhecimento científico. Essa constatação implica no envolvimento necessário dos profissionais de saúde para conhecerem o meio cultural em que se encontram as mulheres que atendem.

Esses sistemas de conhecimentos e práticas auxiliam na diminuição dos riscos da gravidez, parto e puerpério. Portanto, as gestantes acreditam que devem

seguir rigorosamente as normas estabelecidas culturalmente para alcançarem êxito no parto, sem riscos de enfermidades ou morte (MEDINA; MAYCA, 2006).

As crenças e práticas a respeito da gestação são repassadas de geração em geração, por isso os ensinamentos da mãe e de mulheres mais velhas da família e da comunidade que já passaram por essa experiência são incorporados e considerados de grande importância, devido à vivência e conhecimentos compartilhados (MEDINA; MAYCA, 2006; MONTOYA, 2007; HERNÁNDEZ, 2008; MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; ALVAREZ et al., 2007).

As práticas de cuidados das gestantes são baseadas em um conhecimento e comportamento cultural que dão sentido a esse cuidado (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009).

Os significados dos cuidados durante a gestação são muito variados, devido à enorme quantidade de fatores que a influenciam, como espaço geográfico, contexto cultural, histórico e econômico, crenças e valores herdados e transmitidos (MONTOYA, 2007). Por isso, cada cultura apresenta saberes e práticas singulares relacionadas ao período gestacional.

No entanto, alguns saberes e práticas são similares em diferentes grupos populacionais, como o uso de plantas medicinais e a não utilização de substâncias consideradas maléficas e que não lhes são receitas. Remédios à base de ervas são de larga utilização devido ao baixo custo e disponibilidade. Outros cuidados comuns são de não levantar objetos pesados, evitar esforços bruscos, não fazer força, trabalhos pesados, correr ou se agachar. Ainda, apresentam-se cuidados com o corpo, como fazer exercícios, e de higiene pessoal e cuidados com a pele, como o preparo das mamas e a hidratação da pele (MEDINA; MAYCA, 2006; MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; ALVAREZ et al., 2007; PELCASTRE et al., 2005).

A alimentação é considerada como cuidado fundamental da gestante para um bom percurso gestacional, por isso ela precisa manter práticas alimentares apropriadas (HERNÁNDEZ, 2008). As gestantes acreditam que cuidar da alimentação é importante para aumentar o peso ou controlar o sobrepeso, pois são condições que podem se transformar em risco para a saúde da mãe e do bebê (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009).

Dentre os alimentos benéficos para a gestação estão as frutas, verduras, o leite, caldos e carnes; também se acredita que os alimentos preparados em casa

são mais nutritivos (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; HERRERA-SUÁREZ et al., 2008a; COTTA et al., 2009).

Já os alimentos assinalados pelas mulheres como prejudiciais para a gravidez são as gorduras, pimenta, refrigerantes, refeições prontas, sal, carne de porco, melancia, café e limão. Considera-se que esses alimentos causam danos ao bebê, inchaço de mãos e pés, irritam o estômago do bebê, não nutrem e engordam (HERRERA-SUÁREZ et al., 2008a; COTTA et al., 2009).

A alimentação durante o período gestacional abre espaço para diversas crenças, sendo que algumas estão relacionadas ao benefício de certos alimentos, como a laranja, que ajuda no desenvolvimento dos pulmões, e o iogurte, para oferecer cálcio ao bebê e fazê-lo nascer com pele branca e suave (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009). O ovo batido ajuda a fortalecer a mulher durante o parto e o caldo de frango contribui para que os filhos nasçam saudáveis (PELCASTRE et al., 2005).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de explorar, nas ações educativas no pré-natal, os conhecimentos e as práticas alimentares das gestantes, para auxiliá-las na escolha de alimentos saudáveis e compatíveis com sua situação de vida (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

Algumas práticas de cuidados durante a gestação visam garantir um parto rápido, fácil e sem complicações para a mulher e o bebê. A realização de exercícios físicos, como caminhadas, e o uso de ervas e de alguns alimentos são exemplos de práticas que ajudam na dilatação e asseguram o bom desenvolvimento do parto, com pouco sofrimento (MEDINA; MAYCA, 2006; MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; ALVAREZ et al., 2007).

Em estudo realizado na Colômbia, as gestantes preparam-se para o parto aumentando seus momentos de descanso, com boa alimentação, evitando alimentos pesados e ingerindo aqueles que dão forças, como as sopas. Para induzir o parto, o aumento das contrações e a dilatação utilizam óleo de rícino, cebola, ovo, canela, incensos, banho de ervas, bebidas quentes, fazem caminhadas e mantém relações sexuais. Acreditam que elementos com características de frio são ruins para o parto e aqueles com característica de quente são bons (MONTROYA, 2007).

Em muitas culturas do México, a hora do parto é percebida como a hora da morte, uma batalha a ser vencida. Esse momento depende da vontade dos deuses, por isso é realizada a invocação dos mesmos durante o parto, para que ocorra tudo

bem. Essa população também acredita na influência de elementos atmosféricos (frio e calor) no momento da parturição, por isso a mulher evita o contato direto ou indireto com tudo aquilo que tem qualidade de frio, pois poderia prolongar as dores do parto (BECERRA, 2001).

A gravidez suscita, ainda, vários mitos relacionados aos riscos de perder a gestação e aos riscos para a saúde da mãe e bebê, principalmente em comunidades nativas da América Latina. No Peru, acredita-se que a mordida de cobra e vômitos diários e contínuos podem induzir o aborto, e que passar por um susto durante a gestação pode fazer com que a mulher convulsione durante o parto (MEDINA; MAYCA, 2006).

Um estudo realizado no México com parteiras relata que, se uma gestante presencia um eclipse, a criança nasce sem boca ou ouvidos ou sem uma mão ou pé, dedos ou nariz, o eclipse pode comer a boca, os lábios, os dentes. Também, se a gestante avista um arco-íris, a criança nasce manchada, principalmente no rosto (PELCASTRE et al., 2005).

Alguns rituais também foram encontrados em culturas mexicanas, presentes no período gestacional. Esses rituais ajudam a purificar o corpo da gestante, varrer do corpo elementos negativos, para dar ânimo e segurança à gestante, trazer a presença dos deuses durante o parto, protegê-la da inveja, curar mal-estar físico e fazer limpeza espiritual. Para isso, são utilizados elementos da natureza, como fogo, água, plantas e terra (BECERRA, 2001).

Outro saber comum em muitas culturas é a associação da gravidez como causadora de problemas bucais, principalmente causando enfraquecimento dos dentes, cáries, sangramento gengival e a descalcificação. No entanto, essa associação não leva ao aumento da procura por cuidados odontológicos, devido à crença de que a mulher grávida tem um quadro bucal abalado como uma situação inevitável do período gestacional. A não procura pelo atendimento odontológico deve-se ao medo de que isso venha causar algum dano à saúde do bebê, podendo levar à sua morte. Tal crença é fortalecida culturalmente e também por profissionais (SILVA; MARTELLI, 2009; FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

Tomadas radiográficas, extração de dentes, produtos químicos como remédios e anestesia são considerados incompatíveis com o período gestacional. Devido a isso, a gestante não busca atendimento odontológico, chegando a

interrompê-lo ou abandoná-lo por conta própria, quando descobre que está grávida (SILVA; MARTELLI, 2009; FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

Os estudos acima citados mostram que há deficiência de orientações quanto à saúde bucal no período gestacional. Contudo, as gestantes acreditam que os problemas na boca afetam a saúde da pessoa e encontram-se receptivas à aquisição de conhecimentos sobre esse tema e outros relativos à gestação. Por isso podem ser consideradas um grupo especial para educação em saúde, pois estão prestes a desempenhar seu papel de mãe e transmitir seus conhecimentos para toda a família.

O cumprimento das normas concebidas culturalmente repercute no crescimento e desenvolvimento do feto e na saúde da mulher. Assim, evidencia-se a importância da compreensão do sistema cultural para prestar um atendimento adequado às gestantes, controlando algumas intercorrências que podem aparecer com práticas errôneas, como a desnutrição da gestante e o baixo peso ao nascer das crianças (MEDINA; MAYCA, 2006).

A partir do exposto, fica evidente que os saberes e práticas de cuidados que envolvem o período gestacional correspondem ao objetivo de manutenção da saúde da mulher e do bebê e de preservação da vida de ambos. Logo, ratifica-se a necessidade de realizar estudos de campo em instituições de saúde acerca do conhecimento dos profissionais sobre as culturas de procedência dos usuários, bem como estudos com homens e mulheres a respeito de suas condições e estilos de vida, crenças e valores, que proporcionem um *insight* sobre como atentar à população para o reconhecimento de riscos e motivar a mudança, e que permitam identificar as barreiras para essa mudança (BECERRA, 2001).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

A trajetória metodológica desta pesquisa está estruturada em um estudo de campo qualitativo do tipo descritivo-exploratório. Entende-se que, para realizar uma pesquisa onde o foco é a cultura dos indivíduos, o tipo de estudo que dá conta de responder aos seus objetivos é o qualitativo, pois este desenvolve aspectos subjetivos da realidade social.

Conforme Minayo (2007, p. 57), o **método qualitativo** é aquele que se aplica ao estudo “da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Para Victora, Knauth e Hassen (2000), o método qualitativo é útil para quem procura compreender o contexto onde algum fenômeno ocorre, propiciando um conhecimento aprofundado desse evento e possibilitando a explicação de comportamentos.

Nas intenções da pesquisa qualitativa, está a de compreender os valores culturais e representações sobre a história e temas específicos de grupos, instituições e atores (MINAYO, 2007).

Optou-se por um **estudo de campo** por ser uma técnica que procura aprofundar, na população em estudo, as questões propostas. É um estudo que focaliza uma comunidade, não necessariamente geográfica, por meio da observação direta e de entrevistas com informantes, para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo (GIL, 2009).

A **pesquisa descritivo-exploratória** procura descrever as características de uma determinada população, proporcionando maior familiaridade com o problema que ela vive, com vistas a torná-lo mais explícito. É habitualmente utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2009).

3.2 Caracterização do cenário do estudo

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo foi a região norte da cidade de Santa Maria/RS, onde está localizada a Unidade Sanitária Kennedy (USK). Nessa região, residem aproximadamente 45.000 habitantes, tendo como bairros integrantes: Vila Brasília, Vila Carolina, Vila Caturrita – parcial, Vila Salgado Filho – parcial, Vila Brenner, Vila Norte, Vila Nossa Senhora do Trabalho, Vila Vitória, Vila Itagiba e Vila Santa Terezinha².

A região norte de Santa Maria está inserida na área urbana do município e apresenta uma série de problemáticas relacionadas às desigualdades sociais, dentre elas os altos índices de desemprego, violência, tráfico de drogas, desnutrição, doenças infectocontagiosas, precariedade de saneamento básico e habitação. A condição de pobreza é a realidade da maioria dos moradores da região.

Na USK é desenvolvido, desde 1993, um projeto de ensino e extensão denominado “Uma parceria entre UFSM e SMSSM na redefinição das ações de atenção básica em saúde na Unidade Sanitária Kennedy”. Esse projeto é desenvolvido pelos Cursos de Enfermagem e Psicologia (este, desde 2001) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com ações de promoção à saúde/cidadania de crianças, adolescentes, mulheres e adultos, de forma a contribuir na consolidação do atual sistema de saúde, bem como reorientar a formação profissional em enfermagem (RESSEL, 2008).

Dentre as atividades realizadas pelo referido projeto encontra-se a consulta de enfermagem às gestantes de baixo risco, que são ofertadas nas segundas e terças-feiras de manhã, das 8 às 12 horas. As consultas são realizadas por uma enfermeira docente da UFSM juntamente com acadêmicos do sexto semestre do Curso de Enfermagem.

Esse atendimento acontece em consultório de enfermagem próprio, com espaço físico adequado para a disposição dos materiais e equipamentos e também para a mobilidade das gestantes, profissionais e acadêmicos de enfermagem que desenvolvem suas atividades. Ainda, neste mesmo consultório, são realizados mensalmente encontros com grupo de gestantes atendidas no pré-natal de enfermagem. Destaca-se que tanto nas

² Informação obtida na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

consultas como nos grupos de gestantes ocorre a participação de familiares a qual é bastante valorizada e incentivada pela enfermeira e pelos acadêmicos.

Nesta pesquisa, os locais de coleta de dados foram o **consultório de enfermagem** da USK, onde eram realizadas as consultas de pré-natal e o grupo de gestantes, e o **domicílio das gestantes** que participaram do estudo, as quais residiam na região acima citada.

A escolha desse cenário para a realização da pesquisa foi devido ao fato de a pesquisadora já ter vivenciado experiências práticas na USK e na região norte, durante a graduação, tanto na disciplina específica de saúde da mulher como em atividade de extensão e durante o Mestrado em Enfermagem.

Ainda, o cenário urbano foi escolhido para o estudo, pois se compartilha da ideia de Langdon e Wiik (2010) de que a cultura é um conceito instrumental para os profissionais de saúde que atuam ou realizam pesquisas, não somente em áreas rurais ou entre populações indígenas, mas, também, no contexto urbano, onde vivem pessoas pertencentes a diferentes classes sociais, religiões, regiões e grupos étnicos. Esses indivíduos apresentam concepções singulares quanto à saúde, doença e terapêutica, bem como concepções particulares referentes a esse processo advindas das diferenças socioculturais. Assim, pressupõe-se que todos têm cultura, e esta cultura determina essas particularidades, o que indica que “as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem” (LANGDON; WIİK, 2010, p. 174).

3.3 Caracterização dos sujeitos do estudo, entrada no campo e critérios de inclusão

De acordo com registros do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), obtidos na USK, foram cadastradas aproximadamente 70 gestantes entre os meses de janeiro e novembro de 2010 no atendimento de pré-natal de enfermagem da unidade. Os sujeitos deste estudo foram as **gestantes** atendidas nas consultas de enfermagem de pré-natal de baixo risco. Vale salientar que essas gestantes realizavam o pré-natal intercalando consultas com o médico da unidade e com a enfermeira.

Após o contato com o coordenador da USK e aprovação pelo Comitê de Ética da UFSM, ocorreu a entrada da pesquisadora no campo por meio da participação nas consultas de enfermagem de pré-natal e nos grupos de gestantes. A pesquisadora foi apresentada às gestantes pela enfermeira docente responsável pelo pré-natal. O convite para participação no estudo foi feito de forma verbal no período posterior à consulta de enfermagem, na própria unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser moradora da região norte de Santa Maria; ser gestante com idade maior de 18 anos; e realizar o pré-natal com a enfermeira na USK durante o período de coleta de dados (entre os meses de março e junho de 2011).

Não participaram deste estudo as gestantes adolescentes, ou seja, mulheres com menos de 18 anos, pois, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente³, considera-se a adolescência compreendida na faixa etária entre 12 e 18 anos.

Uma particularidade da pesquisa qualitativa é quanto à amostragem. Nestes estudos, não é delimitado previamente o número de sujeitos, porém se prevê um número aproximado. O tamanho da amostra é definido pela saturação teórica, que é considerada como sendo o momento em que se interrompe a inclusão de novos sujeitos no estudo devido ao fato de os dados começarem a apresentar redundância ou repetição. Assim, a determinação da saturação da amostra é feita por um processo contínuo de análise de dados que tem começo desde o início da coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Com isso, nesta pesquisa participaram 16 gestantes e sua caracterização estará descrita no capítulo “Conhecendo as gestantes”.

3.4 Procedimentos de coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a junho de 2011, por meio do uso das técnicas de entrevista semiestruturada e de observação participante.

³ Lei Federal nº 8069, publicada no Diário Oficial da União em 16 de julho de 1990.

A entrevista foi elencada para esta pesquisa por permitir discorrer sobre o modo de vida das pessoas, seus saberes e suas práticas, e sobre o ponto de vista em relação ao seu cuidado. De acordo com Minayo (2007, p. 262), a entrevista possibilita a obtenção de “informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar ‘subjetivos’ e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa”.

A entrevista é um instrumento privilegiado para a coleta de dados, pois a fala revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, e também pode transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2007).

Existem diversas variações de entrevistas, que são utilizadas conforme a finalidade dos estudos, porém o êxito de qualquer tipo de entrevista depende da adequada condução do entrevistador. Isso remete à importância do preparo do pesquisador para realização da entrevista, bem como ao conhecimento acerca das características do tipo de entrevista que está utilizando.

Dessa forma, a entrevista não pode ser vista simplesmente como um trabalho de coleta de dados, mas sim como uma situação de interação, onde as informações transmitidas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (MINAYO, 2007).

Optou-se pelo uso da entrevista semiestruturada, pois esta permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem se prender à indagação formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2007).

O método qualitativo usa questões abertas, que propicia ao entrevistado discorrer livremente sobre o conteúdo de sua resposta, já que tal método procura interpretar sentidos e significações dos sujeitos sobre o assunto, o que não permite o uso de perguntas fechadas antecipadamente (TURATO, 2003).

A entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador conhece os temas a serem abordados na entrevista, porém ele não pode prever as respostas. Esse tipo de entrevista permite que a conversa siga uma ordem diferente daquela planejada pelo pesquisador, sendo que o entrevistado pode discorrer sobre um tema sem que lhe tenha sido perguntado, e, também, relatar assuntos não previstos no instrumento, mas que são relevantes ao estudo (TURATO, 2003).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi elaborado pela pesquisadora e contém duas partes: a primeira é composta de questões fechadas referentes aos dados pessoais das gestantes; a segunda contém questões abertas a respeito dos saberes e práticas de cuidado das gestantes, bem como sobre a construção desses saberes.

Realizou-se uma entrevista com cada gestante em seu domicílio. Os encontros foram agendados previamente conforme disponibilidade das mesmas. Ainda, foi solicitada a permissão para o uso de MP4 para gravar as entrevistas, de forma a facilitar sua transcrição e o aproveitamento dos dados. A duração média das entrevistas foi de 22 minutos.

Antes de aplicar esse instrumento na pesquisa, foi realizada uma entrevista-piloto com uma gestante residente na cidade de origem da pesquisadora, a qual serviu para verificar se as questões do roteiro estavam adequadas aos objetivos do estudo e para ter uma noção do tempo necessário para a realização das entrevistas. Assim, verificou-se que as perguntas estavam adequadas e que não apresentavam dificuldades de entendimento.

Além da entrevista, a observação foi utilizada para se obter maior conhecimento da realidade em que vivia cada gestante e suas características individuais, bem como para captar dados relevantes às práticas de cuidado adotadas. De acordo com Victora, Knauth e Hassen (2000, p. 62), realizar uma observação na pesquisa qualitativa significa “*examinar* com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo”.

O tipo de observação realizada foi a observação participante, na qual o observador não é apenas um espectador do fato estudado, mas se coloca na posição e ao nível dos indivíduos que compõem o fenômeno a ser observado. O pesquisador participante tem maiores condições para compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características da vida diária do grupo estudado (GIL, 2006).

Por meio da observação participante, na medida em que o pesquisador convive com o grupo, ele consegue compreender aspectos que vão aflorando aos poucos e também pode retirar de seu roteiro de entrevista questões que percebe serem irrelevantes. Assim, a observação participante ajuda na vinculação dos fatos

a suas representações, bem como a desvendar contradições existentes entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo (MINAYO, 2007).

Mais especificamente, nesta pesquisa foi utilizada a modalidade de observação do tipo observador-como-participante descrita por Minayo (2007). Essa modalidade é utilizada como uma estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos que são considerados relevantes à pesquisa, tratando-se de um modo de observação quase formal, em curto espaço de tempo (MINAYO, 2007).

Dessa forma, foi realizada a observação das gestantes durante as consultas de pré-natal realizadas pela enfermeira, bem como nos encontros do grupo de gestantes da unidade e no domicílio durante as entrevistas, conforme roteiros de observação (APÊNDICE B e APÊNDICE C). No momento das observações, foram tomadas notas de campo, as quais foram transferidas e complementadas no diário de campo, após o distanciamento da pesquisadora do ambiente de observação.

Conforme Minayo (2007), o pesquisador anota no diário de campo, dia por dia, o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista, as impressões pessoais que se modificam, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações quanto aos vários pontos investigados, dentre outras informações relevantes à pesquisa. Segundo a autora, “é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo” (MINAYO, 2007, p. 295).

Como já comentado, minha familiarização com o campo de estudo ocorreu previamente, por meio de práticas de atendimento pré-natal, em outros momentos. Dessa forma, um mês antes de iniciar a coleta de dados realizei atendimentos na USK sem a presença da enfermeira docente, onde pude começar a vislumbrar possíveis gestantes participantes do estudo. Esse período também ajudou para elencar aspectos a serem observados na coleta de dados. Após esse momento, iniciei a coleta de dados participando das consultas de pré-natal de enfermagem juntamente com a enfermeira docente e os alunos de enfermagem da UFSM.

A observação das consultas era feita nas segundas e terças-feiras, no turno da manhã, e a cada consulta, assim como a enfermeira apresentava os alunos às gestantes, apresentava-me como pesquisadora. Após o término da consulta, quando a gestante saía da sala, novamente apresentava-me a ela e fazia o convite verbal

para sua participação na pesquisa. Assim, ressalto que durante a coleta de dados tive contato com outras gestantes que não participaram da pesquisa, sendo que algumas não aceitaram participar e outras inicialmente aceitaram, mas depois houve dificuldade para agendar a entrevista.

Nas consultas foram observados aspectos como a comunicação verbal e não verbal da gestante, o estado emocional, seu comportamento, os principais questionamentos e preocupações, o interesse nos procedimentos e orientações de enfermagem, o relato dos saberes e práticas de cuidados referentes à gestação, bem como os dos mitos desse período, e ainda a presença e interação de acompanhantes e o relacionamento entre gestantes, enfermeira e acadêmicos. Com algumas gestantes acompanhei mais de uma consulta e, com outras, apenas uma, devido a não comparecerem nas consultas agendadas, pela ocorrência do parto ou pelo encerramento da coleta de dados quando constatada a saturação.

As observações também ocorreram durante o grupo de gestantes, o qual é organizado pela enfermeira docente e pelos acadêmicos de enfermagem, sendo observados aspectos semelhantes àqueles das consultas. O grupo é um espaço descontraído de construção do conhecimento, onde as gestantes sentem-se à vontade para expor suas dúvidas e compartilhar seus saberes. Participei de três encontros, cujos temas foram: cuidados durante a gestação, aleitamento materno e preparação para trabalho de parto e parto. Além dos temas propostos, eram discutidos livremente nos grupos outros assuntos sobre a gestação que vinham à tona com o diálogo e que eram preocupações mais importantes, no momento, para as gestantes. Destaco que em cada encontro participavam em média cinco gestantes e podiam ser aquelas que estavam ou não presentes no encontro anterior, portanto as 16 gestantes que participaram do estudo não participaram obrigatoriamente dos grupos, já que este não era um critério de inclusão.

Saliento que minha participação tanto nas consultas como no grupo de gestantes não era de uma mera observadora, eu interagia com as gestantes conversando e participando dos procedimentos e das orientações, o que caracteriza a observação do tipo observador-como-participante.

Posteriormente à observação das consultas, foi feita a visita ao domicílio das gestantes para realização das entrevistas. As visitas ocorreram tanto no turno da manhã como na tarde, e a recepção das gestantes em suas casas sempre foi acolhedora, muitas vezes me era oferecido chimarrão, café ou algum alimento. No

domicílio foi possível conhecer o cotidiano de cuidados das gestantes e interagir com alguns membros de suas famílias, permitindo conhecer sua realidade social.

Esse foi outro momento de observação, onde foram apreendidos aspectos como o estado emocional da gestante, o relacionamento familiar, as condições socioeconômicas, as características da moradia e da vizinhança, a organização dos cômodos no domicílio e as representações de cuidado durante a gestação. Também foi possível perceber discordâncias entre o que era relatado nas consultas e o que ocorria na realidade social das gestantes.

A presença de familiares adultos no momento da visita não foi expressiva, pois poderiam também compartilhar seus saberes a respeito da gestação e o cuidado despendido às gestantes.

Dentre as dificuldades encontradas na coleta de dados esteve o acesso ao domicílio das gestantes. A região apresenta algumas ruas sem identificação, estreitas e com algumas bifurcações, além da numeração das casas não seguir uma ordem lógica. Assim, mesmo com o auxílio de mapa, precisei da ajuda dos moradores, sempre muito atenciosos, para encontrar a residência das gestantes.

Também acontecia de as gestantes esquecerem o dia que estava marcado para a entrevista. Assim, eu chegava em suas casas e não as encontrava, ou telefonava antes da entrevista e elas pediam para marcar para outro dia. Isso fez com que o período da coleta fosse mais longo e cansativo, mas sem ocorrer atraso no tempo previsto. Igualmente contribuiu para que se perdessem três sujeitos do estudo.

Porém, considero a visita domiciliar como ponto fundamental para o alcance dos objetivos do estudo. O ambiente doméstico trouxe maior tranquilidade e comodidade para a realização das entrevistas, bem como viabilizou a aproximação à realidade social das gestantes. Além disso, as interações com as gestantes no domicílio oportunizaram realizar orientações de enfermagem, abordando assuntos que não eram discutidos nas consultas, ajudando na construção conjunta de saberes a respeito da gestação.

Diversas vezes fui convidada a retornar aos domicílios, evidenciando que minha visita era valorizada e entendida como continuidade do atendimento da unidade. A visita domiciliar não é prática rotineira dos profissionais da USK, que se encontrava também sem agentes comunitários de saúde na época da coleta destes dados.

Cabe salientar que, mesmo sendo apresentada como pesquisadora, na maioria das vezes as gestantes me identificavam como enfermeira do serviço de pré-natal. Ao contrário do que aparece em outros estudos, a identificação como profissional foi um ponto positivo, pois facilitou a aproximação com as gestantes e a confiança para responder aos questionamentos formais da entrevista e os informais.

Ao mesmo tempo, também me senti responsável pelo cuidado profissional àquelas gestantes. O maior contato e empatia com algumas delas possibilitou criação de vínculo e até de “amizade”, como afirmado por uma das gestantes.

3.5 Análise e interpretação dos dados

A sustentação teórica/metodológica para a análise e interpretação dos dados esteve fundamentada na **análise temática**, descrita por Minayo (2007), a qual é definida como a descoberta dos *núcleos de sentido*, que constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo analisado. A análise temática é constituída por três etapas (MINAYO, 2007):

- *Pré-análise*, onde ocorre a ordenação dos dados, contemplando a leitura das anotações das observações e das entrevistas, organização dos relatos e dos dados de cada entrevistada. Nesta fase, o pesquisador elabora alguns indicadores para orientar a compreensão do material e a interpretação final, realizando a leitura fluante do conjunto das comunicações, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

- *Exploração do Material*: Nesta fase os dados são classificados de forma a identificar ideias centrais e aspectos relevantes. É uma fase classificatória, que objetiva alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da formulação de categorias.

- *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*, onde os resultados significativos extraídos das informações coletadas são articulados ao referencial teórico, visando responder as questões da pesquisa.

A fim de seguir as etapas da análise temática, primeiramente retornou-se à questão norteadora e ao objetivo do estudo para direcionar a análise. Também foi

realizada a leitura flutuante do material da coleta de dados, com escuta das gravações das entrevistas e transcrição das mesmas, bem como organização do diário de campo. Assim, constituiu-se o corpus composto pelas 16 entrevistas e as anotações do diário de campo que serviram para complementar a análise. Ressalta-se que as observações foram utilizadas para contextualizar as falas das gestantes e na descrição dos sujeitos e cenário do estudo, mas somente as falas se constituíram como exemplo de análise.

O número de entrevistas foi considerado satisfatório, visto que o universo do estudo era bastante semelhante, composto de gestantes residentes na mesma região urbana, com saberes e práticas de cuidados referentes à gestação semelhantes.

Num segundo momento, foi realizada a exploração do material, buscando-se palavras ou expressões significativas presentes nas transcrições das entrevistas, de modo a caracterizar o corpus. Destarte, emergiu o tema “*Tem que se cuidar: saberes e práticas de cuidados da gestação*”, e três subtemas: “*Os cuidados que as gestantes conhecem e fazem durante a gestação*”, “*A construção dos saberes a respeito dos cuidados na gestação*” e “*Os mitos populares sobre a gestação*”.

Posteriormente, cada subtema foi colocado em evidência e as informações obtidas nas entrevistas foram inseridas aos subtemas e organizadas de acordo com cada um. Após, procedeu-se à releitura do material categorizado e à reflexão crítica dos resultados obtidos, para a construção das interpretações da pesquisadora e discussão dos dados apoiada em achados da literatura.

3.6 Aspectos éticos

Entendeu-se necessário assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa. Para tanto, foram observadas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A pesquisa teve início somente após autorização da Unidade Sanitária Kennedy e do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (ANEXO 1) e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (Carta de aprovação

ANEXO 2), sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº: 0375.0.243.000-10.

Previamente ao início da coleta de dados, a pesquisadora informou as gestantes de forma clara e acessível a respeito dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e da não obrigatoriedade de sua participação, e, após, elas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

As gestantes foram informadas de que em qualquer momento da pesquisa poderiam solicitar sua exclusão, sem que houvesse prejuízo em seu atendimento pré-natal. Também foi destacado o seu direito de privacidade, sem haver exposição pública de sua pessoa ou de suas informações em nenhum momento da pesquisa, bem como o comprometimento de resguardar confidencialmente a sua identidade.

As informações deste estudo são de uso exclusivamente científico para a área da saúde e o material obtido na coleta de dados (diário de campo, gravações e transcrições das entrevistas) ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo estudo, Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel, conforme estabelecido no Termo de confidencialidade, privacidade e segurança dos dados (APÊNDICE E). Após o período de 5 anos, o referido material será eliminado por meio da destruição dos registros e da exclusão dos arquivos digitais obtidos durante a realização das entrevistas.

O anonimato das participantes ocorreu no sentido de preservar sua identidade, utilizando-se nomes de mulheres fictícios escolhidos aleatoriamente para identificação das participantes no relatório da pesquisa. Os nomes usados não corresponderam aos nomes verdadeiros de nenhuma das participantes.

Além disso, o processo interacional para a realização desta investigação foi permeado, em todos os momentos, pelo respeito à individualidade, aos valores e à cultura de cada gestante participante do estudo.

Os benefícios deste estudo estão implicados na produção de conhecimento acerca do tema dos saberes e práticas de cuidados do viver gestacional. Tal conhecimento poderá contribuir para qualificar a assistência pelo desenvolvimento de estratégias de atuação junto a gestantes, como ações educativas, beneficiando não só as participantes do estudo como outras gestantes e também os enfermeiros e outros profissionais de saúde. Durante a própria coleta de dados, as gestantes já foram beneficiadas pelo cuidado de enfermagem realizado pela pesquisadora.

Os riscos na participação da pesquisa envolviam a mobilização emocional da entrevistada durante a coleta de dados. Essa situação ocorreu apenas uma vez, e, após escuta atenta da pesquisadora, a gestante não achou necessário atendimento psicológico na USK.

Quanto à divulgação dos resultados, esta ocorrerá por meio de publicação em periódicos e eventos na área da saúde. Após a aprovação do relatório da pesquisa, será enviada uma cópia do mesmo para a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e o serviço de saúde envolvido na pesquisa, com intuito de divulgá-lo e colocá-lo à disposição de todos os profissionais que atuam no serviço.

4 CONHECENDO AS GESTANTES

Neste capítulo são apresentadas as participantes do estudo, por meio de dados referentes às suas características individuais, familiares e do local onde vivem.

Fizeram parte deste estudo 16 gestantes com idade média de 27 anos, sendo que a mais jovem tinha 18 anos e a de mais idade tinha 40 anos. A maioria das gestantes encontrava-se no período de idade adequado para o desenvolvimento da gestação, ou seja, entre 15 e 35 anos, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Apenas quatro gestantes estavam fora desse período, pois tinham idades de 37, 38, 39 e 40 anos.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo que buscou caracterizar o perfil das gestantes atendidas na USK entre 2009 e 2010. Os achados mostraram que a média de idade das gestantes foi de 26 anos, estando entre os 13 e 46 anos, e, do total de 88 mulheres, apenas 12 encontravam-se fora da idade favorável para a gestação (ALVES, 2011).

Quanto ao estado civil, 12 gestantes possuíam união estável, uma era separada, uma era casada e duas eram solteiras. Esse dado é característico das regiões urbanas periféricas e vem ao encontro da nova realidade brasileira, onde as uniões consensuais estão substituindo os casamentos legais, como pôde ser observado com o decréscimo nas taxas de nupcialidade, que era 13 casamentos por mil habitantes em 1974 e caiu para 6,5 em 2009 (BRASIL, 2009c).

Uma das gestantes relatou ser casada no religioso. Das gestantes solteiras, uma delas possuía namorado, que contribuía com as despesas da gestação, e estavam aguardando a construção da casa para morarem juntos. A outra gestante solteira não tinha relação com o pai do bebê e era sustentada pela mãe. A gestante separada estava grávida de seu ex-marido, que pagava pensão a seus filhos, ajudando financeiramente com a gestação. Percebe-se que, aparentemente, a maioria das gestantes teve a presença constante do pai do bebê no processo gestacional, fator importante para que elas tivessem apoio tanto financeiro como emocional. O mesmo foi demonstrado como resultado na pesquisa acima citada,

onde 73 mulheres, de um total de 88, eram casadas ou tinham companheiro (ALVES, 2011).

A respeito da escolaridade das gestantes, seis delas possuíam o ensino médio completo e três estavam com o ensino médio incompleto, sendo que uma delas permanecia estudando; outras quatro referiram ter concluído o ensino fundamental e apenas três o tinham incompleto. A baixa escolaridade (menos de cinco anos de estudo regular) é considerada fator de risco gestacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), não estando presente para a maioria das gestantes deste estudo.

Referente à naturalidade das gestantes, 14 delas tinham Santa Maria como sua cidade de origem. As outras duas cidades de origem foram Cacequi e Tuparendi, ambas cidades gaúchas, porém as duas gestantes naturais dessas cidades já residiam há bastante tempo em Santa Maria.

Já, no que diz respeito à etnia dessas mulheres, percebeu-se a predominância da etnia brasileira e também o fator da miscigenação, sendo citadas por elas as etnias: brasileira; brasileira e alemã; alemã; afro-brasileira; brasileira e indígena; italiana e alemã; brasileira e italiana; italiana; brasileira, espanhola e indígena. A sociedade brasileira é caracterizada pela miscigenação devido à sua história de colonização, escravidão e de destino de imigrantes europeus, bem como a população do Rio Grande do Sul é marcada pelas descendências alemã e italiana (BRASIL, 2007).

Quanto à religião, sete disseram ser católicas, e cinco, evangélicas, as outras quatro gestantes referiram não seguir nenhuma religião. Considera-se que o local de origem, a descendência e a religião são fatores que influenciam na construção dos saberes e nas práticas de cuidados dos indivíduos. No entanto, esses não foram pontos analisados neste estudo, pois não eram contemplados pelo seu objetivo.

A média da idade gestacional foi de 28 semanas no momento da entrevista, com mínima de 17 e máxima de 39 semanas, sendo que sete gestantes estavam no segundo trimestre gestacional e nove no terceiro trimestre. Quanto ao número de filhos, nove gestantes tinham apenas um filho, duas tinham dois filhos, uma estava com quatro e uma com oito filhos; das três sem nenhum filho, todas eram primigestas. Ainda, nove gestações foram planejadas, e sete gestações, não planejadas.

Novamente, relacionado à paridade, os dados foram semelhantes aos do estudo sobre o perfil das gestantes da USK, onde aproximadamente 80% das mulheres não tinham filhos ou tinham até dois filhos (ALVES, 2011). Esses dados remetem à tendência da sociedade brasileira em que a taxa de fecundidade decresceu a partir da década de 80, chegando à média de dois filhos por mulher em 2006 (BRASIL, 2009b).

Ainda, o risco gestacional referente à multiparidade (cinco ou mais gestações) esteve presente em apenas uma das gestantes. Conforme o Ministério da Saúde, o elevado número de gestações e partos é um fator de risco gestacional responsável por morbimortalidade materna (BRASIL, 2006).

O número de consultas de pré-natal que já haviam sido realizadas no momento da entrevista teve média de 6,5 consultas. Ressalta-se que, para dar esta informação, as gestantes tinham como base o cartão da gestante, portanto estão somadas aqui as consultas com o médico obstetra da unidade. O mínimo de consultas encontrado foi uma e o máximo 16 consultas, sendo que apenas uma gestante havia realizado somente uma consulta, oito tinham entre três e seis consultas e sete tinham mais de seis consultas.

O acesso à assistência pré-natal é essencial para que a gestação transcorra sem problemas tanto para a mãe quanto para o filho, ou para que haja acompanhamento adequado nas situações de risco. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, tendo início até o quarto mês de gestação (BRASIL, 2006).

Quanto à renda, 15 gestantes informaram o valor aproximado dos rendimentos daqueles membros que sustentavam a família. O valor médio da renda familiar foi de R\$ 864,66, correspondente a 1,6 salário mínimo⁴, sendo que o menor valor informado foi de R\$ 150,00 e o maior de R\$ 2.000,00. As rendas eram provenientes do trabalho do casal, somente do companheiro ou da gestante e pensões, havendo ainda auxílios como o dos sogros. O estudo de Alves (2011) apontou que 73,8% das gestantes tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Das 16 gestantes, apenas seis tinham algum tipo de ocupação remunerada, dentre as quais: vendedora de lingerie, camareira, atendente de padaria, vendedora

⁴ O valor do salário mínimo em março de 2011 correspondia a R\$ 545,00, conforme a Lei nº 12.382, publicada no Diário Oficial da União em 25 de fevereiro de 2011.

em loja, dona de salão de beleza e vendedora de roupas. Quanto à ocupação dos companheiros das gestantes (residentes na mesma casa), dois encontravam-se desempregados, e um fazia biscates com compra e venda de cavalos. Dentre a ocupação dos outros 11 companheiros, foram citadas: pedreiro, colocador de gesso, copeiro, porteiro (2), madeireiro, zelador, operador de máquinas, servente de obras, promotor de vendas e militar.

Referente à constituição das famílias, oito gestantes residiam com seu companheiro e os filhos, três com o companheiro e outras pessoas, e cinco com o companheiro, os filhos e outras pessoas. Dentre as outras pessoas residentes nos lares das gestantes encontravam-se: mãe, sogros, cunhada, neto, enteada, irmãos, sobrinha, padrasto e nora.

Quanto às características das residências, nove casas eram de alvenaria e sete de madeira. Todas referiram ter água encanada e tratamento de esgoto, no entanto o tratamento de esgoto não acontece em toda a região norte de Santa Maria, podendo algumas casas possuir fossas sépticas. Uma das gestantes morava nos fundos da casa da sogra e não possuía banheiro na sua casa; a família utilizava o banheiro da sogra. Observando os domicílios, percebi que três gestantes aparentavam ter razoável condição socioeconômica, tendo suas casas bem organizadas e equipadas. Já outras sete gestantes aparentaram ter condições mais limitadas, sendo que duas casas possuíam o piso de tábuas com o chão instável e outras duas tinham a cozinha com chão batido. Ainda, uma das gestantes possuía um chiqueiro nos fundos da casa que deixava um mau odor na residência.

Quanto às características do local da residência, 10 gestantes residiam em ruas asfaltadas ou com calçamento, tendo a vizinhança aspecto de condições socioeconômicas favoráveis. Já as outras seis residiam em região de baixa condição socioeconômica.

5 TEM QUE SE CUIDAR: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADOS DA GESTAÇÃO

Este capítulo apresenta os dados encontrados no estudo, bem como a análise e a discussão dos mesmos. Desta forma, apresenta-se o tema *Tem que se cuidar: saberes e práticas da gestação* e seus subtemas: *os cuidados que as gestantes conhecem e fazem durante a gestação; a construção dos saberes a respeito dos cuidados na gestação e os mitos populares sobre a gestação*, construídos a partir da análise temática.

Quando questionadas sobre os cuidados que eram necessários durante a gestação, as participantes respondiam que era necessário “**se cuidar**”, conforme demonstram as falas abaixo:

“[...] tem que se cuidar...” (Amanda)

“[...] tem que se cuidar o máximo que puder.” (Maria)

“[...] a gente se cuida como se não estivesse grávida, tem que se cuidar em dobro.” (Betina)

“[...] só se cuidar bem...” (Débora)

As gestantes demonstram entendimento de que é preciso se cuidar. Num primeiro momento não explicitam o que significa “se cuidar”, porém, no decorrer da entrevista, elas explanavam como ocorre esse cuidado. Assim, entende-se que, ao descobrirem-se grávidas, as mulheres passam a tomar alguns cuidados e também mudam alguns hábitos para garantir uma gravidez segura e tranquila até o seu desfecho.

Durante a gravidez, a mulher pode desejar mudar comportamentos de risco para o bem-estar de seu filho. Em relação à alimentação, ela pode optar por alimentos e líquidos que otimizem o crescimento fetal, mesmo que não sejam de sua preferência. Não irá usar medicamentos sem orientação médica, talvez possa parar de fumar e incluir o exercício em sua rotina diária. As mudanças durante a gestação podem ser maiores e melhores do que em outro período, quando a mulher estaria preocupada somente com seu próprio bem-estar (ORSHAN, 2010).

A gestação é considerada um período de espera e incertezas, gerando uma carga emocional na gestante, a qual desenvolve práticas de cuidados físico e psíquico, para diminuir a ansiedade e os temores. Em diversas culturas se considera a maternidade como uma fase suscetível da mulher, onde ela precisa cuidar-se, se autorreconhecer e autoprotger, evitando os riscos inerentes a esse período. A preparação para o nascimento do filho implica numa mudança consciente no estilo de vida, assim a mulher usa diversas práticas de cuidados de si e de seu filho (HERNÁNDEZ, 2008).

O estudo de Junges (2010) mostrou que estar gestante implica aceitar como normais ou não as modificações físicas, emocionais e culturais. As gestantes de seu estudo indicaram que a gestação estava sendo vivenciada como um processo natural e com poucas alterações.

5.1 Os cuidados que as gestantes conhecem e fazem durante a gestação

Este subtema aborda os saberes das gestantes a respeito da gestação e as práticas de cuidados que elas fazem para manter uma gestação saudável e sem intercorrências tanto para elas como para seus filhos. Os cuidados que as gestantes referiram são as práticas que elas sabem que devem ser feitas na gestação e as práticas que elas fazem. Nas falas isso aparece misturado, ou seja, elas falam dos cuidados que sabem e dos cuidados que fazem.

Os principais cuidados que as mulheres referiram ter durante a gestação são relacionados à realização do pré-natal, alimentação, repouso, esforço físico, desgastes emocionais e uso de álcool, cigarro e drogas, como percebemos nas falas abaixo.

“[...] não pode fazer muita força, tem que ir uma vez por mês fazer consulta, não pode comer muita fritura...” (Betina)

“[...] não erguer peso. Descansar. Não fumar, não beber, não usar droga [...] e fazer o pré-natal.” (Larissa)

“Ah, evitar fumar, beber, se incomodar, não fazer as coisas, fazer força.” (Isabela)

Observa-se que os cuidados presentes nas falas das gestantes estão relacionados a diversos aspectos, tanto físicos como emocionais, sendo fatores que interferem no desenvolvimento da gestação.

Isso apareceu igualmente no estudo de Siqueira (2003), realizado com agentes de saúde, sobre os cuidados com as mulheres desde a gestação até o pós-parto. A autora também observou que os principais cuidados na gestação estão relacionados à procura da gestante pelo atendimento pré-natal, bem como com a boa alimentação, repouso e não fazer esforço físico.

Dessa forma, considera-se que a atenção à gestante no período pré-natal é complexa, abarcando várias especificidades de acordo com as necessidades de cada mulher, o que exige do enfermeiro habilidades que não se restringem ao conhecimento técnico-científico, como sensibilidade e criatividade.

5.1.1 A importância da atenção pré-natal

Um dos cuidados fundamentais apontados pelas gestantes foi a realização das **consultas de pré-natal**.

“Eu acho que o pré-natal, não pode faltar às consultas, eu nunca falto, e sempre tem algo pra gente aprender...” (Vanessa)

“O pré-natal que é o principal [...] estou indo nas consultas, fui atrasada, mas estou indo certinho quando tem, e cada vez que eu sinto alguma coisa diferente eu vou no posto...” (Isabela)

“É fazer um pré-natal direitinho, bem certinho, seguindo orientações que o médico e vocês recomendam, dizem pra gente seguir, é importante.” (Helena)

“Procurar o doutor, fazer um pré-natal bem feito...” (Giovana)

“Tem que ir no ginecologista sempre. Sempre consultar. Ver como é que está o nenê...” (Paloma)

“[...] ir ao médico, tem que fazer o pré-natal direitinho...” (Tamara)

O atendimento pré-natal foi considerado muito importante pelas gestantes, e justificado por elas como possibilidade para acompanhar o desenvolvimento do bebê e saber que está tudo bem com ele, bem como para receber orientações que ajudam em suas práticas de cuidados e avaliar qualquer alteração ou desconforto

que se apresente neste período em seu corpo. Nas visitas domiciliares, onde eram realizadas as entrevistas, esse discurso também era bastante reforçado e as gestantes faziam questão de mostrar suas pastas onde guardavam todos os documentos, carteira da gestante, exames e material que recebiam no pré-natal. Elas também relatavam que essa prática de cuidado é sempre lembrada e bastante incentivada pelos seus familiares.

Ainda, nas observações, foi possível perceber que a maioria das gestantes procurava manter uma periodicidade de procura do atendimento pré-natal, tanto com a enfermeira como com os médicos da unidade. Os exames laboratoriais também eram realizados sempre que havia solicitação do médico e a imunização antitetânica geralmente estava adequada à necessidade de vacinação.

No estudo de Baruffi (2004), as gestantes demonstraram igualmente o conhecimento da importância do pré-natal, havendo preocupação com a continuidade das consultas e realização dos exames para o bem-estar do bebê.

A gestação é um período de intenso aprendizado para os pais e as pessoas próximas a eles. Assim, o pré-natal é um espaço adequado de preparo físico e psicológico para o parto, nascimento e maternidade/paternidade, bem como é uma oportunidade ímpar para a enfermeira e os demais profissionais de saúde atuarem sobre os hábitos de saúde da família (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005).

Dentre os objetivos do cuidado pré-natal estão: acompanhamento sequencial da gestação e do crescimento e desenvolvimento do feto; definição do estado de saúde da mãe e do feto, com identificação e tratamento de doenças preexistentes e intercorrências que possam trazer riscos para a gravidez; favorecer uma gestação com o mínimo de desconforto físico e emocional e o máximo de gratificação, com assistência psicológica e educacional; preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido e maternidade/paternidade; favorecer o nascimento de uma criança saudável, bem como o estabelecimento de bons hábitos de saúde e de relacionamentos positivos entre a criança, a mãe e as pessoas próximas (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005), vindo ao encontro das justificativas das gestantes sobre a importância do pré-natal.

Ainda, foi reforçada pelas gestantes a importância de fazer todos os **exames** que são preconizados no pré-natal.

"[...] faço os exames que o médico manda, vou lá consultar com eles, já manda fazer o exame eu vou lá e faço..." (Maria)

“[...] fazer o ultrassom, e ver se está tudo direitinho [...] fazer os exames certinho...” (Rafaela)

“[...] o ultrassom pra saber certinho como é que está o bebê...” (Giovana)

“Eu fui nas consultas. Eu fiz todos os exames...” (Tamara)

No entendimento das gestantes, os exames também são importantes para saber que está tudo bem com a gestação e acompanhar o desenvolvimento do bebê, principalmente a ultrassonografia. Nas observações das consultas, foi possível apreender que as gestantes davam bastante valor à ultrassonografia, pois esta era a melhor forma de saber que o bebê estava se desenvolvendo normalmente. Assim, as gestantes e os familiares solicitavam à enfermeira que lhes explicasse os resultados presentes no exame. Ademais, é a forma de descobrir o sexo do bebê e poder começar a criar uma imagem para o filho. Nas visitas domiciliares, também eram solicitadas explicações do que diziam os exames de sangue e a ultrassonografia.

No estudo de Piccinini et al. (2004), o desencadeamento de reações como tranquilidade, felicidade, emoção e sensação de presença concreta do bebê foi citado por homens no acompanhamento da realização da ultrassonografia de suas companheiras gestantes.

Considera-se que é importante explicar às gestantes quais são os exames que elas realizam no pré-natal e por que eles são necessários, pois elas apenas sabem que devem fazer os exames para seu bem-estar e do bebê, mas não compreendem essa importância.

No mesmo sentido, Espírito Santo e Moretto (2005) afirmam que a gestante deve ser esclarecida sobre a indicação dos exames laboratoriais e deve dar consentimento para a realização dos mesmos, especialmente sobre o teste anti-HIV que só deve ser realizado após o aconselhamento pré-teste. A respeito da ultrassonografia, estas autoras indicam que este exame pode ser realizado em torno de 11 semanas de gestação, para definir a idade gestacional, determinar o número de fetos e realizar medida de translucência nugal.

A gestação é vivenciada de forma diferente para cada mulher e este foi um discurso que esteve bastante presente na fala das gestantes.

“Uma gestação é diferente da outra, cada mulher, uma é diferente da outra...” (Fátima)

“[...] dizem que a primeira gravidez não é a mesma que uma segunda, a segunda não é a mesma que uma terceira. Elas têm diferença. Cada gravidez é diferente da outra...” (Cecília)

“[...] essa assim eu digo que é a que eu mais estava preparada, que das gurias foi muito cedo...” (Rafaela)

“[...] essa aqui está sendo diferente, porque é segunda, daí eu já penso nesse aqui também, daí já é duas pessoas...” (Elisa)

O entendimento delas é que cada gestação é singular, tanto para cada mulher quanto para cada gestação de uma mesma mulher. Os momentos em que ocorrem e a maturidade da mulher também influenciam a gestação. Elas relatavam essas diferenças comparando as gestações de seus filhos, diziam que uma foi mais tranquila, ou que houve mais dores, que podiam trabalhar ou que fizeram mais repouso, dentre outros cuidados. Assim, no pré-natal a enfermeira precisa ter sensibilidade para compreender o contexto em que ocorre a gestação de cada mulher, de forma a poder atender as necessidades específicas das gestantes. Isso significa ter um olhar para as singularidades do indivíduo e inclui também o conhecimento de sua cultura.

Como a atenção de enfermagem no pré-natal visa atender às necessidades da gestante e de sua família de maneira individualizada e humanizada, destaca-se a necessidade de estabelecer uma relação interpessoal de confiança e respeito mútuos. Ainda, é preciso dar ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, motivando a gestante para o autocuidado (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005).

Ressaltam-se algumas situações específicas que estavam sendo vivenciadas pelas gestantes e foram observadas durante a pesquisa: separação do companheiro (*Vanessa*); idade avançada (*Cecília, Maria, Elisa*); hipertensão arterial (*Maria*). Dessa forma, observaram-se algumas preocupações das gestantes durante as consultas, as quais direcionavam as condutas no atendimento.

A gestante *Amanda* estava vivenciando sua primeira gravidez e representava estar ansiosa com o fim da gestação e com grande vontade de conhecer o bebê. Igualmente, *Rafaela*, grávida pela terceira vez, relatava estar cansada no fim da gestação, queria que chegasse logo a hora do parto para conhecer o bebê. *Giovana* estava apreensiva pelas dores no baixo ventre, pois estava chegando a “hora”; ela estava bastante nervosa, tinha medo de que acontecesse alguma coisa com o bebê, que passasse da hora do parto, e seu companheiro também estava bastante preocupado. Assim, as consultas com estas gestantes visavam à preparação para o

parto, procurando acalmá-las com explicações sobre os sintomas do trabalho de parto, bem como os cuidados com o recém-nascido, principalmente para *Amanda*, que iria ter seu primeiro filho.

Cecília vivenciava a sua terceira gravidez, após 21 anos da primeira. Tinha 40 anos e sua idade a deixava bastante preocupada pelos riscos à gestação e também por ter sofrido um aborto um ano atrás. Nas consultas, ela relatava dor intensa nas costas e no baixo ventre, dizia estar bastante sensível emocionalmente. Por vezes, ela procurava o atendimento de enfermagem mesmo sem agendamento, para poder desabafar. Dizia ter medo de acontecer algo ruim com o bebê, e sentia como se fosse a primeira gravidez, receosa de deixar passar a hora do parto. Nas consultas de enfermagem, ela era sempre acolhida e suas angústias eram ouvidas, bem como era valorizada a ausculta dos batimentos cardíacos fetais para tranquilizá-la de que o bebê estava bem.

Já a gestante *Maria*, em sua décima gestação, demonstrava bastante preocupação com alterações em sua pressão arterial, que se apresentou elevada por um período da gestação. Ela ficava apreensiva, pois, ao procurar atendimento médico na USK e no serviço de pré-natal de alto risco da cidade havia divergências nas condutas dos profissionais, um médico dizia que era normal e outro dizia que não. Também demonstrou bastante medo de não conseguir levar a gestação até o final e achava que sua idade (38 anos) não era favorável à gestação. Além da escuta atenta às suas angústias, conversava-se muito com esta gestante sobre cuidados para manter os níveis pressóricos normais, como a alimentação com reduzida quantidade de sal, e também foi solicitado que ela procurasse o atendimento mais frequentemente, para verificar a pressão arterial, bem como retornasse ao serviço de pré-natal de alto risco.

Outra gestante com necessidades específicas era *Vanessa*, na quinta gestação, que havia se separado de seu companheiro recentemente, antes de descobrir a gravidez. Nas consultas, ela relatava constantemente os problemas familiares que vivia devido à separação com seu marido e as discussões com seu filho mais velho. Assim, essa gestante era ouvida e se buscava alternativas, juntamente com ela, para melhoras no relacionamento familiar.

Com o exposto, evidencia-se que as vivências de cada gestação são diferentes tanto nos aspectos físicos, quanto nos culturais, como nos emocionais.

Nesse sentido, as preocupações de cada gestação se diferenciam, assim como as práticas de cuidados, abrindo espaço para a construção de novos saberes.

Na prática do acompanhamento pré-natal já estabelecido é possível incrementar a qualificação desse trabalho por meio de enfoque específico à percepção dos valores de vida, condições sociais e modos de enfrentamento de problemas, e isso condiciona uma atenção mais próxima às necessidades individuais das gestantes (DIÓZ, 2006).

Espírito Santo e Moretto (2005, p. 111) ressaltam que o cuidado pré-natal de enfermagem não tem apenas o objetivo de “promover um nascimento saudável para o bebê, mas também promover satisfação para a mãe e a família com a experiência da gestação”.

5.1.2 A alimentação

A expressão de cuidado referida pelas gestantes quanto à **alimentação** destaca-se como um cuidado essencial, verificado nas falas a seguir:

“[...] tem que cuidar com a comida, o que come...” (Débora)

“Eu estou me cuidando na alimentação...” (Maria)

“[...] cuidar muito a alimentação...” (Vanessa)

“[...] cuidado na alimentação...” (Helena)

A alimentação foi considerada um dos principais cuidados e esteve presente em todas as entrevistas. As participantes consideraram importante que durante a gestação a mulher tenha hábitos de alimentação saudáveis que vão refletir no desenvolvimento do bebê e contribuir para o não aparecimento de problemas de saúde à gestante. Em um dos grupos de gestantes, foram observados relatos das participantes de que, na gravidez, passaram a ingerir alimentos que não consumiam antes, bem como afirmaram que “o bebê come tudo o que a gestante come”.

Na alimentação das pessoas estão presentes duas lógicas, a sociocultural e a do conhecimento científico. No entanto, mesmo que a racionalidade técnico-científica esteja bastante presente e seja reforçada pelo discurso biomédico na assistência pré-natal, em várias culturas as crenças, os valores, os gostos, as

prescrições e interdições alimentares têm grande importância para as mulheres grávidas (BAIÃO, DESLANDES, 2006).

Uma alimentação saudável, não somente na gestação, contribui para a qualidade de vida das pessoas e ajuda a impedir o aparecimento de diversos agravos à saúde, ocasionados tanto pela carência de nutrientes quanto pelo excesso.

Concernente à gestação, a carência de determinados nutrientes pode ocasionar agravos à saúde da mulher e do concepto, como a anemia nutricional, considerada a principal e menos visível complicação da gestação (RIFFEL, 2005). Por outro lado, o excesso de nutrientes pode levar ao aumento de peso da gestante, o que relaciona-se diretamente à maior incidência de diabetes gestacional, síndrome hipertensiva da gestação, pré-eclâmpsia e macrossomia fetal (NUCCI et al., 2001).

Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza que deve haver na consulta pré-natal a promoção da alimentação saudável, com enfoque na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; bem como para incentivar a suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A (BRASIL, 2006).

No entanto, a abordagem dos riscos nutricionais na gestação, numa visão científica, não é suficiente, visto os altos índices de mortalidade materna. O que remete a atentar para outros aspectos que determinam a alimentação das pessoas além dos aspectos biológicos, como os fatores econômicos, sociais, culturais e emocionais. Nesse sentido, concorda-se com Baião e Deslandes (2006, p. 246), ao afirmarem que “os preceitos científicos tornam-se impotentes diante de algumas interdições e prescrições, particularmente associadas aos valores culturais e ao simbolismo dos alimentos”.

Em muitas sociedades, acredita-se que, ao engravidar, as mulheres devem modificar a dieta de alguma forma, pois as prescrições e proibições durante esse período visam proteger mãe e filho e, se não forem respeitadas, podem causar deformações ou danos físicos no bebê (HELMAN, 2003). Nessa direção, os relatos das gestantes são coerentes, pois a preocupação com o bebê saudável as fazia ingerir novos tipos de alimentos e mudar sua dieta, conforme observado nos seus relatos nos grupos de gestantes e nas consultas de enfermagem.

Ainda, numa perspectiva cultural, o ato de alimentar-se constitui uma transmissão direta ao filho, não só dos nutrientes, mas também de parte do legado que a mãe transmite ao filho (HERNÁNDEZ, 2008).

As gestantes deste estudo consideraram que durante a gestação elas poderiam ingerir todo tipo de alimento, porém **não deve haver exageros** e é preciso dar preferência às **comidas “leves”**.

“[...] comida acho que dá pra gente comer, experimentar de tudo, às vezes, pouco, não exagerado também...” (Maria)

“[...] comer eu acho que a gente pode comer de tudo, só de noite também não exagerar...” (Rafaela)

“[...] acho que só se comer em excesso alguma coisa, eu sempre comi de tudo durante a gravidez, só que eu evito um pouco de coisa assim, a carne de porco que é muito pesada eu evito, eu como pouquinho...” (Vanessa)

“[...] alimentação bem saudável, nada muito gorduroso, nem muito exagerado...” (Isabela)

“[...] como comida leve, não como coisa muito pesada...” (Giovana)

O discurso das gestantes demonstra a compreensão de que a mulher pode comer normalmente durante a gravidez, porém precisa ter mais cuidados. Comer sem exageros relaciona-se a evitar comer muito e ingerir comidas gordurosas e pesadas, como a carne de porco. Esse entendimento era comum no grupo e fazia parte de suas práticas de cuidados em relação à alimentação na gestação.

Devido às necessidades nutricionais elevadas, a gestante precisa ingerir todos os tipos de nutrientes, o que não justifica o aumento excessivo na quantidade de alimentos, como é comum no saber popular de que “a gestante precisa comer por dois”. A fala das gestantes expressa o saber de que elas podem comer normalmente, mas que a ingesta não precisa ser exagerada. Foram observados, durante as consultas e nas entrevistas nos seus domicílios, comentários das gestantes de que os familiares insistiam para que elas comessem grande quantidade de alimentos, no entanto elas não acreditavam que precisassem comer por duas pessoas.

Em um estudo sobre comunidades nativas do Peru, foi relatado, concernente à alimentação, que as gestantes se organizam e consomem alimentos de acordo com o que sabem e têm ao seu alcance. Acreditam que as mulheres devem cuidar melhor da alimentação devido à gravidez e que ela deve ser proveniente principalmente da natureza, como frutas, peixes e arroz (ALVAREZ et al., 2007).

Percebe-se, na compreensão das gestantes da presente pesquisa, uma preocupação semelhante ao estudo acima referido, retratada por uma alimentação saudável, representada como “leve e sem exageros”.

No estudo de Baião e Deslandes (2010), a comida considerada como mais indicada na gestação era categorizada como comida saudável, comida leve e comida natural, sendo representada por sopas e caldos, arroz e feijão, pão, galinha, frutas, verduras e legumes. Esses alimentos eram reconhecidos como comida de verdade, que não enche e que é mais nutritiva. No entanto, esse tipo de alimentação era quase inexistente nas práticas alimentares das gestantes, sugerindo uma influência do discurso científico.

Dentre os alimentos tidos como essenciais na gestação, foi considerado pelas gestantes que é muito importante que a mulher consuma **alimentos ricos em vitaminas**.

“[...] eu comia muita verdura assim, laranja, beterraba [...] até suco de laranja com beterraba eu fazia. Comia bastante aqueles bifes de fígado [...] Eu acho que é bastante vitamina, fruta, verdura. Se alimentar bem.” (Fátima)

“[...] tem que comer mais é comida leve assim, mais é fruta, verdura, legumes...” (Maria)

“[...] comer fruta, coisas que tenham mais vitamina.” (Jamile)

“[...] eu como bastante fruta, verdura...” (Amanda)

“Fruta eu como bastante. O que mais eu como é bergamota. Eu gosto de bergamota.” (Larissa)

Os alimentos referidos como benéficos na gestação e ricos em vitaminas são as frutas, verduras e legumes. Foi citado ainda o bife de fígado, que está relacionado à necessidade de suplementação de ferro. As frutas, verduras e legumes eram considerados os alimentos “leves”, que devem ter preferência na alimentação das gestantes, conforme destacado nas falas anteriores.

Estudos realizados com mulheres em Bogotá e em Guadalajara apontam que as frutas são apreciadas pelas gestantes como essenciais na alimentação durante a gestação, são mais suaves e toleráveis no primeiro trimestre, devido às náuseas e vômitos, e também favorecem o controle da constipação e ajudam no desenvolvimento das defesas do bebê (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; HERRERA-SUÁREZ et al., 2008a).

Igualmente, em pesquisa realizada no Município de Teixeira/MG, das gestantes que referiram ter mudado hábitos alimentares, 71,42% relataram maior inclusão de frutas e verduras na alimentação por serem mais saudáveis ao bebê (COTTA et al., 2009).

No estudo de Junges (2010), a respeito da influência da cultura na alimentação de gestantes, aumentar ou iniciar o consumo de frutas e verduras foi aceito como uma prática saudável, transparecendo no discurso das gestantes um saber idealizado e uma prática desejada. Porém, verificou-se que o consumo de frutas, verduras e legumes era restrito tanto por motivos econômicos quanto culturais.

Entretanto, mesmo havendo o entendimento da importância de alimentos ricos em vitamina na alimentação da gestante, houve no grupo em estudo algumas resistências quanto à sua ingestão:

“[...] não como fruta, de vez em quando, é muito difícil, a mãe diz que tem que comer, mas eu não como...” (Isabela)

“[...] eu não sou muito de cenoura, beterraba, essas coisas acho que de tanto eu comer eu enjoiei, então eu como, mas dá pra contar nos dedos, mais é salada verde que eu compro, até eu como...” (Maria)

“Eu como pão, fruta, bolo. Eu já tentei até comer só fruta, mas não sustenta, sabe, porque eu gasto muita energia no serviço. Então não sustenta. Daí eu tenho que comer alguma coisa a mais, que sustente o estômago.” (Betina)

Para essas gestantes o consumo de frutas e verduras ocorre devido às recomendações de sua importância, mesmo que não seja de seu agrado. Justificam isso relacionando ao gosto pessoal por certos tipos de alimentos, por terem enjoado e por não dar sustentação calórica para o trabalho. Elas consomem frutas, verduras e legumes por ouvirem em seu entorno social da importância desses alimentos, mas não por terem prazer em comê-los e nem por serem conscientes de seus benefícios.

As evidências de que a ingestão de frutas, legumes e verduras ajuda a prevenir o aparecimento de doenças são transmitidas à população de maneira numérica e unilateral por meio de recomendações alimentares, o que não garante a adesão ao consumo adequado desses alimentos. Portanto, é preciso retomar o alimento como expressão cultural, valorizando os saberes da população (GOMES, 2007).

Os alimentos básicos como **o arroz e o feijão** não foram esquecidos nas falas das gestantes:

“[...] arroz a gente pode comer, mas não exagerado...” (Maria)

“[...] feijão eu ando comendo bastante....” (Elisa)

“[...] eu como de tudo, como arroz, feijão...” (Amanda)

“Tem que se alimentar bem, comer arroz, feijão...” (Betina)

“Tem que comer bastante arroz e feijão, porque feijão é por causa do ferro que dizem...” (Paloma)

“Gosto de arroz e feijão...” (Tamara)

A ingestão de arroz e feijão também foi considerada importante para a gestação. A presença desses alimentos no cardápio foi percebida como uma refeição boa e adequada, porém que também deve ser consumida sem exagero.

Igualmente, na pesquisa de Junges (2010), o consumo dos alimentos básicos, tais como arroz e feijão, foi relatado com maior importância. Evidenciou-se que o arroz e o feijão estavam fortemente arraigados na prática alimentar das gestantes, tanto que deixar de comê-los parecia ferir os princípios de uma alimentação saudável.

Da mesma forma, no estudo de Cotta et al. (2009), considerando-se a presença diária de diversos alimentos, verificou-se que a maior parte das entrevistadas referiu consumir diariamente alimentos básicos, dentre eles arroz (100%) e feijão (95,2%).

Quanto aos alimentos não recomendados na gestação, as gestantes referiram que é preciso evitar o exagero daqueles que possuem excesso de **gordura, sal e açúcar**.

“[...] evito de comer muita besteira assim, muito doce...” (Fátima)

“[...] não comer muita coisa com gordura, evitar tudo que tenha muito sal, muito açúcar...” (Vanessa)

“[...] que eu saiba, diz que é comida temperada demais não dá pra comer, muito sal...” (Cecília)

“[...] já ouvi também outras amigas minhas falar que já conheceram grávidas que só comiam bobagem e tiveram muito problema, até na hora do parto.” (Betina)

“[...] dizem que se a gente exagera na gordura que faz mal, passa pro bebê também [...] o sal demais, uma por causa da pressão e por causa do bebê também...” (Maria)

“Só fritura que eu estou evitando assim, já pra não me dar azia.” (Elisa)

“Diminuir o sal, no meu caso, que eu já tenho a tendência a ter pressão alta [...] Comer menos porcaria...” (Tamara)

Os doces, as frituras, os alimentos gordurosos, com excesso de sal e muito temperados são compreendidos como “*besteiras*”, “*bobagens*”, “*porcarias*” e prejudiciais à saúde da mãe e do bebê. As gestantes explicaram os motivos de evitar os alimentos com excesso de gordura, sal e açúcar e, dentre eles, estavam intercorrências na hora do parto e dificuldade na recuperação pós-parto, azia, hipertensão arterial e prejudicar o desenvolvimento do bebê.

O Ministério da Saúde recomenda que no pré-natal seja conversado com as mulheres para que evitem frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis, pois isso ajuda a diminuir as náuseas e vômitos e também a pirose (azia) (BRASIL, 2006). Esses conhecimentos quanto aos riscos do uso exagerado de sal para a pressão arterial e evitar frituras para aliviar a azia foram compartilhados nas consultas de pré-natal de enfermagem, e observados durante a pesquisa. Isso demonstra que as gestantes procuravam seguir as orientações fornecidas pela enfermeira.

No estudo de Cotta et al. (2009), as gestantes também referiram ter retirado das refeições alimentos gordurosos, carne de porco e manteiga, devido à questão de enjoo e à “queimação”/azia.

Do mesmo modo, em estudo realizado com gestantes adolescentes da cidade de Guadalajara, no México, as participantes acreditavam que determinados alimentos são prejudiciais à gravidez. Entre os mais prejudiciais mencionados estavam: gordura (36,7 %), pimenta (26,7 %), refeições prontas (26,7 %) e sal (10 %). No entanto, é habitual o consumo de comidas bastante temperadas, com presença de pimenta, parecendo ter este consumo uma forte implicação cultural. Ainda, o consumo de alimentos industrializados com alto teor de carboidratos, gordura saturada, aromatizantes e corantes foi uma característica comum para grande parte do grupo estudado, independentemente de elas considerarem esses alimentos prejudiciais (HERRERA-SUÁREZ et al., 2008b).

Para as gestantes do estudo de Baião e Deslandes (2010), devido às suas refeições diárias no almoço e no jantar serem pouco variadas e monótonas, elas acabavam desenvolvendo preferência por alimentos e preparações qualificados como “*besteiras*”, mesmo reconhecendo que podiam ser prejudiciais à saúde, principalmente porque contribuía para a obesidade. Dentre os alimentos

considerados como besteiras, que representam tudo o que engorda e que não é saudável, foram citados doces variados, alimentos industrializados, sanduíches, salgadinhos, pastéis, *pizzas*, biscoitos, espetinhos, batata frita e alimentos gordurosos.

Em relação ao fracionamento das refeições diárias e o que consumiam, as gestantes referiram:

“Eu faço uma refeição de manhã, uma de meio dia, duas de tarde, geralmente, e uma de noite.” (Betina)

“[...] eu tomo meu café, daí tem vezes que eu não almoço, que eu tomo café muito tarde, daí eu não almoço, como só... dou uma beliscada, de tarde tomo café, lá pelas 4 horas, isso aí, depois lá pelas 7 horas eu estou fazendo a janta.” (Débora)

“[...] agora estou comendo de manhã, porque eu acordo morrendo de fome, pãozinho com manteiga, queijo, uma xícara de café. Aí, de manhã depois eu não como nada. Depois almoço, geralmente arroz, feijão, bife, vaca atolada, carreteiro, comida assim, sabe, alguma salada. Aí de tardezinha eu tomo café e janto. Aí como alguma fruta durante a tarde.” (Jamile)

“Tomo café, eu almoço, como de tarde, como de noite, eu me alimento bem [...] nunca fico sem comer, nunca pulo uma refeição...” (Vanessa)

“Eu tomo café da manhã. Depende se eu acordo cedo, oito horas, oito e meia eu tomo café de manhã e lá pelas dez eu como uma banana ou uma maçã ou ela [filha] gosta de sucrilhos e eu como junto, sabe. Daí meio dia eu almoço, depois de tarde eu tomo café da manhã, nesse intervalinho é uma banana ou uma maçã e depois janto. Depois, depois da janta eu tomo um leitinho morno.” (Helena)

“Eu tomo café, almoço, tomo café da tarde e janto. Quatro por dia [...] De manhã eu como só um pão e um copo de leite com Nescau. Aí, de meio dia eu como arroz, feijão, carne, massa. De tarde eu como pão com café, com leite e Nescau. E de noite janto. Comida normal, daí.” (Larissa)

A maioria das gestantes referiu fazer as **três refeições básicas intercaladas por lanches**. Elas tomavam o café da manhã, onde os alimentos principais eram o café preto, chá, leite, pão e bolacha. No almoço consumiam arroz, feijão, macarrão, alguma salada e carnes. E no jantar repetiam o almoço ou alimentos semelhantes aos do café da manhã. Nos lanches geralmente havia frutas, bolo ou bolachas e também suco, chá ou café.

Da mesma forma, no estudo de Cotta et al. (2009), observou-se que o número de refeições ao dia das gestantes foi de quatro (variando de duas a seis). Entre as refeições realizadas destacaram-se o café da manhã (90,5%), a colação (19%), o almoço (95,2%), o lanche da tarde (95,2% e 91,9%); o jantar (90,5%) e a ceia (28,6%).

No estudo de Azevedo e Sampaio (2003), 39,4% das gestantes realizavam de duas a quatro refeições ao longo do dia, e as demais, de cinco a sete. Porém, embora a maioria realizasse o número de refeições recomendado, a quantidade e a qualidade não correspondiam ao considerado adequado para a gestação. Ainda, observou-se que o desjejum era composto de café e pão com margarina ou *cream cracker* com margarina, sendo algumas vezes acrescido de leite. No almoço havia sempre arroz, feijão, macarrão e um tipo de carne, sendo a bovina e a de frango as mais consumidas. O jantar, quando não repetia o almoço, era composto de pão com margarina e café ou café com leite. Nos lanches da manhã e tarde havia pão ou bolachas com margarina, acompanhados de café, uma fruta ou um suco.

Em outros estudos realizados sobre gestação, evidenciou-se que o desjejum é considerado pelas gestantes como a refeição mais importante do dia. Portanto, ela precisa ser balanceada e completa, pois garante as energias e vitaminas para as atividades diárias. Porém, as gestantes têm um consumo maior de alimentos no almoço. Assim, o almoço deve ser rico em proteínas, ferro e vitaminas, pois esses nutrientes permitem a conservação do seu corpo e o desenvolvimento do bebê (MARTÍNEZ; CÁRDENAS, 2009; HERRERA-SUÁREZ et al., 2008a).

As necessidades de nutrientes durante a gestação são elevadas e sofrem influência de fatores fisiológicos, psicológicos e anatômicos. As modificações no organismo da gestante refletem na necessidade de energia e também de micronutrientes. Assim, uma dieta balanceada interfere diretamente no ganho de peso e no adequado desenvolvimento fetal (Guimarães; Silva, 2003). Portanto, as alterações fisiológicas, principalmente as digestivas, implicam em reorientações alimentares, tanto no número de refeições diárias quanto na quantidade ingerida (BRASIL, 2006).

Observou-se nas consultas de enfermagem que, após orientações da enfermeira, algumas gestantes passaram a fazer mais refeições diárias, como tomar o café da manhã e fazer lanches entre as refeições, principalmente para amenizar a azia. No entanto, algumas ainda deixavam de fazer certas refeições, como no caso de *Débora*, que deixava passar o almoço.

Conforme Baruffi (2004), devido às modificações ocorridas no aparelho digestivo, as gestantes precisam ingerir menor quantidade de alimento com maior frequência, portanto uma alimentação equilibrada na gestação começa pelos horários das refeições.

A alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia) ajuda na diminuição dos sintomas de náusea, vômitos, pirose e também fraqueza e desmaios devido ao jejum prolongado (BRASIL, 2006). Assim, no pré-natal deve ser reforçada a importância das seis refeições diárias, como pôde ser verificado nas orientações de enfermagem observadas durante esta pesquisa.

O **aumento da ingesta hídrica** também foi considerado como relevante para o desenvolvimento saudável da gestação.

“Eu acho que é tomar bastante líquido assim, bastante suco, vitamina. Eu acho que foi muito importante no meu primeiro filho, que eu tinha bastante leite e ele é muito forte...” (Fátima)

“[...] tomar bastante água...” (Jamile)

“[...] uma coisa que eu tomo bastante é líquido.” (Cecília)

“Tomo bastante líquido, às vezes eu tomo refri, mas eu tomo mais é água, do que refri.” (Amanda)

“[...] tomo bastante água, bastante água, líquido principalmente...” (Isabela)

As gestantes referiram ter aumentado o consumo de líquido durante a gestação, o que incluía sucos, refrigerantes, chimarrão, e principalmente a água.

O enfermeiro deve encorajar a ingesta de líquido, em especial durante o dia, pois essa prática ajuda a manter a hidratação e aumentar o volume de sangue. No período da noite, antes de dormir, o consumo de líquido pode ser diminuído para reduzir o número de vezes em que a gestante irá urinar durante a noite, devido à frequência urinária aumentada pela compressão do útero sobre a bexiga (ORSHAN, 2010).

Outros benefícios de ingerir líquidos em abundância encontram-se na ajuda à diminuição dos sintomas de sialorreia, náuseas e vômitos, azia e obstipação intestinal (BRASIL, 2006; DIÓZ, 2006; ESPÍRITO SANTO; MORETTO, 2010).

Sobretudo, é necessário questionar como ocorre o consumo de líquidos pelas gestantes, pois, no estudo de Cotta et al. (2009), verificou-se a ingestão hídrica abaixo do adequado em 90,47% das gestantes. Igualmente, o estudo de Scherer, Borenstein e Padilha (2009) apurou que tanto gestantes como puérperas apresentavam déficit de ingesta hídrica.

A adequada ingestão de líquidos contribui para que o organismo mantenha o equilíbrio hidroeletrólítico. Portanto, quando se percebe que as gestantes apresentam déficit de ingestão hídrica, é necessário orientar para que elas

umentem a ingestão de líquidos por meio de bebidas que agradam e fazem bem, dando preferência às naturais, como água, chás, sucos e chimarrão (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

A respeito dos líquidos, o **refrigerante** foi considerado como não indicado na gestação.

“[...] na gravidez eu não tomo muito, até evito comprar refri quando eu estou grávida, por causa do gás que prejudica muito, fora o que dá de celulite [...] eu tomo guaraná e tomo Fanta, mas Coca-Cola não, eu evito Coca-Cola...” (Vanessa)

“[...] o refri também é bom não tomar muito...” (Jamile)

“[...] diz que refrigerante dá azia. Pra mim até hoje não, eu acho que é uma coisa que não deu certo, não funcionou comigo.” (Betina)

“[...] eu não tomo Coca-Cola também, porque diz que faz mal aos ossos do nenê. Eu não tomo Coca-Cola. Tomo café, tomo tudo, menos Coca-Cola...” (Amanda)

“[...] eu ouvi, diz que não é bom Coca-Cola, que se a gente colocar um osso de galinha na Coca ele se derrete, e diz que é ruim por causa dos ossinhos do nenê...” (Cecília)

“Coca também diz que enfraquece os ossos...” (Paloma)

As gestantes afirmaram que o refrigerante piora os sintomas de azia e também contribui no aparecimento de celulite. Ainda, a Coca-Cola foi considerada como o refrigerante mais prejudicial, pois afeta o desenvolvimento dos ossos do bebê. Porém, mesmo não sendo indicados, os refrigerantes são consumidos pelas gestantes, sendo que algumas delas diminuem a ingestão dessa bebida devido à gravidez.

No estudo de Herrera-Suárez et al. (2008b), 23,3% das gestantes adolescentes também consideraram os refrigerantes como prejudiciais, porém uma grande parte consumia essa bebida pelo menos uma vez por dia, especialmente os refrigerantes de cola. Ademais, entre 68% e 79% das gestantes adolescentes tomavam suco de frutas industrializado pelo menos uma vez por dia.

Segundo revisão de Mazariegos-Ramos (1995), o excesso de refrigerantes na gestação pode causar baixo peso ao nascer, bem como os refrigerantes de cola podem afetar a absorção de cálcio ou aumentar a excreção urinária por seu alto conteúdo de fósforo. Parece ser devido a esta explicação que popularmente acredita-se que a Coca-Cola prejudica os ossos do bebê.

Diante do exposto sobre os saberes e práticas das gestantes relativos à alimentação, concorda-se com Junges (2010) de que acolher a família da gestante, incorporar estratégias de aproximação das redes sociais, oportunizar espaços dialógicos, fortalecer saberes e práticas populares e considerar as representações culturais são formas de valorizar a cultura da gestante e sua família no cuidado de enfermagem. Isso promove um trabalho conjunto em que as estratégias de cuidado alimentar suportam (re)orientações advindas tanto do saber profissional quanto do saber popular.

Embora uma nutrição adequada não possa garantir uma gestação saudável, ela certamente minimiza os problemas. Ademais, a gestação proporciona uma excelente oportunidade para o enfermeiro conversar com as mulheres sobre as escolhas nutricionais adequadas e encorajá-las a desenvolver hábitos que terão continuidade após o parto (ORSHAN, 2010).

Por fim, considera-se que na atenção pré-natal não basta abordar apenas aspectos nutricionais e fisiológicos dos alimentos. Os conhecimentos das gestantes, as condições econômicas e as preferências alimentares precisam ser consideradas. Com isso, é possível orientar uma dieta adequada à gestação em conjunto com a gestante, respeitando seus saberes e práticas alimentares.

5.1.3 O bem-estar físico

No discurso das participantes, alguns aspectos dos saberes e práticas de cuidados estavam relacionados aos **cuidados com o corpo** durante a gestação:

“[...] não ficar suja, tem que andar mais ajeitadinha, não tem que andar tão suja assim, cuidar dos cabelos, dos ouvidos, acho isso, a boca tem que cuidar também [...] eu passo bastante óleo no corpo pra não dar estria, me falaram pra passar na barriga...” (Amanda)

“[...] na higiene também [...] se a gente não se cuidar, afeta um pouco, por que daí no caso vem a infecção, no caso que prejudica [...] de repente as dores que eu estou sentindo podem vir de uma infecção ou do caso a gente não se cuidar [...] eu passo bastante creme no corpo.” (Cecília)

“[...] toda hora tomar um banho, se limpar, e se cuidar...” (Paloma)

“[...] o banho de luz ajuda bastante, eu fiz dela e não rachou.” (Vanessa)

“[...] tinta de cabelo também diz que não pode usar...” (Maria)

“Dizem que pintar o cabelo não pode, eu não pinte o meu, até queria, mas não pinte.” (Giovana)

Os cuidados com o corpo presentes nas falas dizem respeito à **higiene, uso de óleos e cremes** para evitar estrias, evitar o uso de **tinta de cabelo**, e ao **banho de luz nos seios** para prevenir rachaduras. A higiene corporal durante a gestação foi relacionada à prevenção de infecções, precisando atentar para a região genital, os cabelos, ouvidos e boca.

O banho diário, juntamente com o uso de roupa íntima de algodão e higiene perineal no sentido ântero-posterior ajudam a diminuir o risco de infecção urinária e infecções vaginais como a leucorreia (ORSHAN, 2010; ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005).

O cuidado com os dentes também foi citado em uma das falas. Nas consultas de enfermagem no pré-natal, algumas gestantes referiram que, após o início da gravidez, não procuraram mais o atendimento odontológico, pois acreditavam que não podiam ser realizados procedimentos odontológicos durante a gravidez.

Nesse sentido, Codato, Nakama e Melchior (2008, p.1076) ressaltam que a atenção odontológica é tida como prejudicial e contraindicada na gestação, devido a conhecimentos populares como: “‘a cada gravidez, perde-se um dente’; ‘há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles’, preocupações com a formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico”.

No entanto, é importante ter um bom cuidado dental, pois problemas bucais podem trazer riscos à gestação. Assim, a gestante deve procurar o dentista durante a gravidez e informá-lo de sua condição para que ele evite o uso de teratógenos (ORSHAN, 2010).

Referente às estrias, são resultado da distensão dos tecidos e não existe método eficaz de prevenção, mas o controle do aumento do peso e o uso de massagem local com substâncias oleosas podem ser realizados na tentativa de preveni-las, ainda que seja controversa esta orientação. Porém, com o tempo as estrias tendem a ficar de cor semelhante à da pele (BRASIL, 2006).

O uso de tinturas nos cabelos não deve ocorrer no primeiro trimestre de gestação e feito com cautela no restante da gravidez, de preferência no máximo duas vezes. Também se devem evitar tintas que contêm chumbo (YDY, 2006).

Em relação à preparação das mamas para o aleitamento, as mulheres de duas comunidades nativas do Peru consideram importante que a mulher massageie os mamilos durante a gestação, principalmente se é primípara (MEDINA; MAYCÁ, 2006).

O preparo para a amamentação se inicia ainda no período de gravidez. No pré-natal, deve-se conversar sobre as suas vantagens tanto para a criança como para a mulher, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação. O enfermeiro deve avaliar as mamas na consulta de pré-natal e orientar práticas para o preparo das mamas, como: uso do sutiã durante a gestação; evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo; e não realizar a expressão do peito (ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro (BRASIL, 2006).

Algumas gestantes apontaram que é preciso cuidar da saúde durante a gestação e uma das formas de ter esse cuidado é evitar **“pegar frio”** ou **“sentar em local quente e úmido”**, pois isso poderia acarretar em um resfriado ou infecção urinária.

“[...] cuidando pra não pegar frio, porque eu tive infecção urinária e acabei não tratando a infecção urinária no início, depois a infecção subiu para os rins, mas agora já está tudo bem. É, é isso. Tentando não pegar frio...”
(Jamile)

“[...] eu me cuido assim, quando está frio eu estou sempre de meia, porque eu pra pegar um resfriado é bem fácil...” (Isabela)

“[...] não ficar no sereno, não ficar de pé descalço, não sentar na pedra quente, assim no caso, na calçada a gente sentar e estar úmido e a gente sentar. Porque passa umidade, pega pro nenê. Porque daí, a gente acaba prejudicando não só a gente como que acaba prejudicando o nenezinho...”
(Cecília)

Pensa-se, em relação ao entendimento das mulheres quanto a “pegar frio” e ter uma infecção urinária ou resfriado e “sentar em local quente, úmido, e passar a umidade para o bebê”, que envolve a percepção de que o “quente” e o “frio” estão relacionados à manutenção do equilíbrio interno das pessoas, e que o desequilíbrio entre esses estados pode afetar a saúde da gestante e comprometer o feto. Como a gestante está em estado de vulnerabilidade, esta situação pode ser creditada a esse significado.

Conforme Helman (2003), as culturas compartilham conhecimentos sobre a vulnerabilidade da mulher e do feto durante a gestação e acredita-se que o

comportamento da mãe pode afetar diretamente a fisiologia da gestação ou o desenvolvimento fetal. Ainda, os conhecimentos acerca da fisiologia da gravidez colocam as mulheres grávidas numa categoria especial cercada de costumes protetores, que passam a explicar qualquer mudança no binômio mãe-filho neste período.

Destaca-se, no entanto, que os estudos acerca das causas de infecção urinária na gestação creditam isso à contaminação bacteriana e não fazem relação com sentar no calor ou pegar frio. Durante a gravidez, algumas alterações que ocorrem no sistema urinário favorecem o desenvolvimento de infecção urinária. A maioria das infecções urinárias é provocada pela bactéria *Escherichia coli*, que vive normalmente na área do cólon e reto. Nas mulheres o reto e a uretra são muito próximos, o que facilita a migração das bactérias, infectando o trato urinário. Por isso, é importante praticar hábitos de higiene adequados como medida preventiva de reduzir o surgimento dessas infecções (CASTRO F. et al., 2008). O estudo de Silva et al. (2007) relacionou ainda o aumento da incidência da infecções urinárias com a menor ingesta de líquidos nos meses de inverno.

O estudo de Castro F. et al. (2008) mostrou que as gestantes têm pouco conhecimento sobre as causas, complicações e formas de prevenção das infecções urinárias, o que dificulta a aquisição de hábitos saudáveis e de autocuidado. No estudo citado, as causas de infecção urinária relatadas pelas mulheres foram: má higiene genital e secar a área genital de trás para frente; relação sexual durante a gravidez ou relações sexuais promíscuas; demora para urinar, retendo líquidos na bexiga; má alimentação e pouca ingesta de líquidos; suor e poeira; compartilhar banheiros com muitos homens ou sentar em sanitários utilizados recentemente por homens; sentar em uma superfície quente; uso de papel higiênico colorido.

Nas falas de algumas gestantes foi abordada a preocupação com o **aumento de peso** na gestação:

“Eu estou cuidando assim pra não engordar muito, porque ela [enfermeira] falou que eu tenho que ter facilidade pra respirar [parto]...” (Jamile)

“[...] eu me preocupo com isso, eu estou apavorada, já estou com 82 quilos, imagina já estou bem preocupada, pode ser que eu consiga emagrecer depois, voltar ao normal, mas vai demorar eu acho...” (Rafaela)

“[...] não estou com um peso exagerado, no início eu perdi muito peso, agora que eu dei uma engordada, e todo mundo me olha ‘Ah como tu está uma grávida elegante, tu não está gorda’, então eu já fico feliz, eu estou uma grávida elegante, eu estou bem.” (Vanessa)

“[...] da outra eu me assustei muito em não engordar, porque eu estava até mais nova...” (Tamara)

“[...] a mulher quando está grávida não pode emagrecer, ela pode continuar o peso ou aumentar um pouco mais, não é diminuir...” (Maria)

As gestantes demonstraram preocupação em não aumentar excessivamente o peso durante a gravidez. Por outro lado, duas delas consideraram que durante a gestação a mulher não pode emagrecer. A preocupação com o aumento de peso não esteve restrita somente à estética, mas também relacionada ao bem-estar da gestante, como pode ser percebido na fala de *Jamile*, indicando que o aumento de peso em excesso poderia dificultar o parto.

Nas consultas de pré-natal e nas visitas domiciliares elas também se mostravam preocupadas com o aumento de peso, sendo considerado por uma delas, *Amanda*, o aumento excessivo de 20 kg na gestação. Observou-se que elas também relatavam que o peso e o ventre aumentados traziam desconfortos para o repouso, para movimentar-se, para fazer as atividades diárias e para respirar.

As recomendações para o aumento de peso na gestação dependem do Índice de Massa Corporal (IMC) da mulher antes da gestação. Para mulheres com IMC normal, sugere-se um ganho de peso de 1 a 2 kg no primeiro trimestre, 5 a 6 kg no segundo trimestre e 6 a 7 kg no terceiro trimestre. Para as mulheres que estavam abaixo do peso antes da gestação, o ganho adicional pode trazer benefícios, e para aquelas com excesso de peso é preciso ter atenção especial e o aumento de peso deve ser menor, para evitar riscos como a hipertensão gestacional (ORSHAN, 2010).

No estudo de Junges (2010), as gestantes indicaram que o discurso biomédico, que reforça a prevenção de doenças e as questões estéticas como principais justificativas para o controle do peso gestacional, estava impregnado tanto nos meios de comunicação como nas pessoas de seu convívio social.

Baião e Deslandes (2006, p. 250) lembram que no meio urbano as mulheres convivem com “fortes imposições estéticas ao corpo feminino, o que faz supor que, não raro, mesmo mulheres grávidas passem a evitar, de forma mais radical, certos alimentos que ‘engordam’, tais como doces, massas, pães e frituras”.

Nesse sentido, a mídia televisiva prioriza orientações de manutenção de uma alimentação saudável, visando o peso adequado, trazendo normas de controle e proibição. Alguns programas de TV pontuam os alimentos saudáveis e os seus benefícios, mas prioritariamente são divulgados os alimentos que devem ser

evitados. Assim, as gestantes reafirmam os discursos proibitivos, mas permanecem consumindo esses alimentos e, em alguns casos, de maneira excessiva (JUNGES, 2010).

Quanto à **relação sexual**, as entrevistadas falaram que essa prática geralmente diminui durante a gestação devido ao desconforto e pela “presença” do filho.

“[...] a gente que no fim acaba não querendo [...] por mais que eu saiba que dá, assim, eu sinceramente não tenho vontade [...] por causa do nenê, tipo eu acho que até dá pra esperar [...] fica uma coisa que incomoda a gente [...] sinceramente, podendo evitar eu evito, e agora pro final piorou...”
(Rafaela)

“Até mesmo na relação sabe, ficava com medo de machucar e coisa e tal. Até nesse, só que já é mais, mais tranquilo, porque sabe que não vai machucar. Mas mesmo assim a gente fica com medo [...] não é proibido, mas a gente fica com a cabeça com medo que vá machucar. Deus o livre machucar!, começar a sangrar e perder.” (Helena)

“Não manter relação. Está certo que pode ter, mas com aquele cuidado, que no começo da gravidez, antes dos três meses, tem que cuidar ao máximo a criança porque senão é perigo de perca.” (Paloma)

“Ah, diminui, no final. É desconfortável, não tem como. Chega um dia que não tem como [...] É por causa da barriga [...] uma tia minha disse que viu na Internet que diz que não é bom [...] não capaz, só tem que ter claro alguns cuidados [...] Mas a gente acaba diminuindo. Não tem como manter normal.” (Tamara)

As gestantes têm o entendimento de que a prática da relação sexual durante a gestação não precisa, em situações de normalidade de saúde, ser evitada. No entanto, ressentem-se em função do desconforto, do medo de machucar o bebê e da diminuição da libido. Nas visitas elas também comentavam que ouviam sobre as proibições da relação sexual na gestação, umas diziam que não era permitido no início e outras no final da gravidez.

Em seu entorno social, as pessoas comentam que durante a relação o homem pode machucar a cabeça do bebê, ou também que esta prática pode ocasionar alguma infecção para o feto, o que leva o casal a evitar a relação sexual. Em um dos grupos de gestante, foram observados comentários das gestantes de que os companheiros têm medo de machucar o bebê, mas elas consideraram importante manter a relação sexual durante a gestação e que também existem outras formas para o casal vivenciar a sexualidade sem a necessidade da relação coital em si.

Estudos apontam que, em relação à sexualidade durante a gravidez, percebe-se uma diminuição da prática sexual ao longo da gestação. Isso pode ser explicado relacionando com a disposição sexual diminuída da gestante e do parceiro sexual, ou quando as práticas sexuais levam ao desconforto corporal (SACOMORI; CARDOSO, 2008; SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

No estudo de Baruffi (2004), foi observado que, independentemente do grau de instrução e idade, o desconhecimento em relação à sexualidade era comum entre os casais, bem como o medo de machucar o bebê durante a relação sexual. Segundo a autora, as normas culturais a respeito da relação sexual na gravidez provocam dúvidas, medos e ansiedade ao casal, que acabam por evitar a relação sexual. Isto pode provocar insegurança e afetar o relacionamento conjugal. Portanto, “a falta de conhecimento sobre o corpo, seu funcionamento e a resposta sexual aparecem como fator de relevância na vivência da sexualidade das gestantes e de seus companheiros” (BARUFFI, 2004, p. 103).

Com a gravidez, a mulher e o homem podem experimentar mudanças em sua libido. Ao homem, imputam-se as responsabilidades da paternidade, levando a mudanças em seus sentimentos e comportamentos sexuais. Assim, durante a gestação alguns casais tornam-se sexualmente mais interessados, enquanto que outros percebem uma diminuição de interesse. Portanto, o enfermeiro precisa conversar com a mulher e seu companheiro, possibilitando a compreensão das mudanças vivenciadas no exercício da sexualidade (DIÓZ, 2006).

O **esforço físico** também foi um cuidado essencial relatado pelas gestantes.

“[...] não fazer esforço...” (Débora)

“[...] tentando não carregar muito peso, não fazer muito esforço...” (Fátima)

“É não levantar peso...” (Elisa)

“... o que não pode fazer é carregar peso, abusar no peso...” (Giovana)

“[...] não fazer força, até porque eu tive uma tia que ela estava com seis meses de gestação e ela foi arrear uma estante e daí acabou que o nenê nasceu, aí deu uma série de problemas, ficou quase um mês na incubadora.” (Betina)

“[...] não carregar muito peso, forcejar, cuidar pra não cair, que foi que me falaram bastante, que pode afetar, às vezes como não dá nada pode afetar...” (Jamile)

As gestantes referiram que durante a gestação a mulher não pode “fazer força” e precisa evitar levantar e carregar peso. Segundo elas, os riscos de exagerar

no esforço físico podem acarretar em prejuízo no desenvolvimento do bebê e até mesmo antecipar o parto. Relacionaram seu conhecimento com situações e precauções decorridas no grupo familiar.

As mulheres de comunidades nativas do Peru também acreditam que durante a gravidez é preciso ter cuidado ao fazer as atividades diárias, como evitar o trabalho pesado ou esforços bruscos (MEDINA; MAYCÁ, 2006).

Quanto ao esforço físico, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomenda que gestantes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas de pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas, pois aquelas que trabalham mais de sete horas de pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo. Já, para as gestantes sem história prévia de abortamento, não foram encontradas evidências de risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho (MELO; RIO, 2006).

Tendo em vista que a gestante precisa evitar o esforço físico, o **repouso** foi considerado muito importante na gestação.

“[...] repousar bastante. Que diz que é bom repousar...” (Amanda)

“[...] estou fazendo repouso bastante [...] eu caminho um pouco e minhas pernas começam a doer, daí eu tenho que me sentar...” (Elisa)

“[...] eu tenho repousado bastante por que tem horas que eu não aguento...” (Rafaela)

“[...] agora por esses últimos dias eu tenho parado mais deitada, parece que a barriga está mais pesada e eu tenho ficado mais deitada [...] eu ando fazendo repouso bastante, por causa dessas dores que dá embaixo da barriga eu ando meio deitada, eu não ando trabalhando tanto como eu trabalhava...” (Vanessa)

O repouso é uma prática de cuidado dessas gestantes para o desenvolvimento saudável da gestação, em decorrência do aumento do peso e da barriga e para aliviar as dores nas costas e no baixo ventre. Nas visitas domiciliares e nas consultas de pré-natal, foram observados relatos das gestantes que indicavam estarem seguindo as recomendações da enfermeira quanto à importância do repouso e ao uso de travesseiros junto ao corpo, no meio das pernas e apoiando a barriga, para trazer mais conforto no momento de repousar.

O repouso frequente, evitar ficar muito tempo em pé e limitar as atividades durante o dia contribuem para o alívio de desconfortos na gestação, como a fadiga, dificuldades para dormir, falta de ar, edema, varizes e câimbras nas pernas. Alguns

cuidados devem ser tomados no repouso, como usar mais travesseiros à noite para manter uma posição mais vertical para aliviar a falta de ar; e elevar as pernas ao deitar ou sentar, para diminuir o edema. Também deve-se ter cuidado de levantar lentamente da posição sentada para a de pé ou da deitada para a sentada, pois isso ajuda a evitar desmaios e dor no ligamento redondo, comuns na gestação (ORSHAN, 2010).

No trabalho ou nas atividades domésticas, é necessário que a gestante tenha momentos de repouso. Aquelas com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas de pé ou caminhando. Existem evidências de que gestantes que trabalham mais de sete horas de pé apresentam maior probabilidade de abortamento espontâneo (MELO; RIO, 2006).

Além do repouso, é necessário que a mulher tenha períodos adequados de sono. Arcanjo et al. (2006) apontam que muitas gestantes, devido à urgência urinária durante a noite, têm um despertar frequente, o que altera seu padrão de sono. Nessas gestantes são comuns as queixas como sensibilidade à dor aumentada, irritabilidade, sonolência durante o dia, cansaço, ansiedade, dentre outras.

Apesar do repouso, momentos de prática de **exercício físico** também ajudam no desenrolar de uma gestação saudável, conforme as falas das gestantes.

“Eu caminho bastante...” (Amanda)

“[...] fazer atividade física, como vocês explicam [...] não é que eu faço, eu caminho, sabe [...] a barriga está aumentando e dá uma falta de ar, daí eu estou maneirando um pouco...” (Helena)

“[...] é bom fazer caminhada, fazer tipo de uma ginástica de movimentar os braços, o pescoço, levantar as pernas pra cima...” (Cecília)

“[...] fico o dia todo caminhando. O dia todo de pé. Só isso que eu faço mesmo. Caminhar o dia todo pra lá e pra cá...” (Paloma)

“Eu caminho, diz que é bom caminhar. Só dentro de casa. Digo, eu não saio pra caminhar, mas a gente anda com filho e dentro de casa a gente anda pra lá e pra cá....” (Tamara)

Percebe-se que as entrevistadas consideram importante a atividade física durante a gestação, sendo que algumas relataram fazer caminhadas. Já outras consideravam como exercício físico atividades como os afazeres do lar e do trabalho.

A prática do exercício físico na gestação é um discurso bastante enfatizado pelos profissionais de saúde, no entanto, muitas vezes não se levam em conta

fatores como o tempo, trabalho e cuidados com os outros filhos, que interferem nesta prática. Assim, as gestantes reproduzem o discurso científico. Porém, por meio das observações das consultas de pré-natal, constatou-se que a prática de exercício físico regular não era habitual para a maioria, mas elas não se consideravam sedentárias, pois movimentavam o corpo em outras atividades.

O exercício regular tem muitos benefícios, como o controle do peso, redução de riscos para doença, redução do estresse, melhora do humor e aumento da massa óssea, podendo também ser um componente importante de uma gestação sadia (ORSHAN, 2010).

Segundo recomendações da FEBRASGO, baseadas em evidências científicas, o exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física, porém as evidências ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o bebê. Grande parte das atividades físicas recreativas é segura durante a gravidez, mas é recomendado evitar exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (MELO; RIO, 2006).

As gestantes têm diversas formas de praticar o exercício físico, influenciadas por crenças e práticas culturais próprias do meio em que vivem, preparam o corpo para que os músculos relaxem, diminuindo a dor no momento do parto (LEAL; RODRÍGUEZ, 2008).

No estudo de Leal e Rodríguez (2008), as gestantes referiram a caminhada como o exercício mais importante e que traz maiores benefícios para o parto, sendo assim o mais praticado por elas. Esse conhecimento foi compartilhado de outras mulheres que já haviam vivido a experiência da gestação. A caminhada pode ser feita a qualquer momento do dia, até mesmo durante os afazeres domésticos, não sendo necessário caminhar de maneira contínua durante um período de tempo. Isso difere das recomendações profissionais, em que a caminhada só é considerada como exercício se praticada de forma contínua, vigorosa e rotineira durante 30 minutos. Ademais, elas consideraram como exercício físico qualquer atividade realizada diariamente, incluindo os trabalhos de casa.

No estudo de Junges (2010), os exercícios físicos regulares também não eram a realidade das gestantes. A autora reforça a importância do enfermeiro que realiza o pré-natal trabalhar em conjunto com outros profissionais da saúde, como o

fisioterapeuta e educador físico, que podem contribuir com suas orientações para a adequação individual das atividades físicas.

As gestantes consideraram que a mulher ao engravidar pode manter as suas **atividades de trabalho** normalmente, mas tomando certos cuidados.

“[...] eu não quero ficar muito parada, eu também acho que gravidez não é doença, óbvio que a gente tem que diminuir o ritmo...” (Rafaela)

“[...] eu sempre trabalhei, eu trabalho, tem tempos que eu estou meio pesada, aí eu não faço nada, mas tem tempos que tu tem ânimo pra tudo...” (Vanessa)

“Pode trabalhar normal, fazer tudo normal [...] É permitido tudo, só moderado, tomando cuidado.” (Jamile)

“Todo mundo diz que gravidez é normal, que não é doença [...] A não ser quando tem algum problema [...] tipo uma ameaça de perca ou alguma coisa. Mas o resto, eu acho normal. Pelo menos eu faço as minhas coisas normal assim, mas meio cansada...” (Elisa)

“[...] eu acho que não pode parar de fazer as coisas, ficar só deitada esperando, tem que ter alguma atividade, alguma coisa.” (Giovana)

Para as entrevistadas, durante a gestação é possível ter uma vida normal. Aquelas que possuem emprego podem continuar trabalhando e as donas de casa também podem manter seus afazeres domésticos, apenas precisam evitar os excessos de esforço físico. Já as gestantes que têm alguma doença ou intercorrência durante a gravidez precisam ter maiores cuidados. As gestantes deste estudo reproduzem o discurso popular de que “gravidez não é doença” e acreditam que uma gestação saudável inspira a manter um corpo ativo.

Da mesma forma, no estudo de Junges (2010), as gestantes procuraram afastar o estigma de doença na forma como percebem a gestação. Assim, compreendem-na como um processo natural e distante de riscos à saúde, sendo as modificações fisiológicas identificadas como desconfortos toleráveis. Esse entendimento contribui para o sentido de desmedicalização da gestação e do nascimento e ratifica a necessidade de um olhar interdisciplinar, que valorize e dialogue com as diferentes áreas que analisam essa fase da vida da mulher, evitando hiperestimar o biológico em relação aos outros aspectos.

5.1.4 O bem-estar emocional

Além dos cuidados físicos, as gestantes reforçaram que é preciso cuidar do **lado emocional**.

“Eu acho que é se estressar, se incomodar só, ficar nervosa.” (Fátima)

“Passar uma gravidez tranquila [...] não se incomodando...” (Larissa)

“[...] se está com algum problema nervoso, tentar se acalmar, tomar um chá, alguma coisa, tipo um chá de camomila, maracujá, pra ti se acalmar, sair, conversar com as outras pessoas, tomar um mate também ajuda a espairecer a cabeça...” (Vanessa)

“[...] não ficar nervosa, ter um pouco mais de calma pra não passar pro nenezinho. Porque, pelo que eu sei, diz que quando a gente se ataca dos nervos e coisa que a gente se ataca passa tudo pro nenê. E geralmente, eu já ando que eu me ataco bastante, por isso que eu me prejudico muito...” (Cecília)

“Não se estressando demais, que às vezes o estresse passa pra criança, se chorar a gravidez toda, a criança nasce abatida, fica sentimental. Isso todo mundo diz. E eu realmente acho que é verdade. Se tu sempre se estressar a gravidez toda, a criança nasce estressada [...] por isso que eu estou tentando não me estressar [...] eu não quero passar pra ela...” (Paloma)

Nas falas das gestantes revela-se que, durante a gravidez, a mulher precisa evitar ficar nervosa e ter uma gravidez tranquila. Elas acreditam que o estresse emocional repercute na saúde delas e também no bebê, pois a mulher passa esses sentimentos ao filho, o que pode acarretar no nascimento de uma criança estressada, agitada.

Uma das gestantes recomendou estratégias para aliviar as preocupações e deixá-la mais calma, como tomar um chá de camomila ou maracujá, e também manter relações sociais, saindo de casa para conversar com outras pessoas ou participando de uma roda de chimarrão.

Conforme Silva, Stefanelli e Hoga (2002, p. 36), a dimensão emocional das gestantes “tem repercussão direta no desenvolvimento físico e no psiquismo fetal e, conseqüentemente, na vida futura deste ser humano”.

No estudo de Calvasina et al. (2007), as mulheres relataram como motivo da “fraqueza de nascença” (desnutrição) de seus filhos o impacto das emoções fortes (ódio, raiva e revolta) que sofreram na gestação. Outros traumas emocionais, como o abandono, a solidão e a sobrecarga de trabalho sofridos durante a gravidez também podiam afetar o bebê, levando à desnutrição.

Assim, o sofrimento emocional da mulher, devido a diversos problemas enfrentados na gestação que agridem seu corpo, mente e alma, reflete no desenvolvimento do bebê e também em sua personalidade intraútero e após nascer. Conforme Calvasina et al. (2007), na visão popular, as etiologias da fraqueza de nascença envolvem as relações conflituosas como brigas, traição e abandono pelo companheiro, a violência física e também as mudanças radicais no ambiente, como o despejo de casa, entre outras.

Os autores ainda ressaltam que os médicos enfatizam o perigo das mães transmitirem algo prejudicial ao feto. Assim as mães acabam se culpando por terem passado tudo para o bebê na barriga, reproduzindo o discurso culpabilizador dos médicos. Portanto, um profissional de saúde guiado pela humanização do atendimento precisa ser capaz de decodificar a linguagem materna e desculpabilizar a gestante como causadora de males ao seu filho, bem como dignificar a mulher fragilizada pelo sofrimento social (CALVASINA et al., 2007).

As gestantes também relatavam nas consultas de pré-natal que com a gestação sentiam-se mais sensíveis, às vezes tinham vontade de chorar e ficavam nervosas com facilidade. No entanto, procuravam ficar tranquilas para que os seus bebês pudessem ser crianças calmas.

As reações emocionais à gravidez são diversas e são causadas, além dos conflitos externos normalmente presentes, por alterações hormonais que ocorrem durante a gestação. A gestante fica mais sensível e vulnerável e sente as emoções com mais intensidade. Ainda, a mulher sente-se madura e pronta para ser mãe e, ao mesmo tempo, dependente e insegura, solicitando proteção e apoio (ESPIRITO SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

O primeiro trimestre gestacional pode trazer certo pânico, pois a constatação da gravidez implica em novas responsabilidades. Também podem aparecer outras reações como aumento da excitação e da criatividade. A gestante pode chorar ou sorrir sem motivo aparente. O segundo trimestre é o mais emocionante, pois ocorre a confirmação da gravidez pela percepção dos movimentos do bebê (DIÓZ, 2006).

No terceiro trimestre de gestação, a aproximação do parto aumenta o nível de ansiedade da mulher. É comum o sentimento de incapacidade de levar a gestação a termo ou incapacidade de ter parto normal. Ao mesmo tempo em que a gestante sente alívio pelo parto estar próximo, pode sentir vontade de voltar ao período em

que não estava grávida, pela imprevisibilidade do parto (ESPIRITO SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

Concernente aos aspectos emocionais, é preciso dar atenção às reações da família à gestação, que comumente são semelhantes às das gestantes. A gestação implica no homem a identificação de novos papéis, trazendo medo e ansiedade. Nesse sentido, “compartilhar os medos, tirar as dúvidas sobre a gestação e acolher as mudanças físicas e emocionais é uma das chaves de que a mulher e seu companheiro dispõem para diminuir as angústias típicas da gravidez” (DIÓZ, 2006).

Dessa forma, na assistência à saúde das gestantes deve-se incluir a dimensão emocional, sendo essencial o estabelecimento da comunicação terapêutica por parte dos profissionais, que precisam levar em conta as características sociais e culturais das gestantes, bem como suas peculiaridades individuais. Os profissionais de saúde precisam ser observadores e sensíveis, para perceberem as dificuldades que estão sendo enfrentadas pelas gestantes, possibilitando a captação de suas necessidades emocionais, tanto as normais quanto aquelas que podem indicar alteração ou agravo à saúde (SILVA; STEFANELLI; HOGA, 2002).

5.1.5 O proibido na gestação

Quando questionadas sobre o que era proibido ou precisava ser evitado durante a gestação, a principal resposta das gestantes foi que a mulher grávida não pode fazer uso de **álcool, drogas e cigarro**.

“[...] evitar beber, fumar, usar drogas. Tudo isso que faz mal pro nenê, tu evitando eu acho que é melhor pra ti e pro nenê...” (Amanda)

“É o cigarro e o álcool, isso aí é as duas coisas que têm que ser tirado do cardápio, devia, mas tem gente que não consegue [...] eu não vou estar estragando a minha saúde e a saúde do meu filho por causa de beber...” (Maria)

“[...] não pode beber nada com álcool, fumar muito menos, porque pode causar o parto prematuro e até mesmo o nenê nascer com baixo peso e até a respiração da criança afeta muito [...] eu não bebo, já não bebia antes, agora não bebo e fumar nunca fumei...” (Vanessa)

*“[...] não pode mais fumar, beber, essas coisas [...] eu acho horrível aquelas mulheres com aquele barrigão fumando cigarro, tomando cerveja direto...”
(Fátima)*

“Eu acho que só o cigarro, a droga, a bebida...” (Larissa)

*“Eles recomendam que não fume, não beba, mas como eu não faço isso eu já não tenho. Usar drogas, essas coisas, é claro que não se deve fazer...”
(Tamara)*

As gestantes tinham conhecimento de que o uso de drogas, álcool e cigarro na gestação traz riscos para a saúde da mãe e para o feto, como o parto prematuro e baixo peso ao nascer. Elas reconheciam que existem mulheres que fazem uso dessas substâncias durante a gravidez. Nesse sentido, algumas delas faziam questão de reforçar que não tinham esses hábitos.

Igualmente, estudo realizado no Peru revela o conhecimento da população de que a mulher grávida não deve ingerir bebidas alcoólicas (MEDINA; MAYCA, 2006). No estudo de Calvasina et al. (2007), as mulheres relataram que fumar cigarro, mascar fumo e ingerir bebida alcoólica durante a gravidez pode prejudicar o feto. Para elas, as agressões químicas e fisiológicas provocadas pelo consumo de substâncias tóxicas são causadoras da desnutrição da criança.

O uso de substâncias psicoativas na gravidez apresenta risco elevado de causar no bebê doenças perinatais graves, como prematuridade, malformações, retardo no crescimento intra e extrauterino, sofrimento fetal e infecções, com sequelas neurológicas e respiratórias (GRINFELD, 2009).

O uso do álcool na gestação é o principal teratígeno do mundo ocidental e o vetor mais relevante de retardo mental nos filhos de mães que usam essa substância. O consumo excessivo de álcool durante a gravidez pode levar à síndrome alcoólica fetal (SAF), caracterizada por dismorfologia facial, deficiência no crescimento pré ou pós-natal, no peso e/ou na altura e anormalidades no sistema nervoso central (GRINFELD, 2009).

Ainda se desconhece a quantidade e a frequência de uso do álcool que pode comprometer o feto, porém a placenta é totalmente permeável à passagem do álcool para o feto, de modo que a alcoolemia fetal é bastante similar à materna. Assim, algumas evidências sugerem que mesmo uma dose por semana está associada à possibilidade de dificuldades mentais. Portanto, recomenda-se a completa abstinência de álcool, em qualquer quantidade e em qualquer fase da gravidez (GRINFELD, 2009).

Na época da concepção e nas primeiras semanas de gestação podem ocorrer aberrações cromossômicas graves, sendo que no 1º trimestre há risco de malformações e dismorfismo facial. Já no 2º semestre, aumenta a incidência de abortos espontâneos, e no 3º trimestre, o álcool afeta tecidos do sistema nervoso, além de causar retardo do crescimento intrauterino e comprometer o parto, aumentando o risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecônio no líquido amniótico, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal. Portanto, são necessárias ações multiprofissionais com vistas a reduzir as consequências do uso abusivo do álcool (GRINFELD, 2009).

Relativo ao uso de drogas ilícitas, ainda não foram determinadas as doses tóxicas, o tempo do uso nocivo, como também um padrão específico de anomalias congênitas causadas por cada uma das drogas. O abuso de drogas, em geral, comporta um maior risco de malformações congênitas e morbimortalidade perinatal, bem como possíveis repercussões a longo prazo, na capacidade de aprendizagem e de comportamento de crianças com exposição intrauterina. Os recém-nascidos de mães com uso especialmente de opiáceos podem apresentar síndrome neonatal de abstinência com necessidade de tratamento e estão expostos a um maior risco de síndrome de morte súbita (COSP et al., 2009).

As mães que abusam de drogas, frequentemente, têm uma história de atenção pré-natal e pós-natal deficiente e tendem a estar em situação social desfavorável. É importante que cada gravidez em que tenha sido detectado uso de drogas seja considerada como de alto risco, e devem ser tomadas as medidas adequadas para tentar afastar as mulheres dessa prática, apoiadas por uma equipe multidisciplinar (COSP et al., 2009).

O uso do cigarro na gestação traz riscos obstétricos, como descolamento de placenta, placenta prévia, gravidez ectópica, aborto espontâneo, parto prematuro e natimorto; neonatais como baixo peso ao nascer, morte súbita e mortalidade perinatal; e aos lactentes, como consequência, pode ocorrer morte súbita, maior risco de hospitalizações e maior risco de infecções respiratórias (MAGGILOLO, 2011).

Um estudo realizado com mães e recém-nascidos da cidade de Rio Grande/RS mostrou elevada prevalência de tabagismo materno durante a gestação (23,3%) e a maioria das mães referiu fumar durante toda a gestação. O tabagismo materno, tanto em parte quanto durante toda a gestação, mostrou-se inversamente

associado aos valores do peso, do comprimento e do perímetro cefálico ao nascer. Entre as gestantes que fumavam, mas interromperam ao engravidar, não se encontrou efeito adverso significativo nos parâmetros antropométricos avaliados do recém-nascido (ZHANG et al., 2011).

Uma das gestantes relatou que, ao descobrir que estava grávida, abandonou o vício do cigarro. Por outro lado, mesmo conhecendo os riscos do tabagismo para a gestação, quatro gestantes continuavam fumando.

“[...] fumar foi um sacrifício, mas eu consegui parar.” (Giovana)

“[...] fumava bastante, mas agora eu diminuí [...] mas eu sei que aquilo ali não pode...” (Maria)

“[...] eu estou diminuindo bastante o cigarro, que eu sei que é o cigarro que a gente não pode fumar que prejudica o nenê...” (Cecília)

As gestantes que permaneciam fumando durante a gestação relatavam o quanto era difícil abandonar esse vício, mas mostravam-se persistentes em diminuir a quantidade de cigarros. Durante as consultas eram orientadas quanto aos riscos a que elas e os bebês estavam expostos, bem como era reconhecido o seu esforço na redução do tabagismo, sendo estimuladas a continuar tentando diminuir ou parar de fumar.

A redução na quantidade de cigarros pode trazer menos risco à mulher e ao feto. Conforme Zhang et al. (2011), os efeitos adversos do fumo materno durante a gestação são dose-dependentes. Portanto, para aquelas gestantes que apresentam resistência para deixar o tabagismo, é preciso orientá-las que qualquer diminuição na quantidade de cigarros é benéfica, bem como é importante que as pessoas próximas às gestantes, que são fumantes, fumem em lugar longe delas (ORSHAN, 2010).

O enfermeiro deve questionar todas as gestantes sobre o uso de substâncias lícitas e ilícitas. Quando isso é confirmado pela gestante, é preciso fornecer orientações em relação aos efeitos desse comportamento sobre sua saúde e a do feto. O cuidado deve ser multiprofissional e envolver a colaboração e cooperação da gestante e sua família, sem existência de atitude ameaçadora e com investigação da motivação para reduzir ou interromper o uso da substância. O plano de cuidado deve ser de acordo com a substância envolvida, bem como o incentivo, o elogio e a autoestima devem ser incluídos nas metas do cuidado (ORSHAN, 2010).

Os **chás** também apareceram entre as substâncias a serem evitadas na gravidez.

“[...] eu acho que só os chás. Depende, tem chá que a gente não pode tomar [...] sempre tomei chá de carqueja pra emagrecer, no mate e coisa, e eu parei de tomar...” (Rafaela)

“[...] tem certos chás que a gente não pode tomar, até porque eu já perdi um nenê e eu acho que foi por isso [...] essa segunda gravidez agora eu não tomo chá nenhum assim de medo [...] tem gente que diz é besteira, mas tipo esses chás de canela muito forte, chá de malva.” (Fátima)

“Ah, dizem que aquela arruda, manjerona não pode, mas eu não sei [...] porque é abortivo, todo mundo fala que é abortivo, mas eu não sei...” (Vanessa)

“... chá de cravo e de canela, esses diz que não é bom tomar [...] Diz que é abortivo. E daí eu, no caso, eu tomo é de camomila, de camomila eu tomo, de maçã, é o que eu tomo.” (Cecília)

“[...] cravo, canela, eu cuido, eu sempre me cuido dessas coisas que tem chá [...] evito de tomar essas coisas, que dizem que é pra aborto...” (Paloma)

A proibição do uso de chás está principalmente relacionada com o risco de aborto, portanto as gestantes evitam tomar chás como carqueja, malva, arruda, manjerona, cravo e canela. Este é um saber popular que foi passado entre as gerações e que as gestantes costumam seguir.

Apesar de relatarem que o uso de chás poderia ser prejudicial, as gestantes não apresentaram muito conhecimento sobre os chás. Quando eram instigadas a falar mais sobre essa prática, elas não sabiam dizer com certeza quais deles eram prejudiciais e quais eram benéficos.

O uso sistêmico de algumas espécies de plantas medicinais é contraindicado durante a gestação, por apresentarem potencial tóxico, teratogênico e abortivo, sendo que os princípios ativos de certas plantas são capazes de passar pela barreira placentária, podendo ser prejudicial ao feto (FARIA; AYRES; ALVIM, 2004).

Dentre as diversas plantas que o uso sistêmico indiscriminado é contraindicado na gestação, encontram-se a babosa, carqueja, sene, boldo, erva-doce, camomila, quebra-pedra, pêssego e arruda. O uso dessas plantas não é recomendado, uma vez que elas têm propriedades abortivas, relaxante do útero e emenagoga (facilita ou aumenta o fluxo menstrual) (RIO DE JANEIRO, 2002). Verificou-se, nas falas das gestantes de nossa pesquisa, alguns chás citados como

não recomendados neste estudo eram utilizados por elas, como adequados e sem risco, como é o caso da camomila.

Os moradores de comunidades nativas do Peru também compreendem que não devem ser usados produtos naturais durante a gestação sem conhecer suas propriedades, e é preciso consultar pessoas que conhecem as plantas medicinais, como os curandeiros e as parteiras (MEDINA; MAYCA, 2006).

No estudo de Rangel e Bragança (2009), os motivos revelados para as gestantes não fazerem uso das plantas foram o zelo pela gravidez saudável, desconhecimento da fitomedicina, atenção às recomendações obstétricas e avaliação das plantas medicinais como perigosas ou tóxicas, podendo prejudicar o feto. As gestantes expressaram sentimento de desconfiança em plantas para uso medicinal, demonstrando a importância que atribuem às orientações do médico e a preocupação de não usarem plantas sem a sua recomendação. Em nossa pesquisa, algumas gestantes justificaram semelhantemente ao estudo de Rangel e Bragança (2009) a preocupação com a preservação da gravidez, evitando o uso de chás neste período.

Consumir chás durante a gestação foi lembrado como um fator de risco para a continuidade do processo gestacional, no estudo de Junges (2010). As gestantes justificaram o baixo consumo de chás, principalmente, para evitar o abortamento. Ainda, procurar orientação profissional para o uso de chás foi mencionado como conduta aceitável para as gestantes.

Por outro lado, em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, das 31 participantes do estudo, 72,2% relataram conhecer o uso terapêutico das plantas; destas, 58% faziam uso regular das mesmas, sendo que este uso foi herdado socioculturalmente. Dentre os fins da utilização das plantas encontravam-se problemas do trato respiratório, como tosses e resfriados, cólicas intestinais, gastrite, má digestão e como calmante (FARIA; AYRES; ALVIM, 2004).

O pouco conhecimento em relação ao uso de produtos naturais afasta as gestantes do uso de determinados chás que consideram prejudiciais à gestação, mas, por outro lado, desabilita suas escolhas, tanto quanto ao preparo quanto ao consumo adequado das ervas medicinais no período gestacional (JUNGES, 2010).

Segundo Badke (2008), o conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais está estruturado a partir de relatos e experiências entre as gerações, de conversas informais com vizinhos e amigos, além da busca por subsídios científicos,

adquiridos em livros, revistas e palestras ministradas por profissionais qualificados. No entanto, há certo desinteresse das novas gerações em dar continuidade à utilização de plantas medicinais. Isso pode ser reflexo de uma sociedade de consumo que valoriza a praticidade. A mídia enfatiza os benefícios dos produtos farmacêuticos, assim o poder curativo das plantas figura em segundo plano, sendo por vezes desvalorizado, principalmente pelos mais jovens.

Entretanto, por existirem muitos medicamentos alopáticos contraindicados na gravidez, o uso de plantas é uma alternativa de cura para vários desconfortos que surgem na gestação, “especialmente porque muitas mulheres desconhecem os efeitos indesejáveis de algumas delas, considerando-as inofensivas” (FARIA; AYRES; ALVIM, 2004, p. 291).

Conforme Araújo (2000), o uso de plantas nos processos de cura é comum nos meios populares, portanto é preciso resgatar o conhecimento terapêutico popular, respeitando suas formas de compreender a doença e o corpo. Compreender a visão de mundo das pessoas é necessário quando se busca entender o sentido da utilização das ervas medicinais, dietas alimentares e as restrições impostas às pessoas em determinadas fases da vida. Nesse sentido, às mulheres grávidas são dispensados cuidados especiais por serem consideradas em situação de risco.

Outra restrição relatada pelas gestantes é quanto ao **uso de remédios**.

*“[...] não pode tomar qualquer remédio, nem pode tomar remédio...”
(Débora)*

*“[...] só de medicamentos, que só com orientação médica mesmo...”
(Helena)*

“Só medicamento que a gente não toma nada.” (Elisa)

“[...] eu tenho um medo, medo de qualquer remédio, porque às vezes eu não sei o que é que pode acontecer [...] antibiótico na gestação que ela [cunhada] não podia ter tomado e a guriazinha nasceu surda [...] o antibiótico retardou a criança e ela não podia ter tomado aquilo, que tem que ser tudo que o médico dizer, aí eu fiquei com medo [...] eu fiquei pensando: quando vê, eu tomo um remédio que nem é pra mim tomar e meu filho nasce mudo...” (Isabela)

Elas referiram que existem remédios perigosos durante a gestação, por isso a gestante só deve usar aqueles prescritos pelo médico. Uma das gestantes relatou os efeitos do uso indevido de antibióticos na gestação com uma história de que tinha

conhecimento, identificando essa medicação como responsável pela surdez de sua sobrinha.

Da mesma forma, no Peru acredita-se que as gestantes não devem tomar remédios que não foram prescritos por profissionais ou mesmo pelos curandeiros e parteiras (MEDINA; MAYCÁ, 2006). No estudo de Faria, Ayres e Alvim (2004), as gestantes também afirmaram que evitavam utilizar remédios, pois eles fazem muito mal e trazem efeitos colaterais, por isso elas davam preferência aos remédios naturais.

As consequências do uso de um determinado remédio na gestação podem ser diferentes para os trimestres gestacionais, pois dependem da fase de embriogênese do feto. É preciso atenção dos profissionais de saúde sobre o uso de medicamentos devido às modificações no organismo materno influenciarem em seus processos de absorção, distribuição metabolismo e excreção (YDY, 2006).

Segundo a FEBRASGO, são poucos os medicamentos que confirmaram sua segurança para uso durante a gestação, particularmente durante o primeiro trimestre. Portanto, o risco associado a determinado medicamento deve ser avaliado com base na necessidade da paciente, considerando os benefícios maternos e os prováveis riscos fetais (MELO; RIO, 2006).

Apesar de as gestantes conviverem com dúvidas, questionamentos e medos dos efeitos negativos do uso de remédios no desenvolvimento do bebê, elas precisam ter seus desconfortos resolvidos, tendo interesse no uso de medicação. Assim, a automedicação deve ser objeto de conversa com as gestantes no pré-natal, pois pode ser uma prática comum entre elas (YDY, 2006).

Finalizando este subtema, concorda-se com Bezerra e Cardoso (2006, p. 421) que no atendimento pré-natal “a enfermeira deve assumir uma postura que vise à transformação da realidade, não impondo, mas valorizando, respeitando as lições que as mulheres trazem de sua cultura”.

Conforme Budó (2002), o saber contido nas diferentes áreas do conhecimento, antes de ser parte da academia, se firmou como conhecimento popular. Notadamente, a área da saúde nasceu das práticas cotidianas que aos poucos foram absorvidas pelo saber científico. Hoje em dia, os cientistas por vezes ainda recorrem ao saber popular e tradicional, mas geralmente se distanciam de suas origens.

Dessa forma, o grande desafio da enfermagem atual está em integrar os conhecimentos oriundos do saber popular aos do saber profissional. Tal prática cria uma ponte de integração na busca de compreender o cotidiano das pessoas cuidadas, resgatando e respeitando um saber que tem uma trajetória histórica. Por trás de cuidados que consideramos inadequados existe uma simbologia que representa os valores, crenças, a visão de mundo, apoiados em uma tradição familiar (BUDÓ, 2002).

Desse modo, é imprescindível que a assistência de enfermagem às gestantes seja baseada nos valores culturais, respeitando suas práticas e de sua família, para que sejam atendidas as suas reais necessidades e seus medos, dúvidas e angústias possam ser compartilhados.

5.2 A construção dos saberes a respeito dos cuidados na gestação

Este subtema fala a respeito de como se construíram os conhecimentos das gestantes relativos aos cuidados na gestação. Os saberes e práticas de cuidados relatados por elas eram baseados tanto no saber informal, aprendido com familiares e pessoas do convívio social, quanto no saber formal, reproduzidos pela mídia e pelos profissionais de saúde. Ademais, se baseavam nas experiências das gestações anteriores.

Conforme Ressel (2003), por meio dos relacionamentos, da comunicação, e das representações pessoais acerca dos fatos, fenômenos ou eventos sociais, cada indivíduo singulariza sua participação no complexo processo de interação das diferenças da convivência social. Essa singularização ocorre com a socialização dos indivíduos através da aquisição ou interiorização de conhecimentos e valores que irão fazer parte de seu universo simbólico pessoal.

É a partir de processos de socialização que o indivíduo interioriza os conteúdos da realidade subjetiva, entendida como a realidade apreendida na consciência individual, tornando-se um membro da sociedade na qual irá atuar de acordo com os vários papéis sociais. Assim, a interiorização ou aprendizagem dos significados dos eventos sociais ocorre por meio da socialização, a qual é classificada em primária e secundária (BERGER; LUCKMANN, 1976).

5.2.1 O aprendizado no meio familiar e social

É no meio familiar que os indivíduos adquirem valores enraizados para toda sua vida. O convívio com os pais e demais familiares é determinante na construção dos valores culturais para homens e mulheres, e influencia no seu modo de vida e em suas representações acerca dos diversos eventos sociais, como a gestação.

A socialização primária ocorre principalmente dentro da família e refere-se à vida cotidiana das pessoas. Ela acontece quando há identificação dos papéis sociais, de atitudes, tornando-os seus também. Assim, os conteúdos apreendidos são fixados automaticamente e fortemente ancorados na consciência do indivíduo, parecendo ser uma necessidade fundamental e obrigatória (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Nesse sentido, a socialização primária é um processo que transforma o ser humano em um indivíduo com traços culturais e sociais que o fazem membro operante dentro da sociedade (RESSEL, 2003).

O saber informal que as gestantes adquiriram sobre a gestação é proveniente do **aprendizado com a família**, como relatado nas falas abaixo.

“O que eu sei, o que eu aprendi foi tudo assim em casa, com a família mesmo, com a mãe, com as minhas tias, que é enorme a família. E eu sempre acompanhei assim, no caso, mais em casa mesmo, com a mãe aprendi...” (Fátima)

“Com a mãe e minha irmã.” (Isabela)

“A minha irmã mais nova também está grávida, já. Ela está com dois meses a mais. A gente fica trocando, sabe, experiências, assim o que uma está fazendo, o que que a outra está fazendo. Bem legal.” (Helena)

“[...] com a mãe, a irmã, sogra, todo mundo.” (Giovana)

“[...] a minha mãe explicou como é que é, como é que a gente tem a gravidez, tudo, o que é que a gente pode fazer, o que não pode fazer [...] eu sempre faço o que a minha vó ensinou. Eu sou muito orientada disso, o que a minha vó me ensinou e o que a minha mãe...” (Cecília)

Observa-se que os conhecimentos apreendidos no meio familiar sobre a gestação foram transmitidos pelas mulheres da família: mãe, avós, tias, irmãs e

sogras. Esse conhecimento é bastante valorizado pelas gestantes e direciona os seus cuidados durante a gestação.

Igualmente, no estudo de Hernández (2008), a influência da família, principalmente da mãe, irmãs e amigas, mostrou-se muito importante para as gestantes no processo da gravidez. Dessa forma, as crenças, valores e práticas estão enraizados e são transmitidos intergeracionalmente na cultura, guiando os pensamentos, ações e decisões das gestantes. Os conhecimentos das gestantes obedecem às informações que receberam da mãe, avós e bisavós, e correspondem a conceitos pré-estabelecidos e aceitos por seu grupo cultural, considerados benéficos para si.

As sogras e as mães são promotoras das informações recebidas e exercem forte influência sobre as escolhas das gestantes durante o período gestacional. Os discursos dessas mulheres são significativos, pois participam do mesmo cenário social da gestante e já vivenciaram a experiência da gestação, estando aptas para orientar quanto aos comportamentos adequados àquela realidade (JUNGES, 2010).

Bezerra e Cardozo (2006) afirmam que, apesar de existirem orientações em livros e meios de comunicação de massa, as mulheres preferem buscar conselhos com a própria mãe e as amigas sobre os cuidados na gestação. Dessa forma, as orientações tendem a passar pelo crivo de um folclore feminino especial sobre a gravidez, dotado da própria existência.

Dessa forma, “a cultura se transmite pelas gerações, num complexo processo de relacionamentos interpessoais, onde os valores, os símbolos e os significados se enraízam nos indivíduos” (RESSEL, 2003, p. 130).

Além das pessoas da família, as gestantes também relataram que o aprendizado sobre a gestação se dava com **peessoas do convívio social**.

“Com os vizinhos só, porque mãe eu perdi quando eu tinha oito anos e daí eu me afastei da minha família. Com os vizinhos, os estranhos.” (Larissa)

“[...] conversava mais com a vizinha da frente do que com minha própria mãe, sobre essas coisas” (Débora)

“[...] nós aprendemos assim pela boca dos outros, sabe, nós aprendemos sexo, como ganhar um filho, tudo com as pessoas em roda que a gente ouvia comentário...” (Maria)

“[...] eu tenho amigas que estão grávidas também, agora. A gente acaba sempre conversando. O que que alguma faz, o que a outra não faz.” (Tamara)

Os vizinhos e amigos foram as pessoas lembradas pelas gestantes como fontes de informação sobre a gestação. Por vezes, esse aprendizado se deu na ausência de orientações pela família, como no caso de *Larissa* que perdeu a mãe cedo. Ademais, a troca de experiências com outras mulheres gestantes ajuda a ampliar os conhecimentos, como relatou *Tamara*. Isso também acontecia nos grupos de gestantes, onde as mulheres compartilhavam suas vivências da gravidez. Novamente percebe-se aqui a figura feminina como transmissora dos conhecimentos sobre a gestação.

As práticas de cuidados na gestação são aprendidas e transmitidas pelas mulheres da comunidade a que pertence a gestante e são de grande valor por fazerem parte das tradições ao longo do tempo. Assim, não se evidencia a gravidez como uma experiência individual (ALVAREZ et al., 2007).

Na comunidade peruana participante do estudo de Alvarez et al. (2007), os cuidados tradicionais na gravidez são transmitidas por gerações de mulheres, apresentando discreta incorporação das práticas da medicina ocidental. As ações de cuidados apoiadas nos conhecimentos das mulheres da comunidade são eficazes e evidenciadas em práticas como a utilização de plantas medicinais e preparação para o parto.

Além dos conhecimentos sobre a gestação, as pessoas do convívio social atuam durante a gestação como apoio social. Conforme o estudo de Jussani, Serafim e Marcon (2007), diferentes atores são procurados por motivos diversificados, dentre estes atores encontram-se as amigas e as vizinhas. As amigas são procuradas para desabafar, distrair-se, ou seja, para conversar, e assim as gestantes recebem aconselhamento, apoio psicológico e atenção. As vizinhas são procuradas para conselhos sobre como lidar com desconfortos da gestação, como as náuseas e vômitos.

Em comunidades nativas da América Latina, dá-se bastante valor ao conhecimento das parteiras, devido à sabedoria preservada desde os tempos antigos. São mulheres que fazem parte da comunidade e seus conhecimentos sobre as doenças são de domínio geral, pertencendo à cultura, por isso seu diagnóstico e tratamento são aceitos, transmitindo confiança a quem elas cuidam. As parteiras explicam as causas dos males, que podem ser físicos, biológicos, humanos, sofrerem influência de fenômenos naturais ou divindades. Sua importância dá-se, também, pois existem lugares remotos ou de difícil acesso, onde as parteiras são o

único recurso que as comunidades têm para enfrentar seus problemas de saúde. Elas ajudam as gestantes na preparação para o parto e as auxiliam no momento do parto (MEDINA; MAYCA, 2006; PELCASTRE et al., 2005).

Observou-se que os ensinamentos apreendidos no meio familiar e social são semelhantes aos cuidados que as gestantes referiram serem importantes durante a gestação, conforme visto na categoria anterior. Portanto, percebe-se que esses conhecimentos são valorizados. Tais ensinamentos dizem respeito ao esforço físico, repouso, alimentação, evitar uso de chás e remédios, importância do acompanhamento com profissional de saúde, além de orientações quanto à preparação para o parto.

Dessa forma, o papel de cada família e os laços de amizade desenvolvidos entre os grupos sociais refletem na visão que a mulher assume sobre a gestação e o parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

A socialização é um processo dinâmico e se dá ao longo da vida, mas na socialização primária é que ocorrem a internalização e o enraizamento dos principais eventos humanos. Assim, apesar das singularidades, as experiências das pessoas são carregadas de valores construídos no meio familiar.

Ao mesmo tempo em que a família participa da gestação influenciando na construção do conhecimento das gestantes, também colabora com o cuidado na gestação, adotando práticas de cuidados às gestantes. Nesse sentido, as participantes relataram como ocorre o **cuidado da família** com as mulheres durante a gestação:

“[...] eles me paparicam demais [...] Todos cuidam de mim, cada um do seu jeitinho, mas todos cuidam de mim.” (Amanda)

“[...] está todo mundo ansioso. Toda hora me perguntam: ‘Está bem? O nenê está bem? Que tamanho está?’...” (Betina)

“Estão babando bastante, não me deixam fazer praticamente nada. Só em volta dela, pra cuidar dela, pra não apertar. Desde a roupa que eu uso. Pra mim não pegar frio [...] Cuidando pra eu e ela estarmos bem...” (Jamile)

“[...] perguntam como é que ela está, quando eu estou doente eles ligam pra saber se eu estou bem, como que está ela, se ela está mexendo bastante [...] eles ficam tudo bobo, é bem grande a aceitação dela.” (Vanessa)

“Ah, sou bem paparicada assim, tanto do marido, quanto dos pais também, dos pais dele, toda hora querem saber como é que eu estou...” (Helena)

“Ah, a família, está sempre em cima, por mais que a gente não queira se cuidar, marido também, nas primeiras consultas ele ia junto [...] a família que está sempre em volta, acaba exigindo mais da gente [...] ‘Não come

isso! Faz aquilo! Fica com as pernas erguidas! Não caminha muito! Eles cobram mais por participarem da gravidez...” (Tamara)

O cuidado dos familiares foi bastante enfatizado e apreciado pelas participantes deste estudo. Os membros da família “paparicam” bastante as gestantes e também ficam ansiosos com a gestação, questionam sobre o desenvolvimento do bebê e têm preocupação com o bem-estar da mãe e do feto. Assim percebe-se que, durante a gestação, a família apoia a gestante e se interessa em oferecer os melhores conselhos e cuidados para evitar problemas na gestação. Essas formas de envolvimento e atenção são percebidas pelas gestantes como participação da família na gestação.

A família, em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, oriundos de sua família de origem e das interações cotidianas. Nesse sentido, ao reconhecer a família como unidade de cuidado à saúde, o profissional precisa conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades (ELSEN, 2002).

Conforme Dióz (2006, p. 16), “o apoio do companheiro e de familiares é fundamental para a mulher gestante sentir-se segura e confiante”. A gravidez é uma situação de transição existencial, por isso a mulher necessita de vínculo de suporte e confiança, que é proveniente de pessoas significativas, lhe proporcionando maior segurança no enfrentamento de dificuldades durante este processo (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

Nesse sentido, o marido ou pai da criança participa da gestação ouvindo as queixas da mulher, compartilhando sentimentos, dando atenção e conselhos e esclarecendo dúvidas, além de ser provedor de apoio financeiro. Ao mesmo tempo, a mãe, irmãs, irmãos, tias e outros membros do convívio social também têm representatividade como rede de apoio às gestantes. Isso evidencia que em nossa sociedade a família constitui núcleo básico e primário na vida das pessoas (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

A gestação é um evento psicossocial que afeta profundamente a vida dos pais e das famílias. A experiência da gravidez repercute na vida do companheiro e dos familiares, sendo um período de mudanças e de surgimento de novos sentimentos, vivências e preocupações (DIÓZ, 2006).

Os homens sofrem uma série de transformações durante a gestação, no sentido da constituição da paternidade, envolvendo-se e participando da gravidez física e emocionalmente. Dessa forma, há “indícios de uma profunda modificação quanto à paternidade no período da gestação, a qual parece não se encontrar mais restrita ao universo feminino” (PICCININI et al., 2004, p. 312).

Os avós maternos e paternos também passam por um processo de adaptação para a chegada do neto. É comum que, durante a gestação, eles prestem apoio e aproximem-se mais dos filhos, principalmente da gestante (ORSHAN, 2010).

Nas consultas, as gestantes comentavam sobre o envolvimento da família com a gestação, relatando que os companheiros acariciavam suas barrigas e conversavam com o bebê no útero, atribuindo a ele características conforme suas reações aos estímulos do casal. No estudo de Piccinini et al. (2004), grande parte dos pais referiu interagir com o seu filho, seja buscando ativamente este contato ou reagindo às manifestações do bebê no útero. As reações frente às manifestações do bebê compreendiam emoção e alegria, atribuição de características de personalidade, certificação da presença do bebê, impressão de que ele reconhece o pai e responde ou não aos seus estímulos.

As gestantes deste estudo também consideraram que era importante envolver os filhos na gestação, principalmente as crianças mais novas, conversando sobre o desenvolvimento do bebê e solicitando apoio nos cuidados com a mãe e com o bebê após o nascimento. A chegada de um novo irmão pode apresentar desafios para os outros filhos, assim as famílias devem envolver tanto as crianças como os filhos adolescentes na gestação, à medida que esta evolui, sendo que a conversa sobre o novo irmão deve levar em conta a idade, o nível de desenvolvimento e a experiência dos outros filhos (ORSHAN, 2010).

Na residência de algumas gestantes, também foi observado o envolvimento da família. O companheiro de *Cecília* algumas vezes estava em casa e se mostrava bastante interessado na gestação e preocupado com sua mulher, dizia que ela tinha que se cuidar, que ela trabalhava demais em casa e precisava repousar mais, e sua filha também comentava isso. Na visita à casa de *Betina*, seu sogro acompanhou a entrevista, demonstrando interesse na gestação e cuidado com sua nora. O companheiro de *Fátima* também participou da entrevista e pareceu ser bem envolvido com a gestação, comentou que tira folga no emprego para levar a gestante aos exames. Da mesma forma, o companheiro de *Giovana* mostrou-se

interessado na gestação e bastante ansioso pela proximidade do parto, pois sua mulher estava sentindo bastante dor no baixo ventre.

Em estudo realizado em Porto Alegre/RS, os maridos/companheiros relataram que tinham muitas preocupações com a saúde e o bem-estar da gestante, assim como com relação às restrições impostas pela gestação e a necessidade de um maior apoio afetivo e material. Também mencionaram preocupações com a saúde do bebê durante a gestação e ao nascer, e o medo de malformações, síndromes, prematuridade e aborto (PICCININI et al., 2004).

Nas casas de *Débora*, *Helena*, *Elisa*, *Maria*, *Larissa*, *Paloma* e *Vanessa*, os filhos estavam presentes e relatavam os cuidados que tinham com suas mães, bem como a interação com o bebê. As crianças mais novas mostravam a barriga da gestante, identificando a presença de um novo membro na família. Na entrevista com *Elisa*, estava presente sua irmã, que também estava grávida, e elas comentaram que se visitavam diariamente e trocavam experiências dos acontecimentos da gestação. Já, na casa de *Larissa*, sua vizinha estava presente e demonstrou bastante cuidado com a gestante, contou que ajudava a cuidar das outras filhas dela e frequentemente preparava algum alimento para ela comer, demonstrando que as gestantes também recebem apoio dos membros do convívio social, como os vizinhos.

As participantes relataram alguns cuidados que os familiares tinham para com elas:

“[...] me dão bastante carinho. Me acalmam quando começam as dores, que eu tenho contração, daí me acalmam. Falam que é pra mim me acalmar...”
(Amanda)

“Ah, esse aqui [filho] me ajuda bastante! Não posso me queixar! Não posso me abaixar, daí ele que se abaixa pra mim. Meu marido que lava a louça de noite. Eu não lavo a louça de noite, é ele que lava...” (Elisa)

“O meu marido me ajuda bastante. Coisa assim, no caso, limpar alguma coisa no alto e janela, coisa assim, sabe, tem bastante cuidado. Até ele briga comigo porque às vezes eu me meto a fazer, que eu não gosto de ficar parada, me dá um nervoso. Daí ele diz não, mas eu estou tranquila, e ele diz: ‘Mas não é pra fazer tanto esforço’.” (Helena)

“Que eu tenho que estar comendo toda hora. Minha sogra, tudo que ela vai comer, ela me convida pra mim: ‘Tu tem que comer’. E fica falando pro meu marido: ‘Tu tem que fazer ela comer’...” (Jamile)

“Ah, quando eu digo que estou com vontade de comer alguma coisa, ele busca. É bem carinhoso ele. Não tenho queixa dele.” (Larissa)

Percebe-se que os cuidados dos familiares estão relacionados, principalmente, ao **conforto emocional**, **ajuda nos afazeres domésticos**, na **garantia da alimentação saudável** e no **atendimento aos desejos das gestantes**.

No discurso das gestantes se observou que os companheiros passaram a contribuir nas atividades domésticas devido a suas mulheres estarem grávidas e precisarem evitar o esforço físico excessivo, a mesma atitude que tinham os filhos mais velhos. Também outra forma de cuidado dos companheiros implica no atendimento aos desejos alimentares das gestantes, bem como na compra de alimentos considerados saudáveis, como frutas e verduras, conforme se observou nesta pesquisa. Em um dos grupos de gestantes realizados na unidade de saúde onde foram coletados os dados deste estudo, as mulheres comentaram que na gestação o companheiro deveria fazer as suas “vontades”.

Igualmente, no estudo de Madi, Cassanti e Silveira (2009), algumas das gestantes relataram que seus parceiros tornaram-se mais cuidadosos e carinhosos durante a gravidez, bem como os demais filhos passaram a ajudar mais a mãe.

No mesmo sentido, Piccinini et al. (2004) evidenciaram diversas formas de envolvimento com a gestação, como apoio emocional e material à gestante, referir-se como “grávido”, acompanhamento às consultas pré-natais, às ecografias e aos cursos de gestantes, envolvimento nos preparativos para a chegada do bebê, busca de informações sobre bebês e gravidez, desejo de assistir ao parto. Os companheiros se oferecem como uma figura de apoio para a gestante e expressam o seu envolvimento emocional.

O apoio emocional à gestante engloba atitudes como tranquilizar e acalmar a companheira, elogiar as modificações no seu corpo, estar mais disponível, conversar com ela e ser mais paciente e compreensivo. Já o apoio material se relaciona com o auxílio prestado à companheira, dada a sua atual impossibilidade de realizar algumas tarefas, como serviços domésticos, dirigir e também cuidados pessoais, incluindo os cuidados com a saúde da companheira (PICCININI et al., 2004).

Segundo Ximenes e Varela (2004), a função do homem na unidade familiar tem apresentado grandes transformações, com atuação mais participativa nas atividades domésticas e no cuidado com os filhos. Dessa maneira, o relacionamento entre o casal durante a gestação pode repercutir diretamente nos cuidados com os filhos e com o lar.

No entanto, observa-se na prática profissional da enfermeira, nos serviços de saúde reprodutiva, a expressiva ausência dos homens nas atividades de planejamento familiar, consultas pré-natais, no parto, puerpério, entre outras questões (OLIVA; NASCIMENTO; ESPÍRITO SANTO, 2010).

Nas observações foi notado que a participação dos familiares na gestação era bastante valorizada pelas gestantes. Assim, elas procuravam envolver os membros da família no cuidado pré-natal, levando junto consigo os filhos e os companheiros, para ouvir os batimentos do coração do bebê. Os companheiros, em especial, demonstravam interesse nas orientações de enfermagem, como, por exemplo, nos acompanhamentos nas consultas de pré-natal de *Giovana* e *Jamile*. Seus companheiros mostraram bastante interesse pela gravidez e eram participativos nas consultas, fazendo questionamentos sobre os cuidados e esclarecendo suas dúvidas a respeito da gestação e parto. O companheiro de *Jamile* também participava dos grupos de gestantes. Além disso, o envolvimento de membros da família no pré-natal ajudava a revelar práticas de cuidados e hábitos que não eram relatados pelas gestantes, como no caso do filho de *Elisa*, de nove anos, que, em uma das consultas, contou que a mãe era fumante, o que não havia sido comentado pela mesma. O menino também se mostrou preocupado com a saúde da mãe e interessado na gestação.

No estudo de Tsunechiro e Bonadio (1999) com gestantes da cidade de São Paulo, 50,0% das gestantes informaram que não tinham acompanhantes na consulta pré-natal ou na realização de exames durante a gravidez. A companhia do marido ocorreu com apenas 13,3% delas. Algumas tinham a companhia de filhos ou sobrinhos menores, da mãe ou outros parentes, sendo que isso ocorria com mais frequência no final da gestação, como medida de precaução e de segurança para ela.

Igualmente, em estudo realizado na Bahia, a maioria dos entrevistados informou nunca ter participado nas consultas de pré-natal. Eles tinham conhecimento de que suas companheiras participavam do pré-natal, mas não souberam informar o que é ou descrever essa assistência. Entre os motivos apresentados para a não participação nas consultas de pré-natal, foi relatada a falta de tempo, principalmente devido ao trabalho, além do desinteresse em participar deste atendimento (OLIVA; NASCIMENTO; ESPÍRITO SANTO, 2010).

Por outro lado, no estudo de Piccinini et al. (2004), o acompanhamento às consultas e exames pré-natais foi bastante relatado pelos pais como uma forma de participação na gravidez.

O enfermeiro deve valorizar a participação do companheiro no pré-natal, conversando e envolvendo-o nos procedimentos. O envolvimento do homem na gestação pode ser estimulado quando ele sente os movimentos do bebê e ouve seus batimentos cardíacos durante as consultas (ORSHAN, 2010).

Conforme Espírito Santo, Santos e Moretto (2005, p. 62), “a gestação e o nascimento de um filho é uma experiência familiar e não pode deixar de ser vista como tal pela enfermeira que cuida de casais grávidos e de mães-pais-bebês”.

Nesse sentido, o enfermeiro precisa reconhecer a família como agente de autocuidado na gestação. Assistir a família grávida implica, portanto, na identificação e na valorização das maneiras de cuidar, bem como no afastamento do enfoque exclusivamente biomédico, ainda vigente nas práticas assistenciais (OKIYAMA, MONTICELLI, 2005).

5.2.2 O aprendizado com os meios de comunicação

Os **meios de comunicação** são outra fonte de informações que as gestantes referiram ter procurado para obter orientações sobre os cuidados na gestação.

“[...] quando eu descobri que eu estava grávida, eu já comecei a pesquisar tudo na Internet...” (Betina)

“[...] essa gravidez eu estou pesquisando bastante coisas assim na Internet, porque, por mais que eu já tenha tido um filho, a gente nunca sabe o suficiente...” (Fátima)

“[...] as gurias trouxeram lá da avó delas uma revista de gestante, a gente leu toda ela...” (Rafaela)

“Ah sim, eu li bastante, acho que umas sete revistas...” (Giovana)

“[...] se passa na televisão, coisa assim que acabam falando sobre gestação, isso tudo, eu vejo muito sobre isso daí.” (Cecília)

“Eu aprendi um monte de coisa olhando TV [...] que dava aqueles programas no jornal sobre gravidez...” (Paloma)

As gestantes relataram que na gestação atual procuraram informações na Internet, em revistas e nos programas de televisão. Nesse sentido, considera-se que os meios de comunicação influenciam no comportamento das pessoas, e neste estudo isso é reforçado, visto que as gestantes buscavam na mídia orientações para os cuidados com sua saúde neste momento de suas vidas.

Conforme Junges (2010), a mídia ocupa diversos espaços em nossa sociedade, desempenhando funções prescritivas. De modo especial, a televisão investe na transmissão de mensagens que codificam modos de vida compatíveis com as normas vigentes da sociedade.

Exemplos da influência da mídia sobre o comportamento das pessoas referem-se às práticas alimentares e ao preconceito contra a obesidade. Segundo Andrade e Bosi (2003), ao mesmo tempo em que os meios de comunicação cultuam a magreza, a indústria de alimentos, através da mídia escrita e televisiva, vende gordura, com o apelo aos alimentos hipercalóricos.

A mídia tem um forte papel endocultural, remetendo as pessoas em geral, e também as gestantes, a uma ideia de culto ao corpo que enaltece a beleza feminina, privilegiando a magreza e o delineamento de curvas, mediante sacrifícios alimentares e físicos (JUNGES, 2010).

Relativo à gestação, a mídia influencia principalmente na escolha da via de parto, enaltecendo as vantagens da cesárea como um modo de nascer mais seguro e retratando o parto normal como sinônimo de dor e sofrimento (ROCHA et al., 2006; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

As matérias presentes na mídia escrita, relativas às indicações de cesárea, “valorizam a percepção da gestação, parto e nascimento como situações de risco tanto para a mulher como para o seu filho e, como decorrência deste fato, a cesárea aparece como a melhor solução para os problemas que possam advir do risco” (ROCHA et al., 2006).

De acordo com Pereira, Franco e Baldin (2011, p. 585), a mídia, principalmente com as telenovelas, influencia “na construção ou reforço do medo da dor no parto normal e na construção da ideia de tranquilidade e ausência de dor no parto cesáreo”.

Destaca-se, também, que as revistas voltadas às gestantes podem ser caracterizadas como um gênero da literatura de autoajuda, que tem como traço

principal o discurso prescritivo, cujo maior objetivo é sugerir regras de conduta e dar conselhos (REZENDE, 2011).

As principais orientações lembradas pelas gestantes nos meios de comunicação diziam respeito ao **desenvolvimento do bebê no útero**, como se observa nas falas abaixo.

“[...] só sobre o nenê mesmo assim, tipo com quantos meses já dá pra ver o sexo, que ele ouve, que já conhece a voz da mãe, do pai, que ele começa a mexer...” (Fátima)

“[...] tem um acompanhamento semana por semana, pra ver a posição, o que é que começa a crescer, as unhazinhas, tudo sabe, eles explicam como ele se vira. E também tem um site que é em 3D, e mesmo esses que mostra só a imagem sabe, que vai mostrando o nenezinho se desenvolvendo dentro do útero conforme as semanas, quando ele se vira, tudo, desde a formação do sexo, sabe, com quantas semanas, que é da mesma forma, só que depois no gurizinho o botãozinho cresce e na guriuzinha não... Que tem nenê que pode nascer até com quatro centímetros de cabelo. É, eu acho que é mais isso. Que eles já escutam, que nas 24 semanas eles já fazem xixi.” (Jamile)

“[...] está ali passo a passo do primeiro mês, segundo mês até os nove, está as semanas ali, o que fazem dentro da barriga da gente [...] eu gostei, achei bem interessante [...] elas [filhas] estavam lendo isso aí cada semana pra ver o que ela estava fazendo.” (Rafaela)

“Ah, falam [TV] muito sobre a formação da criança, eles mostram conforme a criança vai crescendo, é que é bom, porque daí a gente vai olhando como a criança está ali dentro, fica imaginando que fica, assim, fica daquele jeito também... Fica imaginando o jeitinho que eles ficam lá dentro, a posição que eles ficam lá dentro, que eles ficam mudando conforme eles vão crescendo, que no início parece uma sementinha, depois vai crescendo, crescendo.” (Vanessa)

“[...] estou sempre acompanhando, sabe, semana a semana o que é que está, qual é assim o tamanho que já está, o pesinho que já está aproximadamente, semana a semana. Ali que tem os sites pra ver essas coisas.” (Helena)

Conforme o discurso das gestantes, os meios de comunicação mostram como ocorre o desenvolvimento do feto dentro do útero, semana a semana. É possível visualizar desde a fertilização do óvulo até a movimentação do bebê no momento do parto, passando pela diferenciação do sexo. Percebeu-se que a visualização do desenvolvimento do bebê semana a semana e as explicações sobre as alterações no organismo da mulher proporcionam às gestantes e sua família maior entendimento das modificações no corpo, bem como contribuem para a personificação do bebê que ainda não é visível, mas é sentido.

Hoje em dia existe uma gama de *sites* na Internet onde as gestantes se cadastram e têm o acompanhamento personalizado das modificações da gestação,

recebendo orientações quanto aos principais cuidados em cada trimestre, bem como o ganho adequado de peso.

Além do desenvolvimento do feto, outras orientações vinham da Internet, revistas e da televisão, como sobre o acompanhamento pré-natal, exercício físico, uso de substâncias tóxicas, uso de chás, ultrassonografia, parto e cuidados com o bebê após o nascimento, que reforçavam os conhecimentos já citados por elas como cuidados importantes e práticas que são nocivas à gestação.

Rezende (2011), ao analisar edições de uma revista voltada para as gestantes, evidenciou que os temas abordados remetem, em geral, aos cuidados corporais, como nutrição, estética e bem-estar; à moda para gestantes; às informações de cunho médico sobre as fases da gestação, tipos de parto e de anestesia e exames do pré-natal; e ao comportamento, englobando reportagens que discutem, por exemplo, a conciliação entre gravidez e trabalho, o recurso a doulas e as emoções surgidas nesse período.

No estudo de Silva, Ribeiro e Costa (2011) as gestantes relataram buscar em revistas, jornais e na Internet informações sobre as vantagens e desvantagens dos tipos de parto. As notícias de partos complicados relacionados à precariedade da assistência e à espera excessiva pelo parto normal que eram publicadas na imprensa escrita representaram forte influência para a preferência pelo tipo de parto. Assim, essas informações ocasionam temores às gestantes em relação ao momento do parto. Já no estudo de Baruffi (2004), a procura por informações em revistas deu-se devido a dúvidas a respeito da relação sexual na gestação.

As revistas para gestantes abordam também questões relativas às emoções na gravidez, remetendo à maior sensibilidade ou mesmo à instabilidade emocional vivida pela mulher, principalmente nos primeiros meses de gestação. Essas abordagens criam uma imagem de que a gravidez é uma fase da vida pontuada naturalmente por muitas emoções. As reportagens discutem bastante os medos e as ansiedades comuns da gestação, porém enfatizam que a alegria e a felicidade devem coroar a gravidez, remetendo ao dom das mulheres à maternidade (REZENDE, 2011).

Junges (2010, p. 76) ainda reforça que os meios de comunicação “exercem forte influência sobre o comportamento alimentar das gestantes, principalmente, pela presença de profissionais da área da saúde que respaldam as informações e orientações”.

Ressalta-se que as informações presentes nos meios de comunicação são baseadas no conhecimento científico. Dessa forma, os discursos das gestantes são impregnados pelos depoimentos técnicos e recomendações médicas presentes na mídia (JUNGES, 2010).

Nesse sentido, destaca-se que os conhecimentos adquiridos com os meios de comunicação, bem como com os profissionais de saúde fazem parte da socialização secundária das gestantes. Esta resulta da interiorização dos valores, regras e normas nos submundos institucionais (RESSEL, 2003). Portanto, a mídia e a medicina, representadas pelos profissionais de saúde, são as instituições que exercem influência na construção dos conhecimentos sobre a gestação.

A socialização primária é a bagagem que cada pessoa traz consigo em nível individual, mas para viver um novo evento social é necessária, também, uma interiorização dos conteúdos do mundo institucional, para a atuação em um novo papel social (RESSEL, 2003). No caso deste estudo, o novo evento social se refere à gestação e ao papel social à maternidade.

Na socialização secundária se adquire o conhecimento de funções específicas, o que exige a existência de um aparelho legitimador, constituído por símbolos, rituais e materiais específicos. Porém, diferentemente da socialização primária, os conteúdos da socialização secundária são facilmente colocados à prova ou substituídos, sendo esses conteúdos realidades parciais e caracterizados por componentes normativos, formais, anônimos e cognitivos (BERGER; LUCKMANN, 1976). Dessa forma, a mídia e a medicina, com seus símbolos e rituais, ditam normas para a vivência do evento social da gestação.

5.2.3 O aprendizado com os profissionais de saúde

O aprendizado sobre a gestação com os **profissionais de saúde** ocorre principalmente durante o atendimento pré-natal.

“Aprendi mais no posto mesmo, com vocês, na enfermagem...” (Amanda)

“Bastante coisa do pessoal da saúde.” (Jamile)

“É mais com o doutor mesmo...” (Giovana)

“[...] eu faço tudo que me ensinaram no pré-natal. Tudo que as gurias me dizem ali no pré-natal, tudo eu tento fazer...” (Cecília)

As orientações dos profissionais de saúde, tanto dos médicos como da enfermagem, foram consideradas muito importantes pelas gestantes e exerciam forte influência sobre suas práticas de cuidados. Observou-se que nos grupos de gestantes também era compartilhada a importância das orientações dos profissionais de saúde, bem como as falas das participantes mostravam que elas procuravam seguir essas orientações.

Siqueira (2003) constatou a grande importância dada ao atendimento formal de saúde durante a gestação, refletindo numa valorização do discurso da biomedicina. Tal valorização depende, de um lado, dos limites do conhecimento empírico, os quais são compreensíveis diante de difíceis situações vividas pelas mulheres na gestação e os riscos que acarretam para o parto.

Igualmente, as ações educativas dos profissionais de saúde tiveram grande valor na realização das ações de cuidado das gestantes participantes do estudo de Hernández (2008).

No mesmo sentido, as participantes do estudo de Junges (2010) indicaram que o discurso dos profissionais de saúde impregna tanto os meios de comunicação como as pessoas do convívio social das gestantes, fazendo com que as recomendações médicas para prevenção de agravos à saúde materna sejam potencializadas pelos familiares.

As informações mais recordadas pelas gestantes eram relativas às orientações dadas nas **consultas de enfermagem** e nos **grupos de gestantes**, as quais remetiam a vários aspectos da gestação.

“[...] as enfermeiras me falaram sobre o peito, que tem que botar toda a aréola dentro, porque daí ele consegue sugar melhor, daí não dá figo. Me ensinaram como amamentar, eles me ensinaram tudo. Que tem que ter tranquilidade na hora do parto, não pode ficar tensa, tem que ter total tranquilidade. Doer vai doer, só que é uma dor que vai passar. Me ensinaram um monte de coisa...” (Amanda)

“[...] ela me disse que não era pra levantar peso. O balde, quando eu for estender roupa, eu não posso pegar o balde cheio d’água. Na hora de deitar, que eu tenho que me forçar com o braço pra deitar ou levantar, não forçar a barriga. Não levantar rápido demais. Essas coisas que doutor não diz.” (Elisa)

“Manter o meu peso, porque eu já era gordinha. A minha alimentação, tomar bastante líquido. Evitar coisa que tenha gordura e muito sal porque me vem dando um pouco de inchaço agora. A preparação pras mamas, porque eu

não tinha bico, a fazer massagenzinha, a pôr no sol. Posições mais confortáveis pra mim dormir e não doer tanto as costas. Como é que posso, a posição que eu posso ficar sentada, pra não me machucar as costas...” (Jamile)

“Que as minhas dores eram por causa do jeito que eu sento mal, que eu sento muito pra frente, daí eu aperto, que eu tenho que sentar mais reto e mais pra trás, quase deitada. Porque eu aperto, daí geralmente quando eu aperto, daí eu levanto e me dá tipo uma contração e uma dor, sabe. Daí a enfermeira disse que era pra mim parar de sentar pra frente, por que eu estava apertando ele e usar calça mais frouxa, estava usando muito apertada também.” (Isabela)

“Eu aprendi que não pode amamentar, que eu amamentava leite pra essa daqui ainda e, aquele dia, a enfermeira lá falou que não pode [...] ela pediu pra diminuir o cigarro, que pode causar prematuro.” (Larissa)

“[...] com as enfermeiras lá também do curso, ela falou da parte da azia, que eu tinha muita azia no início, falou o que eu podia fazer pra evitar de dar [...] ela pediu pra eu comer mais seguido, mais ou menos de três em três horas, e comer menos quantidade, não deitar logo depois de comer, tomar bastante líquido, não comer coisa muito doce, que era isso que estava me dando azia.” (Giovana)

As orientações de enfermagem eram de grande importância para as gestantes e abarcaram cuidados para preparar a mama para amamentação e como amamentar corretamente; para o parto; em relação à atividade física; esforço e repouso; cuidados posturais; controle do peso; alimentação saudável; cuidados para evitar a azia; aumento da ingestão hídrica; evitar o uso de tabaco; vestir roupas confortáveis e adequadas à gestação, dentre outros. Ainda, observa-se que as orientações da enfermagem eram de fácil entendimento para as gestantes, portanto isso poderia influenciar em suas práticas de cuidados.

De maneira semelhante, em grupos de orientações com gestantes e puérperas de uma unidade gineco-obstétrica, as orientações às mulheres abrangem temáticas como planejamento familiar, sexualidade, pré-natal, puerpério, uso de álcool e drogas no período gravídico-puerperal, tipos de parto, aleitamento materno, higiene e cuidados com o recém-nascido, alimentação saudável, doenças específicas da infância e desenvolvimento da criança (DIAZ et al., 2010).

De acordo com Rios e Vieira (2007, p.478), no pré-natal a mulher prepara-se física e psicologicamente para o parto e maternidade, e portanto “é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar”.

Percebe-se que a dimensão educativa da atenção pré-natal é demasiadamente relevante para as gestantes. Conforme as participantes do estudo

de Bonadio (1998), o atendimento pré-natal é considerado positivo quando é um espaço onde se conversa e se explicam as coisas para as gestantes. Nessa lógica, a assistência pré-natal de enfermagem que tem essas características gera sentimentos de confiança, de segurança e crescimento emocional para as mulheres.

No entanto, a ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta de pré-natal ainda permanece como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa, apesar da existência do bom propósito de educar. As questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da instituição são apontadas como os principais obstáculos para a realização da educação em saúde (RIOS; VIEIRA, 2007).

Na atenção pré-natal é importante oportunizar espaços para discussões dos anseios, dúvidas e tabus que se manifestam durante a gestação. Assim, “o aprendizado torna-se ainda mais significativo à medida que a pessoa percebe que faz parte do contexto educativo” (DIAZ et al., 2010, p. 367).

Durante a gestação, a mulher vivencia ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros. Portanto, por meio das ações educativas, assumindo uma postura de educador que compartilha saberes com as gestantes, o profissional deve ser um instrumento para a construção da autonomia da gestante, de forma que ela aumente sua capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise, e decida sobre sua vida e a saúde (RIOS; VIEIRA, 2007).

É importante destacar ainda que as orientações de enfermagem e a atenção pré-natal tornam-se significativas no momento em que as consultas de enfermagem são vistas como um espaço aberto para o diálogo.

“Ah, ali eu aprendo muita coisa. Eu prefiro ir nas consultas de enfermagem do que com os doutor, porque ali tu tem liberdade pra conversar, pra perguntar. Coisa que com os doutor tu não tem, às vezes eles nem olham pra tua cara.” (Elisa)

“Olha, eu gostei bastante de ir lá. Ah, eu acho que tipo... até mesmo coisas assim, como é que diz... pra medir o [altura uterina] [...] até isso eu achei interessante dessa vez, tu vê, são coisas que, até isso eu achei interessante, que a gente não dá bola, mas olhando ali de um mês pro outro [...] são pequenas coisinhas, essa do coração também que ela [enfermeira] disse que é entre 120 e 160, isso aí eu também não sabia [...] a função ali do sangue, as vacinas, aquela da vacina antitetânica eu acho que foi até ela [enfermeira] que me disse lá, é foi, que ela disse também que eu teria que fazer e coisa e tal, ou de repente devo ter feito das gurias...” (Rafaela)

“[...] ali o pré-natal é um local muito bom pra gente mulher grávida ir, porque ali eles incentivam a gente, eles conversam, eles acalmam a gente, entendeu. Explicam o que a gente deve ou não deve de comer, o que a gente deve ou não deve de fazer [...] eu não sei se eu não sou muito exagerada no fazer muitas perguntas, mas as gurias já disseram que não, e eu já acho que ali é um local muito bom da gente ir pra gente tentar saber tudo que tem que saber, porque elas explicam tudo [...] eles explicam tudo nos mínimos detalhes, tudo que a gente quer saber. Então a gente, a pessoa que sair dali, sem... não souber nada, é porque a pessoa não foi ali pra escutar, pra ouvir, foi só pra tentar ouvir outra coisa ou ver outra coisa, que ali é um local muito bom pra gente ir. Então eu faço tudo que elas dizem pra mim fazer.” (Cecília)

As gestantes reforçaram a **importância do pré-natal de enfermagem**, pois é um espaço onde elas recebem orientações e são atendidas em suas dúvidas, tendo liberdade para conversar. Na forma como são atendidas, até mesmo os procedimentos técnicos são valorizados por elas.

Segundo as gestantes, as consultas médicas são muito rápidas e voltadas apenas para os procedimentos, assim elas não têm espaço para expressar suas dúvidas e angústias. Já, no pré-natal de enfermagem, relatavam encontrar um espaço acolhedor onde podiam expressar seus sentimentos e compartilhar saberes. As consultas de enfermagem no pré-natal são diferenciadas do modelo tradicional de atendimento, em que ainda perdura o senso comum do profissional como detentor do saber. Dessa forma, as gestantes se sentiam acolhidas e tranquilas após as consultas.

É comum relatos de gestantes que não têm suas necessidades atendidas nos serviços de saúde. No estudo de Silva, Stefanelli e Hoga (2002), as gestantes também expressaram que suas demandas não eram atendidas, dentre elas a necessidade de falar de si como pessoas, expressar seus sentimentos e medos, entre outras.

Quando há falta de diálogo, o cuidado pré-natal é representado de maneira negativa. Já, quando há interação entre profissionais e gestantes, caracterizada pela escuta, atenção e cordialidade, as representações sobre o cuidado pré-natal são positivas. Portanto, o cuidado satisfatório é aquele desenvolvido com simpatia e educação (PARADA; TONETE, 2008).

Com isso, pode-se inferir que as representações sobre a atenção pré-natal ancoram-se, em parte, “na perspectiva de um atendimento humanizado, que se dá mediante uma boa relação entre os profissionais e os clientes, proporcionando

segurança às mulheres e considerando-as sujeitos do cuidado” (PARADA; TONETE, 2008, p. 38).

A mulher precisa ser reconhecida como principal partícipe do processo gestacional, tendo suas escolhas respeitadas, pois é o sujeito da atenção e, como tal, ela deve participar efetivamente nas decisões do pré-natal (PARADA; TONETE, 2008).

A vivência positiva da gestação é resultado do conhecimento do processo gravídico e do bem-estar fetal, que se obtém quando há interação efetiva ou estabelecimento de vínculo de confiança entre a mulher e a enfermeira. A percepção das mulheres quanto à competência e dedicação da enfermeira faz com que elas se sintam tratadas como gente, melhorando a autoestima e confiança em si mesmas (BONADIO, 1998).

A fala abaixo demonstra mais uma vez a importância da interação e vínculo entre o profissional e a gestante:

“[...] ali fazem eu sorrir, me deixam eu me abrir bastante, entendeu? Fazer perguntas. Porque senão, onde tu vai num local que tu está conversando com a pessoa e tu não poder te abrir, tu conversar, desabafar, pedir explicação, tu não vai te sentir bem. E num local que tu vai, que tu pode fazer quinhentas perguntas e as pessoas tão ali pra te ouvir, e depois te dar a resposta que tu quer ouvir, tu te sente bem. E é um local que eu me senti muito bem. Que me alegrou bastante, porque as primeiras vez que eu tive ali pra escutar o coraçãozinho do nenê, que eu não consegui escutar, que eu acabei até me atacando dos nervos. Foi onde me acalmaram bastante, que ali era assim, que daí eu ia acabar escutando, e foi onde eu acabei escutando o coraçãozinho do nenê por causa da calma que eu tive, por causa das gurias, e dos guris junto também que tiveram. Quando eu fui, estavam as gurias e os guris e a professora no caso. Então foi onde eles me alegraram bastante, me acalmaram. Agora eu estou indo mais calma, que é onde eu consigo escutar o coraçãozinho do nenê através da calma também que eles me deram...” (Cecília)

A fala da gestante mostra que o acolhimento que ela recebeu nas consultas de enfermagem proporcionou maior tranquilidade na vivência da gestação. Conforme Bonadio (1998, p. 14), “a interação é instrumento básico da enfermeira na assistência à mulher e à família, durante a gravidez, o parto e o puerpério. É a interação que possibilita a execução de cuidados culturalmente congruentes”.

Para finalizar este subtema, vislumbra-se a importância da aproximação dos saberes das gestantes com o saber dos profissionais de saúde. As relações de saberes e práticas constitutivas do saber formal (oficial, biomédico, de base técnica-científica) e do saber informal (espontâneo, popular, empírico) são relações de

oposição e complementariedade, simultaneamente. Portanto, o que representa ser superstição ou folclore, precisa ser entendido como a expressão popular de uma “ciência do concreto”, de um conhecimento empírico de longa duração que se filtra por meio dos diagnósticos populares. Desse modo, no campo da saúde, se faz necessário um diálogo entre a ciência e o senso comum, que pode ser definido como construção compartilhada de conhecimento (SIQUEIRA, 2003).

Baião e Deslandes (2006) afirmam que é preciso que haja o encontro entre a “fala” da ciência e a “fala” da população e que esse encontro possa se transformar numa conversa menos autoritária, ajudando a aumentar a confiança dos usuários para com os profissionais da saúde.

Nesse sentido, considera-se que o aprendizado com os profissionais de saúde torna-se significativo na socialização das gestantes na medida em que não ignora os significados da gestação construídos na socialização primária, mas, pelo contrário, aproxima os saberes à prática da atenção pré-natal.

5.3 Os mitos populares sobre a gestação

Este subtema aborda uma discussão acerca dos mitos relacionados à gestação que foram relatados pelas gestantes. Destaca-se que se procurou aqui apenas apresentar estes mitos, sem questionar sua veracidade ou buscar suas origens, pois isso não contempla os objetivos deste estudo. Portanto, sua exposição neste estudo serve para que os profissionais de saúde tenham conhecimento de mitos que estão presentes no meio cultural das gestantes e que podem influenciar em suas práticas de cuidados.

Dentre os mitos citados neste estudo estão: avistar uma pessoa com alguma deficiência e ficar rindo ou olhando demais; uso da chave e da moeda junto ao corpo; uso de roupas apertadas; mito de manchas na pele; mito do cordão umbilical enrolado no pescoço; mitos sobre alimentação; mito sobre a definição do sexo do bebê; e mito da influência da lua sobre a gestação.

Quando eram questionadas a respeito do conhecimento dos mitos da gestação, verificou-se que as gestantes **não acreditavam nas “crendices”**

comentadas pelas pessoas, associando os mitos a inverdades, como demonstram as falas abaixo:

“[...] mito, pra mim é mito mesmo, isso não é verdade.” (Débora)

“Eu não acredito nisso [...] Eu sei, já ouvi falar, mas eu não dou bola [...] Coisa que os antigos falam...” (Larissa)

“[...] eu acho que não tem nada a ver! Pura besteira! [...] antigamente tu via mais essas coisas assim...” (Fátima)

“Mitos assim, que na realidade não tem nada a ver...” (Jamile)

“[...] eu acho frescura, não acredito nessas crendices [...] eu não acho necessário essas besteiras, é que cada um inventa uma coisa, daí chega no teu ouvido tudo torcido. Aí, quando chega na hora, tu faz tudo errado, aí acaba prejudicando o bebê, então eu não acredito nessas besteiras...” (Vanessa)

“Essas coisas eu não acredito não. Eu dou risada, mas não acredito.” (Helena)

As gestantes referiram, geralmente, que não acreditavam nos mitos referentes à gestação, que até tinham conhecimento, mas às vezes nem se lembravam, por não darem importância para isso. Referiram os mitos como saberes das pessoas “antigas” e repassados, geralmente, pelas pessoas mais velhas de seu convívio social, sendo que, nessa transmissão de saberes, às vezes, os mitos não são bem interpretados. Portanto, as gestantes afirmaram que os mitos da gestação não são verdadeiros, não ocorrem, são “besteiras”. No entanto, nas observações, perceberam-se algumas contradições, ou seja, que elas acreditavam em algum mito ou, mesmo não acreditando, procuravam evitar certas práticas.

Segundo Rocha (1996, p. 3), “o mito é uma narrativa. É um discurso, uma fala. É uma forma de as sociedades espelharem suas contradições, exprimirem seus paradoxos, dúvidas e inquietações”. Ainda, é “uma possibilidade de se refletir sobre a existência, o cosmos, as situações de ‘estar no mundo’ ou as relações sociais”.

No dicionário⁵, “mito” é definido como narrativa popular ou literária que traduz acontecimentos históricos, reais ou fantasiosos. Ainda, no sentido figurado, o mito significa uma coisa fabulosa ou rara, uma coisa que não existe na realidade.

É nesse sentido que as pessoas usam a palavra “mito” no cotidiano, para designar coisas que não são verdadeiras, como pode ser apreendido do discurso das gestantes. Conforme Rocha (1996), nesse sentido em que é usado, o mito, em

⁵ Dicionário de Português Online. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/mito/>

outras palavras, seria uma mentira, portanto aquele que fala o mito não fala a verdade. No entanto, para o autor o mito funciona socialmente, “existem bocas para dizê-lo e ouvidos para ouvi-lo. O mito está aí na vida social, na existência. Sua ‘verdade’, conseqüentemente, deve ser procurada num outro nível, talvez, numa outra lógica” (ROCHA, 1996, p. 4).

O mito possui uma mensagem cifrada, portanto ele atrai a interpretação. Para a Antropologia existe relação entre o mito e o contexto social, sendo que a interpretação do mito é uma forma de compreender uma determinada estrutura social. Assim, o mito pode revelar o pensamento de uma sociedade, a sua concepção da existência e das relações que os homens devem manter entre si e com o mundo que os cerca (ROCHA, 1996).

Apesar de que o mito possa não ser a verdade, não quer dizer que ele seja sem valor. A eficácia do mito o torna verdadeiro, conduzindo o pensamento e o comportamento dos indivíduos para lidar com realidades existenciais importantes (ROCHA, 1996).

Na área da saúde, os comportamentos são impulsionados pelo conhecimento acumulado e representações sociais, das quais fazem parte as superstições e os mitos construídos em torno dos cuidados de saúde (ALVAREZ et al., 2007). Nesse sentido, os mitos podem conduzir os comportamentos das pessoas em determinados eventos relacionados à saúde, como o caso da gestação.

De acordo com Siqueira (2003, p.77), os problemas de saúde relativos à mulher e a criança durante a gestação “se baseiam nos saberes populares de saúde, de base empírica, informal, delineando assim uma etiologia popular. A concepção de cuidado também se fundamenta nestes saberes”.

Em duas comunidades nativas do Peru (Awajun e Wampis), há um sistema de códigos que explica as atividades diárias de seus habitantes, estando sustentado em mitos e lendas. Essas comunidades acreditam que as pessoas já nascem correndo o risco da morte, por isso foi desenvolvido um sistema de conhecimentos e práticas para diminuir os riscos da gravidez, parto e puerpério. Assim, infringir as normas estabelecidas culturalmente repercute em doenças e até na morte. Portanto, durante a gravidez a mulher se submete a várias condições a fim de obter êxito no parto e evitar a morte (MEDINA; MAYCA, 2006).

Em um estudo realizado em Portugal, 82% das mulheres modificaram os seus comportamentos durante a gravidez, devido a prescrições de determinados mitos,

que se constituíam em elementos de segurança, de proteção, de conservação, de fé e de tradição necessários à gestação (MARTINS, 2004).

Neste estudo, a maioria dos mitos das gestantes relacionava-se a alguma prática que, se fosse realizada pela mulher durante a gestação, causaria algum dano no desenvolvimento do bebê. Por exemplo, o mito de que **avistar uma pessoa com alguma deficiência** durante a gravidez pode causar alguma malformação no bebê.

*“Eu já ouvi dizer assim de quando está com alguma pessoa assim com deficiência, até mesmo conheço, se tu dá risada, o teu filho vai ficar igual...”
(Débora)*

“A minha vó sempre dizia assim ó, que onde a gente passar e vê alguma pessoa com alguma mancha no rosto, que a gente não pode ficar olhando pra aquela mancha, porque o nenê vai sair com a mancha...” (Elisa)

A respeito desse mito houve o relato de pessoas que afirmam que, se a gestante avistar alguém com deficiência e ficar rindo daquela pessoa, seu bebê poderá nascer com a mesma deficiência, bem como se ficar olhando demais para uma pessoa com uma mancha no rosto, o bebê nascerá com a mesma mancha.

De maneira semelhante, alguns grupos indígenas do México atribuem mitos ao surgimento de malformações nas crianças: rir de pessoas com deficiência pode causar alguma deficiência física (anões, mudos, corcundas, gagos); se a gestante segurar um recém-nascido, conforme o sexo dele, seu bebê mudará de sexo; presenciar um eclipse pode causar lábio leporino; carregar uma tocha acesa em noite de lua cheia pode causar estrabismo no filho. Existem mitos também para que não surjam enfermidades para a gestante, como não olhar nem estar na presença de um cadáver; não passar por cima de uma serpente; manter-se afastada de mulheres inférteis, pois sua inveja poderá causar doenças; e colocar as calças do marido em cima do ventre ao dormir, para que o feto não seja transportado de seu útero para o de outra mulher por macacos travessos (BECERRA, 2001).

Conforme Martins (2004, p. 12), em todas as culturas existem mitos a respeito da vulnerabilidade da mulher e do feto durante a gravidez. Muitas vezes, as interpretações culturais sobre a fisiologia da gestação são evocadas após o nascimento e explicam o resultado indesejado de uma criança com deformações físicas ou psicológicas ou, simplesmente, doente. As pessoas acreditam que o comportamento da mãe pode afetar diretamente a fisiologia da reprodução e causar danos no feto.

O mito do **uso da chave e da moeda junto ao corpo** também foi bastante lembrado como causador de deformidades no bebê, principalmente o lábio leporino.

“[...] sabe aquelas coisas que as crianças nascem com um taio na boca?], Chave no seio, dinheiro no seio, que tem costume, que tem mulheres às vezes que guardam aqui, mais seguro, botam aquilo, as crianças já nascem, já vi que é por causa daquilo, nascem com aquele taio na boca, com algum defeito...” (Maria)

“[...] chave também, se botar chave no bolso, o nenê sai com mancha na orelha, sai com coisa na boca, não sei o quê Isso aí é tudo besteira, o nenê sai perfeito igual, eu vivia com a chave da casa e o Guilherme saiu perfeito, nunca teve nada.” (Vanessa)

“[...] carregar chave no bolso diz que sai o sinal no bebê, na boquinha do bebê, não pode usar, moeda também não [...] Eu evito de fazer, não sei, pode ser, eu não sei, eu tenho medo. A mãe diz que é bobagem, mas, antigamente, a mãe diz que essa da chave diz que é verdade, se usar no bolso diz que sai na boquinha do bebê. Eu disse que não deve ser nada, é uma malformação que nasce, eu já vi várias pessoas assim com o sinal, a boquinha aberta.” (Isabela)

“Usar chave no bolso que diz que corta a boquinha, sabe. Moeda também no bolso. Pelo que eu saiba, é isso que acaba prejudicando o nenê, não sei se é realmente verdade, mas eu não uso a chave no bolso. Acabo não usando porque eu tenho medo...” (Cecília)

Nota-se que, ao mesmo tempo em que as gestantes afirmam não crerem nesse mito, colocam em dúvida sua veracidade, mas optam por evitar o uso de chave e moedas junto ao corpo na tentativa de não correr risco de malformação fetal. Conforme esse mito, a gestante não deve usar chave pendurada na roupa, no bolso ou próxima aos seios, nem mesmo moedas soltas no bolso, pois pode causar lábio leporino na criança. Talvez esse mito esteja relacionado à semelhança do formato da chave com o aspecto dessa malformação. Observaram-se relatos nos grupos de gestantes e nas consultas acerca de outras situações que, semelhantemente ao uso de chave ou moeda no corpo, podem determinar uma malformação fetal, como o fato da gestante não poder sentar na porta de casa, passar por cima de uma cobra e pular por cima do marido.

No estudo de Siqueira (2003), realizado com agentes de saúde de um assentamento de Alagoas, também foi relatada o mito a respeito da chave, onde se propagava que, se uma mulher grávida derruba uma chave ou a usa no seio, a criança nasce com lábio leporino.

As malformações causadas pelo **uso de roupas muito justas** também foram citadas:

“[...] roupa apertada eu já ouvi falar, porque roupa apertada dificulta as crianças a se virar a se movimentar. Eu já vi várias mães que nasceram com as crianças doentes, tortas, essas coisas, sabe, por causa que não deram espaço...” (Maria)

“[...] se botar calça muito apertada o nenê pode nascer com os pezinhos virados, tortinhos, porque daí aperta e pode ser que ele esteja sentado com os pezinhos pra baixo e aperta.” (Isabela)

Assim, explicam-se malformações dos membros pelo uso excessivo de roupas apertadas que não proporcionaram espaço para o feto se desenvolver. Porém, *Isabela*, uma das gestantes que relatou esse mito, tinha hábito de usar calças apertadas e relatava dores no baixo ventre. Assim, após orientações da enfermeira de que uma das causas das dores poderia ser o uso de calça apertada, ela afirmou que iria evitar essa prática.

A malformação de membros pode ser devido a síndromes causadas por fatores genéticos ou ambientais, como a Síndrome de Miller e a Síndrome de Nager, que têm como características, dentre outras, a ausência dos quintos dedos dos quatro membros e encurtamento do antebraço, respectivamente (JONES; IKEDA, 1998). No entanto, é difícil e limitado o entendimento dessas síndromes para as pessoas, assim os mitos parecem ser a melhor forma de compreender as etiologias de determinadas doenças.

Conforme Monteiro et al. (2004), a formação de um novo ser tem um entendimento complexo, explicado pela ciência, mas não em sua totalidade. Portanto, os mitos são explicações simples e compreensíveis de processos e fatos primordiais, como a gravidez no seu aspecto de constituição, diferenciação e crescimento de um novo ser.

Dessa forma, as gestantes fizeram referência ao tipo de roupa que a mulher deve usar durante a gravidez:

“[...] andar frouxa assim, bem solta pra deixar a barriga crescer e ficar espaçado...” (Maria)

“[...] só a calça que eu estou usando mais por baixo, aqui assim, porque aqui em baixo me dói, dependendo da roupa que eu boto me dói aqui, que o nenê se mexe me dói, aí eu estou usando umas mais largas embaixo.” (Vanessa)

“Eu acho que roupa apertada, calça jeans, coisa assim, evitar apertar a barriga pra evitar de apertar o bebê...” (Giovana)

“[...] não pode usar roupa jeans demais, apertado...” (Paloma)

Para as gestantes, durante a gravidez, as roupas apertadas, como calça jeans, devem ser substituídas por roupas largas, frouxas, para não prejudicar o desenvolvimento do bebê e causar desconforto para a gestante.

À medida que o abdômen das gestantes vai crescendo, tornam-se necessárias mudanças em seu vestuário. Nesse sentido, as roupas devem ser folgadas para promover conforto e acomodar o abdômen em crescimento (ORSHAN, 2010).

No estudo de Medina e Mayca (2006), as mulheres também tinham o conhecimento de que a gestante não pode utilizar roupas apertadas, pois prejudicaria o desenvolvimento do bebê e, ainda, a roupa não deveria estar molhada no corpo da gestante.

O mito do **cordão umbilical enrolado no pescoço**, ou circular de cordão, como é conhecido cientificamente, também foi citado.

“[...] tem essas senhoras também de idade, que dizem: ‘Ai, não pode costurar em cima da barriga’, costurar alguma roupa com agulha... Eu acho que não tem nada a ver também [...] a mãe mesmo, agora esses dias eu estava costurando não sei o quê, e ela: ‘Ai, que tu não sabe que não presta costurar em cima da barriga?’...” (Fátima)

“[...] ‘Não passa por baixo de cerca que o nenê vai se enrolar no cordão.’, isso é besteira, quantas vezes eu passei por baixo de cerca, por baixo de grade, e nunca enrolou nada, isso é tudo besteira, o pessoal acredita muito...” (Vanessa)

“Assim, meu sogro tem uma chácara pra fora, daí tem que passar a cerca pra ir pra um lugar lá onde a gente quer lá, uma pinguela, daí tem os parentes mais antigos: ‘Ai, não vai passar pela cerca, que o nenê nasce com o umbigo enrolado’...” (Helena)

“Pular a cerca também não, que nenê se enrola no umbigo...” (Larissa)

“[...] minha vizinha ali é uma senhora antiga que diz que não pode passar cerca porque pode enrolar o cordão umbilical no pescoço...” (Giovana)

“Passar debaixo da cerca, a gente passar e não voltar. A gente passar diz que enrola o cordão umbilical no pescoço [...] Passar por debaixo de cerca, se eu passo eu já volto de novo...” (Cecília)

Dessa forma, se a gestante passar por baixo de uma cerca ou costurar em cima da barriga, na hora do parto poderá ocorrer de o bebê nascer com o cordão umbilical enrolado em seu corpo, principalmente no pescoço. Nota-se que esse mito é reforçado por pessoas mais velhas, “antigas”, como referidas pelas gestantes.

Na revisão de Monteiro et al. (2004), também surgiu mito relativo à circular de cordão: o uso de fios ou colares ao pescoço faz com que o bebê nasça com o

cordão umbilical amarrado ao pescoço. Conforme os autores, esses tipos de mitos reforçam a ideia já muito antiga de que tudo o que a mulher faz ao seu corpo pode influenciar o desenvolvimento do bebê.

Os mitos que justificam o surgimento de **manchas na pele do bebê** também foram citados pelas gestantes:

“Se derramar alguma coisa na barriga, também o nenê nasce com mancha. Essas coisas assim que eu ouvia a minha vó, depois a mãe dizer [...] Porque eu nasci com uma, eu tenho uma mancha na perna. E a minha mãe dizia pra mim que ela tinha derramado com sete meses de gravidez, que ela estava... ela tinha derramado café com leite. [...] Na barriga dela. [...] E eu nasci com uma mancha na perna tipo café com leite, diz ela.” (Elisa)

“[...] esse negócio de sair mancha no nenê também eu acho besteira, a pessoa diz: ‘Ai, eu derrubei um grão de feijão, vai sair manchado!’ [...] a gente está fritando alguma coisa e se queima, salta banha, ‘Ah, vai sair manchado o nenê!’, não sai, isso é besteira...” (Vanessa)

“[...] a minha vizinha também me xingou porque eu estava pintando o cabelo, que isso aí não deve pintar, porque pode a criança nascer manchada...” (Maria)

“Tipo se tem vontade de comer alguma coisa... Daí eu tinha vontade de comer terra molhada, daí se eu não comesse, a criança ia nascer com a marca, um sinal, não sei o quê, da terra molhada...” (Amanda)

O aparecimento na pele do bebê de marcas ou sinais de nascença, assim chamados popularmente, é justificado por alguma ocorrência durante a gestação, como a gestante derramar algum alimento ou substância em uma região de seu corpo, bem como se deixar de comer algo que tem desejo durante a gestação.

Conforme Monteiro et al. (2004), diversos mitos populares explicam o aparecimento de manchas na pele do bebê, como comer qualquer coisa com caroço; o contato de qualquer objeto de metal com a barriga da grávida, dentro dos bolsos ou fazendo parte do vestuário ou adereços; carregar uma rosa ou uma folha no bolso; apanhar rosas faz nascer cravos (verrugas); cheirar rosas faz o bebê nascer com uma flor marcada no corpo.

Muitas vezes, as manchas na pele do bebê são manchas comuns do nascimento, como as manchas mongólicas (marca cinza-azulada, achatada, comum nas costas e nádegas) e hemangiomas capilares (marca de cor rosa, achatada, comum na nuca). Orientações no pré-natal sobre as manchas comuns nos recém-nascidos ajudam a deixar a mulher mais tranquila em relação a não ter sido sua culpa, por alguma prática desenvolvida na gestação, o surgimento da mancha em seu bebê.

Os desejos alimentares das gestantes não atendidos também podem acarretar em manchas no bebê, conforme o saber popular. Às vezes, as gestantes sentem desejo de ingerir substâncias diferentes, como apareceu na fala de *Amanda*, que teve desejo de comer terra molhada. Esses desejos alimentares “estranhos” são denominados picamalácia, um transtorno alimentar caracterizado pela ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos (Saunders et al., 2009).

É comum ouvirmos que a gestante teve vontade de ingerir algum alimento ou substância e, ao não comê-los, colocou a sua mão em uma região do corpo, na qual no bebê apareceu a mancha. Muitas vezes as manchas têm o formato parecido com o alimento não consumido e as pessoas fazem a relação com o desejo não realizado. Portanto, os desejos alimentares das gestantes são atendidos por seus familiares para não haver consequências ruins ao bebê, como manchas na pele. Para Helman (2003), é comum ouvir em várias culturas, desde o início da gestação, que o marido precisa atender os desejos alimentares da gestante para que o bebê não apresente marcas ao nascer e até mesmo deformidades corporais.

No estudo de CALVASINA et al. (2007), foi observado que a gestante pode sentir o desejo de ingerir algum alimento ou substância (arroz cru, gelo, barro vermelho, areia) como se fosse um “pedido” do bebê na barriga. Se esse desejo não for atendido, o bebê pode nascer com a *boca aberta* (como se estivesse chorando pela comida negada), com uma mancha similar à comida desejada estampada no corpo ou ainda morto em razão do desejo não satisfeito. Por isso, a mãe cuidadosa jamais ignora um “pedido” do filho.

No Peru, também existe esse mito de que, quando o bebê quer comer algo e a gestante não cumpre o desejo dele, em uma ou duas semanas a mulher começa a sentir dores, como se fosse a hora do parto, tem hemorragia e perde o bebê (MEDINA; MAYCA, 2006).

Vários **mitos sobre alimentação** levam as gestantes a introduzirem ou retirarem alimentos de suas refeições.

*[...] uma que prejudica a pele do bebê, que eu já ouvi falar também, que tem algumas alimentações que não combinam com a pele da criança e não combina com a criança também [...] vinagre demais diz que deixa a pele da criança áspera, não sei o quê, dizem, é a maioria das comidas fortes...”
(Maria)*

“[...] disseram pra ela [nora] que cerveja era bom pra limpar a pele do bebê, não existe bebida de álcool pra limpar a pele da criança, da onde, isso é bobagem. O que limpa a pele do teu nenê é suco natural, é fruta, verdura bastante, isso aí eu acredito que limpe. Mas isso aí não, isso aí, que eu saiba, prejudica a pele mais o sangue ainda...” (Maria)

“[...] aquelas bananas que vêm juntinhas, que não pode comer que pode nascer gêmeos grudados, é coisa que a gente escuta...” (Giovana)

“[...] tomo um copo de leite com aveia que dizem que é bom pro leite (riso)...” (Giovana)

“[...] Coca também diz que enfraquece os ossos [...] o limão afina o sangue...” (Paloma)

Os mitos referentes à alimentação na gravidez são diversos e também orientam as escolhas das gestantes nas refeições. Elas passam a consumir alimentos indicados pelo conhecimento popular como benéficos, como leite com aveia para aumentar a produção de leite para a amamentação, e deixam de ingerir alimentos que podem causar danos ao bebê, como vinagre, que deixa a pele do bebê áspera.

Em estudo com comunidades nativas do Peru também são conhecidos mitos sobre a alimentação na gestação, como: não comer mamão, pois a criança poderá ter a cabeça com o formato da fruta; não comer carne de veado, porque o bebê será inquieto e pode produzir fortes dores no ventre materno; não comer anta, porque pode causar inchaço no fígado do bebê; não comer frutas rasteiras ou trepadeiras, pois o bebê pode enrolar-se no cordão umbilical; não tomar sulfato ferroso, porque o feto irá crescer muito e será muito difícil o parto. Assim, para esta cultura as dietas (cuidados com o consumo dos alimentos) são de grande importância e transgredir essas regras pode causar problemas graves, que afetarão não só a saúde da mãe como a da criança, durante a gravidez (MEDINA; MAYCA, 2006).

Já em estudo com indígenas mexicanos existem mitos como a ocorrência de parto múltiplo, se a gestante comer frutas gêmeas ou ovo com duas gemas, e o nascimento de filhos violentos, impetuosos, irracionais, se ela comer coração de aves (BECERRA, 2001).

Um estudo de revisão também apresentou alguns mitos relacionados à alimentação na gravidez: ingestão de ovos e nascimento de um bebê calvo; comer pata de caranguejo e malformação das pernas; consumo de abacaxi e surgimento de manchas na pele da criança; se os desejos da gestante não forem atendidos, a criança nascerá com alguma marca; a coloração de alguns alimentos pode manchar

a pele do bebê; alimentos “quentes” podem provocar aborto (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

De acordo com Baião e Deslandes (2006), as práticas alimentares das gestantes são permeadas por crenças, prescrições e proibições advindas de conhecimento adquirido nos diferentes meios sociais em que vivem. Assim, muitas vezes a cientificidade se torna impotente diante de algumas interdições e prescrições associadas aos valores culturais. Com isso, alimentos que cientificamente são considerados benéficos à saúde da gestante e do bebê costumam ser suprimidos da dieta, quando considerados culturalmente perigosos.

O **sexo do bebê** também é explicado pelos mitos.

“[...] a prima da minha mãe disse que, se tu quer uma guria, tu tem que fazer assim, tu tem que... quando tu parar de tomar o remédio, tu tem que deixar o marido ir e terminar, porque quem faz a filha mulher é o homem...” (Fátima)

“Eu escutei assim, tipo, pelo formato da barriga, quando a barriga está mais pontuda é menino, quando está mais redonda é menina [...] Quando a mulher engorda é menina, e quando emagrece é guri, que nem me diziam, todo mundo tinha certeza que eu ia ter um menino porque eu perdi peso. Não, é uma menina...” (Jamile)

“Ela [irmã] falou assim que, quando ela descobriu primeiro que era menino, daí ela perguntou como é que era o apetite sexual. Daí eu disse que... que estava bem mais assim, menos que antes. Aí ela: ‘Então é um guri, também por causa que eu também... e sempre dizem que quando é um guri é mais’. Aí, quando eu fiz o ultrassom, ela; ‘Viu, eu te disse que era!’...” (Helena)

A definição do sexo do bebê, conforme o primeiro depoimento, expressa mais a necessidade do homem ser ativo na relação sexual. O fato de que é o homem quem define o sexo do bebê é entendido pela entrevistada, porém, ela relaciona isso com a atitude ativa ou passiva e não a composição de gametas masculinos ou femininos no espermatozoide.

Ademais, o formato do ventre da mulher também é muito usado popularmente para revelar o sexo da criança: se a mulher tem a barriga mais arredondada, ela dará à luz uma menina, e se for mais saliente (bicuda), para frente, nascerá um menino. No estudo de Bezerra e Cardoso (2006) também foi relatado o mito de que, quando a barriga da mulher é bem redondinha, o sexo do bebê é feminino.

De acordo com Monteiro et al. (2004, p. 41), o sexo do bebê começa a ser idealizado desde cedo pela gestante que tem sua preferência, por vezes não verbalizada. A mulher pode ter preferência por “uma menina que ficará mais perto da

mãe, ou por um menino em função de um modelo familiar tradicional em que o filho assumirá o papel protetor da família”.

Em uma revisão, Monteiro et al. (2004) descobriram vários mitos a respeito da definição do sexo do bebê, como: comer produtos picantes levará ao aparecimento de um rapaz; comprar tudo cor-de-rosa, converterá a criança que está dentro da barriga numa menina; os meninos se desenvolvem à direita do ventre e as meninas à esquerda; o menino se mexe mais cedo no útero do que a menina; quando os pais desejam um menino, devem manter relação sexual com a janela do quarto fechada, ou abri-la se desejam uma menina; se a forma da barriga da gestante for oval será menina, se for disfarçada será menino; quando alguém pede para a gestante mostrar as mãos, se ela o fizer as mãos com a palma para cima vai ter uma menina, se as mostra com a palma para baixo vai ter um menino; ao movimentar uma agulha suspensa por uma linha sobre a mão da gestante, se os movimentos forem circulares significam uma menina, se forem retilíneos significam um menino.

Existe ainda o mito de que o testículo direito do homem origina filhos homens, portanto o homem deveria manter relações com o corpo voltado para o lado direito. Em outros tempos, esse mito levou à hemicastração de nobres franceses, para que gerassem apenas herdeiros do sexo masculino, bem como os médicos aconselhavam que os homens atassem o testículo esquerdo tanto quanto pudessem aguentar (MONTEIRO et al.,2004).

O mito do **efeito da lua** como um elemento que influencia o desencadeamento do parto também foi referido pelas gestantes deste estudo.

“E também pela troca de lua. Conforme a troca de lua, a mulher ganha o neném, sabe [...] eu estou no último mês, agora tem troca de lua. Provavelmente eu ganhe dia dez então, que é a próxima troca de lua. Diz que é sempre na troca de lua, sabe, mas eu não sei se vai funcionar. Não sei se foi coincidência, porque com a tia do meu esposo, ela fez, só que aí ela contava, sabe, tantas luas aí, e deu certo. Ela nasceu com 36 luas, não! Ah, não sei! Foi não sei quantas luas e que era uma menina, foi o que a vizinha tinha falado. E realmente deu certo.” (*Jamile*)

A contagem das luas durante a gestação ajuda a determinar a época do parto, sendo assim, culturalmente acredita-se que na mudança de lua a mulher entrará em trabalho de parto. Nas visitas também houve referência a esse mito: *Tamara* relatou que no nono mês de troca de lua ocorre o parto e, também, que o menino nasce antes; *Fátima* contou que sua vizinha lhe disse que, quando troca a lua, a mulher sente mais dores, e se nascer na lua nova é menina. Em um dos

grupos as gestantes também comentaram que a mulher deve cuidar quanto à mudança de lua, pois o filho pode nascer; e o rosto inchado também indica que o parto está próximo.

No estudo de Baruffi (2004), as gestantes também relataram a influência da lua na gestação, dizendo que as contrações ocorrem na mudança de lua e que a lua nova é a lua da menina.

Conforme Bueno, Lessi e Damasceno (2010), a lua é relacionada à fertilidade, gestação e parto em diversas culturas, bem como se acredita que determinadas fases da lua influenciam mais do que outras na hora do parto. Obstetras também notam aumento da quantidade de partos nos dias em que a lua é cheia. Em uma revisão feita por esses autores, foi constatado que, apesar de serem encontradas variações consideráveis na frequência de partos dentro das fases da lua, não há evidências estatísticas que comprovem esta relação.

Concluindo este subtema, concorda-se com Monteiro et al. (2004, p. 42) que “apesar da universalidade da presença do mito ele não é em si universal, pois o que é aceito para uns, pode não ser aceito para outros”.

Portanto, todas as culturas são cercadas por mitos, que geram ações realizadas pelos indivíduos daquela cultura com o objetivo de evitar perigos para ele mesmo e para os outros membros, e esses mitos devem ser conhecidos pelos profissionais de saúde (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Muitas vezes, os mitos da gravidez são considerados como coisas do passado, mas é possível perceber no cotidiano das maternidades que eles perduram. Porém, aos mitos é dedicado pouco tempo e disponibilidade, como também lhes é atribuída uma conotação pejorativa e desvalorativa (MONTEIRO et al., 2004).

Desse modo, o enfermeiro deve assumir uma postura que vise à transformação da realidade, não impondo, mas valorizando, respeitando as lições que as mulheres trazem de sua cultura. Por meio da busca contínua do conhecimento, podem-se apreender, analisar e compreender o cotidiano e as implicações do que se faz de forma mais contextualizada às necessidades das gestantes e sua família (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Ratifica-se aqui, que se pense em atendimento baseado nos valores culturais, respeitando os saberes e as práticas de saúde das mulheres e de seus familiares,

não ignorando os mitos da gestação ou considerando-os como errados, mas buscando conhecê-los para poder, junto com a gestante, estabelecer quais cuidados são adequados para a gestação e quais podem ser prejudiciais.

6. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao final desta caminhada, resgato o que para mim significou vivenciar o mestrado. No decorrer destes dois anos, o crescimento não ocorreu apenas nos conhecimentos de saúde, enfermagem, educação e pesquisa, mas também se deu o crescimento pessoal. Ainda, ajudou a ampliar os horizontes no sentido de novas metas e perspectivas para a vida profissional.

As vivências do mestrado me mostraram o quanto é imprescindível a presença de profissionais atuando de forma reflexiva nos serviços de saúde, profissionais que não compreendam o trabalho de enfermagem como uma atividade tarefaira. Por isso, os conhecimentos aqui apreendidos necessitam ser levados para o cuidado direto às pessoas.

Ao concluir esta pesquisa, compreendo o quão complexo é o cuidado às mulheres no período gestacional, pois ele envolve diversos aspectos, sendo as influências culturais de grande importância. Portanto, ainda é longo o caminho a ser percorrido para que o cuidado pré-natal atinja as necessidades das gestantes e sua família, mas este caminho não é tão árduo, ele começa com atitudes simples, porém não menos importantes, como a escuta e o diálogo.

A cultura, como referencial deste estudo, foi um desafio que me mostrou uma nova forma de compreender não só os cuidados de saúde, mas a vida como um todo. Para mim, a cultura é um caminho sem volta em relação à visão de mundo.

Ao mesmo tempo, pude confirmar meu pressuposto inicial de que a cultura se expressa e influencia nos saberes e práticas de cuidados das mulheres, durante a gestação. Dessa forma, pude apreender que na gestação a mulher, devido compreender a sua condição de vulnerabilidade neste período, está sujeita a diversas normas provenientes dos saberes da cultura familiar, do meio social, da mídia e dos profissionais de saúde, dentre outras. Essas normas são incorporadas aos cuidados que a mulher tem durante a gestação e visam manter seu bem-estar e do seu bebê.

Retomando o objetivo deste estudo, que era conhecer os saberes e práticas de cuidados que permeiam a gestação, pude apreender que o discurso das gestantes remeteu à importância da mulher “*se cuidar*” durante a gestação. Portanto,

com ajuda dos saberes que tinham a respeito da gestação, elas adotavam práticas de cuidados em diversos aspectos.

O cuidado com a alimentação durante a gravidez é fundamental para a manutenção da saúde da gestante. Dessa forma, a mulher precisa valorizar os alimentos “leves”, ricos em vitaminas, como as frutas e as verduras, e evitar as “besteiras”, que são alimentos com excesso de gordura, sal e açúcar. Ainda, deve-se comer várias vezes ao dia e aumentar a ingestão hídrica.

A gestante precisa ter cuidados com o corpo e saúde, como a higiene, não “pegar frio” e não aumentar o peso exageradamente. A relação sexual durante a gravidez é uma prática que geralmente diminui durante este período, mesmo que as gestantes compreendam que não precisa ser evitada. O esforço físico deve ser evitado e os períodos de repouso devem ser maiores, mas a prática de atividade física também é importante. Esses cuidados contribuem para o bem-estar físico das gestantes.

O bem-estar emocional também precisa de atenção. Para isso, a gestante precisa evitar ficar nervosa, e ter uma gravidez tranquila, pois o contrário pode refletir na saúde do bebê, já que tudo o que a mulher sente o bebê também sente.

Dentre o que é proibido na gestação, encontram-se o álcool, drogas e cigarro, bem como os chás e os remédios sem prescrição. Essas substâncias podem trazer riscos para a saúde da mãe e do bebê e até mesmo o aborto.

Mesmo que as gestantes considerem que na gravidez a mulher pode continuar sua vida normal, elas mudam alguns hábitos e inserem novas práticas em seu cuidado. Portanto, constatei que a gestação implica em reorganização na vida da mulher e numa adaptação consciente em diversos sentidos.

Para essas adaptações, elas contam com o aprendizado sobre a gestação que ocorre desde a infância no meio familiar e social, que são os conhecimentos repassados por outras mulheres, como mães, avós, irmãs, tias, vizinhas e amigas. Esses conhecimentos têm grande importância para as gestantes e representam sua socialização primária. Ao mesmo tempo em que a família contribui para o aprendizado sobre a gestação, sua importância se dá também no cuidado que dirige à gestante. Portanto, o envolvimento da família deve ser valorizado no pré-natal.

A mídia e os profissionais de saúde ajudam na construção dos conhecimentos a respeito da gestação, sendo que as suas informações são baseadas no conhecimento científico e representam a socialização secundária das gestantes.

Esses saberes estão intrinsecamente ligados ao modo como as mulheres se cuidam durante a gestação. Destaco que os saberes adquiridos nessas três esferas dialogam entre si. Por isso, observei que no discurso das gestantes era forte a influência das orientações dos profissionais de saúde, pois o conhecimento científico influencia também as orientações dos familiares e do meio social.

Os mitos relativos à gestação também estiveram presentes neste estudo e são referentes a avistar uma pessoa com alguma deficiência e ficar rindo ou olhando demais; uso da chave e da moeda junto ao corpo; uso de roupas apertadas; mito de manchas na pele; mito do cordão umbilical enrolado no pescoço; mitos sobre alimentação; mito sobre a definição do sexo do bebê; e mito da influência da lua sobre a gestação. A maioria dos mitos citados relaciona-se a alguma prática que pode prejudicar o desenvolvimento do bebê.

Os saberes e práticas de cuidados a respeito da gestação que foram expostos neste estudo fazem parte da teia de significados que estas mulheres teceram por meio dos símbolos presentes em sua cultura. É importante destacar que essa teia vai sendo modificada ao longo da vida, pois a cultura é inevitavelmente dinâmica. Dessa forma, novos referenciais são incorporados nas aproximações com diferentes e novos saberes.

A assistência às mulheres no período gestacional é complexa e não deve ser compreendida apenas na realização de procedimentos para assegurar o bom desenvolvimento gestacional e fetal. Conforme percebido neste estudo, o pré-natal de enfermagem foi considerado muito importante para as gestantes, no momento em que era desenvolvido por profissional disposto a ouvi-las, dialogar com elas e valorizar seus saberes. Isso possibilitou a criação de vínculo entre a enfermeira e as gestantes, bem como a valorização do pré-natal de enfermagem.

Por isso, considero necessário um atendimento humanizado que valorize o relacionamento interpessoal. Nesse sentido, os profissionais precisam se aproximar da realidade dos usuários. Além da consulta pré-natal, uma importante ferramenta que proporciona essa aproximação é a visita domiciliar, onde o profissional entra em contato com a família e o meio social em que vive a gestante. O grupo de gestantes também é um instrumento que colabora na valorização dos saberes das mulheres e seus familiares, e é considerado importante para a troca de experiências entre as gestantes.

Ressalto que este estudo tem um olhar cultural. Assim, com um olhar diferente poderiam ser discutidos outros aspectos referentes aos saberes e às práticas de cuidados da gestação, por exemplo, fazendo comparações ou dando enfoque aos riscos e benefícios dessas práticas, o que não era a intenção deste estudo. No mesmo sentido, a dificuldade de encontrar estudos direcionados especificamente na perspectiva desta pesquisa, para a discussão dos dados, pode ser uma limitação.

Esta dissertação visa contribuir tanto para a área de enfermagem, como para os demais profissionais de saúde, no planejamento e organização das práticas de saúde no pré-natal, buscando a valorização dos saberes e das práticas populares a respeito da gestação e também da saúde.

Sugiro que algumas estratégias, como a visita domiciliar, os grupos de gestantes e a valorização da participação da família façam parte da atenção pré-natal nos serviços de saúde como forma de aproximação dos saberes profissionais aos saberes populares. Logo, os questionamentos realizados às gestantes e sua família devem buscar entender como e por que elas realizam suas práticas de cuidados. Assim, o conhecimento dessas práticas contribui para um atendimento mais individualizado à gestante e de acordo com sua cultura.

Ainda, a cultura deve ser transversal aos aprendizados da formação profissional, ajudando a preparar os profissionais para o encontro com diferentes realidades culturais no cotidiano profissional.

Para finalizar, reforço que, apesar das várias dificuldades comuns na realização de uma pesquisa, foi uma experiência prazerosa que me fez crescer pessoal e profissionalmente, reforçou minha paixão pelo cuidado às mulheres e ao período gestacional e trouxe inspiração para novas atitudes na prática do atendimento de saúde aos indivíduos, família e comunidade. Ressalto que este não é um fim, pois o conhecimento aqui produzido abre espaço para novos olhares e novas descobertas. Fica o convite para que muitos se aventurem, e se apaixonem pela abordagem cultural e pela temática da gestação.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, R.E.C. et al. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 680-687, oct./dic. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a12v16n4.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ALVES, C.N. **Caracterização das gestantes assistidas em consulta de enfermagem no pré-natal da Unidade Sanitária Kennedy**. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

ANDRADE, A; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ARAÚJO, M.A.M de. Bactrins e quebra-pedras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 103-10, ago. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ARCANJO, Z. et al. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 378-384, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a08.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

AZEVEDO D.V. de; SAMPAIO H.A. de C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 273-280, jul./set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n3/a05v16n3.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BADKE, M.R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES, S.F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3199-3206, out. 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a25v15s2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BARUFFI, L.M. **O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BECERRA, T.L. Reelación materno-fetal en México: aspectos transculturales. **Revista Perinatología y Reproducción Humana**, México (DF), v. 15, n. 1, p. 75-88, enero/marzo 2001. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip011i.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BERGER, P.; LUCKMANN, T.A. **A construção social da realidade**. Tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1976.

BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BONADIO, I.C. "Ser tratada como gente": a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 9-15, abr. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/397.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm?saude=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm&botaoook=OK&obj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. n. 25. Rio de Janeiro, 2009b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estatísticas do Registro Civil**. v. 36. Rio de Janeiro, 2009c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. **Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos Censos Demográficos 1940 e 2000**. n. 20. Rio de Janeiro, 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96: Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRAVO, S.F.M. Experiencia de la práctica de cuidado transcultural en el area materno perinatal. **Revista da Facultad Ciencias de la Salud**, Popayán, v. 8, n. 2, jun. 2006a. Disponível em: <<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF/2006/080206200605.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

_____. El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado. **Revista da Facultad Ciencias de la Salud**, Popayán, v. 8, n. 2, jun. 2006b. Disponível em: <<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BUDÓ, M. de L.D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Série Teses em Enfermagem n. 39. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BUENO, A.; IESSI, I.L.; DAMASCENO, D.C. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 477-479, maio/jun. 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 25 nov. 2011.

CALVASINA, P.G. et al. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a21v63n3.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

CASTRO F., E. et al. Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. **Aquichan**, Chía, v. 8, n. 2, p. 183-196, oct. 2008. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/135/270>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

CODATO, L.A.B; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-1080, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/30.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução do francês: Maria Leonor Braga Abecasis. Paris: Inter Editions, 1989.

COSP, M.R. et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, Asunción, v. 7, n. 2, p. 32-44, dic. 2009. Disponível em: <<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

COTTA, R.M.M. et al. Aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes e mães de crianças menores de dois anos de idade: o programa saúde da família em pauta. **O Mundo Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 294-302, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/69/294a302.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

DIAZ, C.M.G. et al. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 364-367, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17879/11668>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

DIÓZ, M. Atenção à mulher grávida. In: MANDÚ, E.N.T. **Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica.** Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 7-36.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs.). **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 11 - 24.

ESPIRITO SANTO, L.C. do; MORETTO, V.L. Pré-natal. In: OLIVEIRA, D.L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 110-137.

ESPIRITO SANTO, L.C. do; SANTOS, F.S. dos; MORETTO, V.L. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. In: OLIVEIRA, D.L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 61-78.

FARIA, P.G. de; AYRES, A.; ALVIM, N.A.T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1579/931>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

FEATHERSTONE, M. **O desmanche da cultura: globalização, pós-modernismo e identidade.** São Paulo: Studio Nobel, 1997.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D.M.B.; RAMOS, F.R.S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 360-368, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413306.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. – 12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A.G. de; ANTHONY, J.C. (Ed.). **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

GUIMARÃES, A.F.; SILVA, S.M.C.S. da. Necessidades e recomendações nutricionais na gestação. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 36-49, abr./jun. 2003.

GOMES, F. da S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas *versus* constructos sociais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 6, p. 669-680, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n6/a09v20n6.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERRERA-SUÁREZ, C.C. et al. Consenso cultural sobre alimentos em adolescentes embarazadas de Guadalajara, México. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 10, n. 5, p. 723-731, dic. 2008a. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n5/v10n5a05.pdf> >. Acesso em: 25 nov. 2011.

HERRERA-SUÁREZ, C.C. et al. Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 58, n. 1, p. 19-26, mar. 2008b. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v58n1/art03.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

HERNÁNDEZ, L.M. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 26, n. 1, p. 97-102, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_10.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

JONES, K. L.; IKEDA, M. **Padrões reconhecíveis de malformações congênitas**. São Paulo: Manole, 1998.

JUNGES, C.F. Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

JUSSANI, N.C.; SERAFIM, D.; MARCON, S.S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-189, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a10v60n2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, mai/jun 2010, p. 173-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

LEAL, D.P.S.; RODRÍGUEZ, L.M. de. La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 26, n. 2, jul./dic. 2008. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_6.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MADI, M.C.C; CASSANTI, A.C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, abr./jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/11.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MAGGIOLO, J. Tabaquismo durante el embarazo. **Revista Neumologia Pediátrica**, v. 6, n. 1, p. 12-15, 2011. Disponível em: <<http://www.neumologia-pediatria.cl/pdf/201161/taquismo.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MARTÍNEZ, N.R; CÁRDENAS, C.H.R. de. Si protegemos la vida y la salud durante la gestación, construimos para los dos un futuro saludable. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 27, n. 1, p. 30-7, enero/jul. 2009. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_4.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

MARTINS, M. de. F. da S. V. Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro? In: Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 8., 2004, Coimbra. **Anais...** Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2004. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12507/1/Um%20olhar%20sobre%20a%20Sa%C3%BAde%20Reprodutiva.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MAZARIEGOS-RAMOS, E. et al. Alteraciones em el metabolismo del calcio y fosfato secundarias a la ingestión de refrescos fosforados. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, Cidade do México, v. 52, n. 1, enero 1995. Disponível em:

<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28657&id_seccion=134&id_ejemplar=2938&id_revista=20>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MEDINA, I.A.; MAYCA, P.J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 23, n. 1, p. 22-32, enero/marzo 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MELO, V.H.; RIO, S.M.P. do. **Assistência pré-natal**. Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, A. et al. A visão da mulher na antropologia: mitos da criação e crenças em relação à gravidez. **Millenium – Revista do ISPV**, Viseu, n. 30, out. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/4.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MONTOYA, D.I.G. Significados del cuidado en el parto. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 25, n. 1, p. 115-21, enero/jun. 2007. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_10.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

MÜLLER, C.P.; ARAUJO, V.E.; BONILHA, A.L. de L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 03, p. 858–865, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a24.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

NUCCI, L.B. et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 502-507, dec. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7061.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

OKIYAMA, M.C. de O.; MONTICELLI, M. Promovendo o autocuidado de famílias “grávidas”: uma aproximação entre a enfermeira e as famílias na fase de aquisição. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 89-94, jan./abr. 2005. Disponível

em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5377/3433>>.

Acesso em: 25 nov. 2011.

OLIVA, T.A.; NASCIMENTO, E.R. do; ESPÍRITO SANTO, F.R. do. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 435-440, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a17.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ORSHAN, S.A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Tradução: Ana Thorell, Celeste Inthy, Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARADA, C.M.G. de L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/03.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

PELCASTRE, B. et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 375-82, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

PEREIRA, R. da R.; FRANCO, S.C; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/05.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

PICCININI, C.A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

RANGEL, M.; BRAGANÇA, F.C.R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 11, n. 1, p.100-109, 2009. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/servicos/publicacoes/rbpm/pdf_v11_n1_2009/revisao2_p100-109.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

RESSEL, L.B. **Consulta de enfermagem no pré-natal**: perfil epidemiológico de mulheres assistidas numa unidade básica de saúde, 2008. Projeto de pesquisa – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

_____. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem:** um estudo na perspectiva cultural, 2003. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

REZENDE, C.B. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 36, p. 315-344, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n36/n36a12.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

RIFFEL, M.J. Anemia nutricional e gestação. In: OLIVEIRA, D.L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério:** notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 139-158.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 1757/2002:** Contraindica o uso de plantas medicinais no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ROBERTSON, R. **Globalização:** teoria social e cultural global. Petrópolis: Vozes, 2000.

ROCHA, T.A. et al. Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/133/37>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

ROCHA, Everardo. **O que é mito.** Coleção Primeiros Passos, nº 151. São Paulo: Brasiliense, 1996.

SACOMORI, C. ; CARDOSO, F.L. Prácticas sexuales de gestantes brasileñas. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, Santiago, v. 73, n. 5, p. 313-317, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n5/art06.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SAUNDERS, C. et al. Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.

31, n. 9, p. 440-446, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n9/a04v31n9.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 61-70, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1940&dd99=view>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SCHERER, L.M.; BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. Gestantes/puérperas com hiv/aids: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 359-365, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a17.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SILVA, M.V.; MARTELLI, P.J.L. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura. **Odontologia Clínico-científica**, Recife, v. 8, n. 3, p. 219-24, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br/revista/v8n3/4.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SILVA, J.C.O. et al. Infecções urinárias de origem bacteriana diagnosticadas em Umuarama-PR. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 59-61, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_01/rbac_39_1_14.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SILVA, W.V. da; STEFANELLI, M.C.; HOGA, L.A.K. A relevância da comunicação terapêutica para o atendimento da dimensão emocional da gestante na assistência pré-natal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 17, n. 3, p. 35-44, set./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3859/2825>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SILVA, H.M.; RIBEIRO, C.D.; COSTA, A.R. Acompanhamento de gestantes: nível de informação e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. **Conexão ciência (Online)**, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uniformg.edu.br:21011/index.php/testeconexaociencia/article/download/45/73>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

SIQUEIRA, T.C. de A. **Da gestação ao resguardo**: a fala social de agentes de saúde de um assentamento do MST em Alagoas, nordeste do Brasil. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 103-106, jan./dez. 1999. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4853/3717>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

XIMENES L.B.; VARELA Z. M. de V. As implicações de um novo evento gravídico na família de uma mulher multigesta. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 311-317, 2004. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1595/934>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

YDY, R.R.A. Uso de medicamentos na atenção à mulher grávida. In: MANDÚ, E.N.T. **Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica.** Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 121-132.

ZHANG, L. et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/10.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada

NOME:
IDADE:
NATURALIDADE:
ESTADO CIVIL:
ETNIA:
RELIGIÃO:
GRAU DE ESCOLARIDADE:
IDADE GESTACIONAL:
PARIDADE:
GESTAÇÃO PLANEJADA: () SIM () NÃO
QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL JÁ REALIZOU?
ORIGEM DA RENDA FAMILIAR E VALOR:
PESSOAS QUE MORAM COM A GESTANTE:

- 1- Quais os cuidados que a mulher deve ter durante a gestação?
- 2- O que você acha que é permitido para a mulher fazer/usar/comer...durante a gestação? Explique o porquê.
- 3- E o que você acha que ela deve evitar neste período? Explique o porquê.
- 4- Como está sendo para você esta gestação?
- 5- Fale sobre sua experiência em relação a sua gestação e de outras mulheres do seu convívio.
- 6- Em relação à gestação, o que você aprendeu com seus pais, irmãos, irmãs e outras pessoas da sua família?
- 7- O que você aprendeu sobre gestação com os profissionais de saúde, nos hospitais e nos postos de saúde?
- 8- O que você aprendeu sobre gestação em jornal, revistas, televisão e internet?
- 9- De que forma estes aprendizados tem contribuído/orientado seus cuidados na gestação?
- 10- Quais são os cuidados que você está tendo durante esta gestação?
- 11- Quais são os cuidados que sua família tem em relação a você durante esta gestação?
- 12- Você modificou algum hábito ao saber que estava grávida?
- 13- Você conhece alguma crença a respeito da gestação?
- 14- Tem algo que você considere proibido durante a gestação? Ou alguma coisa que você acha que deve ser feito nesse período para proteger/cuidar da gestação?

APÊNDICE B - Roteiro de observação das consultas e grupos

- **Local:** Consultório de pré-natal de enfermagem da Unidade Sanitária Kennedy

- **Pontos a serem observados:**

- Comunicação verbal e não-verbal da gestante durante a consulta;
- Presença e interação de acompanhantes;
- Aspectos emocionais apresentados pela gestante;
- Comportamento e interesse da gestante na realização dos procedimentos técnicos e durante as orientações realizadas pela enfermeira e acadêmicos de enfermagem;
- Questionamentos, medos, as ansiedades demonstrados pela gestante;
- Relato dos saberes e práticas de cuidados referentes à gestação, bem como os dos mitos desse período.

APÊNDICE C - Roteiro de observação na visita domiciliar

- **Local:** domicílio das gestantes, zona norte de Santa Maria.

- **Pontos a serem observados:**

- Características da vizinhança (cenário comunitário físico-estrutural e social) onde reside a família da gestante e/ou a gestante;
- Características do domicílio (tipo de construção, disposição dos cômodos...);
- Relacionamento familiar, pessoas que residem no domicílio e a interação das mesmas com a gestante e a pesquisadora;
- Comunicação verbal e não-verbal da gestante durante a entrevista;
- Sentimentos expressos no decorrer da entrevista.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **“Saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS”**.

Pesquisadoras: **Cheila Sanfelice** (Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria) e **Lúcia Beatriz Ressel** (Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria).

Eu, informo que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção sobre a pesquisa **“Saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS”**, coordenada pela Enfermeira Mestranda Cheila Sanfelice com a orientação da Professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel.

Entendi que esta pesquisa tem como objetivo conhecer os saberes e as práticas de cuidado vivenciadas durante a gravidez. A partir dos resultados obtidos neste estudo, pretende-se melhorar o atendimento pré-natal e contribuir para a realização de atividades educativas em saúde, que possam ajudar as gestantes.

Informaram-me que a pesquisadora participará das consultas de pré-natal realizadas pela enfermeira na Unidade Sanitária Kennedy e do grupo de gestantes, entre os meses de março e abril de 2011, onde realizará observações e anotações dessas observações para a pesquisa. Fui esclarecida que neste mesmo período a pesquisadora fará uma visita em minha residência, de acordo com minha disponibilidade de data e horário, para me entrevistar e observar o ambiente domiciliar e as relações familiares. O meu depoimento, durante a entrevista, que aceito conceder livremente, será gravado em um aparelho digital. A gravação de minha fala será ouvida pela pesquisadora e transferida de maneira escrita para o computador, para que, assim, possa ser realizada a leitura de minhas respostas. Após a leitura e a análise dos dados, este material impresso juntamente com as anotações das observações será queimado e a gravação de minhas falas que ficará guardada em um CD-Rom será destruída após um período de cinco anos. As informações obtidas serão agrupadas de modo que não serei identificada em hipótese alguma em nenhum momento da pesquisa.

Estou ciente de que os benefícios deste estudo estão implicados na produção de conhecimento acerca do tema saberes e práticas de cuidado do viver gestacional, com intuito de qualificar a assistência pelo desenvolvimento de estratégias de atuação junto a gestantes, como ações educativas que beneficiarão não só as participantes do estudo como outras gestantes e também os enfermeiros. Também estou ciente de que os possíveis riscos na participação desta pesquisa

envolvem minha mobilização emocional durante a coleta de dados, situação que, se ocorrer, poderá ser minimizada com atendimento psicológico na Unidade Sanitária Kennedy.

Os dados coletados nas observações e na entrevista, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos e revistas da área da saúde. Os pesquisadores se comprometem em apresentar o relatório final desta pesquisa na Unidade Sanitária Kennedy.

Fui igualmente informada de que tenho assegurado o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- procurar o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, caso perceba que os objetivos e a realização dessa pesquisa ofereçam riscos.

Entendi também, que este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes e os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos.

Santa Maria, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Lúcia Beatriz Ressel

Cheila Sanfelice

Endereço da pesquisadora: Rua Olavo Bilac nº 32 aptº 401 – Santa Maria/RS – 97105-440 - RS
Email: cheilinha_sanf@yahoo.com.br **Telefone:** 99972579 ou 91742170.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE E – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança de dados

Título do projeto: “Saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS”

Pesquisadora: Cheila Sanfelice

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Instituição/Departamento: UFSM – PPGENF – Mestrado em Enfermagem

Telefone para contato: (55) 99972579 (55) 91376501

Email: cheilinha_sanf@yahoo.com.br / lbressel208@yahoo.com.br

Local da coleta de dados: Unidade Sanitária Kennedy.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das gestantes que realizam o pré-natal na Unidade Sanitária Kennedy no decorrer da realização desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de observações, registradas no diário de campo, e entrevista semi-estruturada, gravadas em aparelho digital. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão salvas e mantidas em um CD-Rom que ficará guardado, sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel, no armário da sala 1438 no 4º andar do prédio 26 da UFSM, por um período de no máximo cinco anos a partir de março/2011. Após este período, as falas serão excluídas digitalmente e a transcrição das falas e o diário de campo serão destruídos.

Santa Maria, _____ de _____ de 2010.

Lúcia Beatriz Ressel
Pesquisadora responsável
SIAPE: 379225

Cheila Sanfelice
Matrícula: 201060337

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO Nº.688/2010/SMS/NEPeS

Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

Vimos por meio deste informar que o projeto de mestrado intitulado "*Saberes e práticas de gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria/RS*", de autoria de Cheila Sanfelice sob orientação da prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel, vinculadas ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto ao serviço de saúde.

O presente projeto tem por objetivo conhecer os saberes e práticas que permeiam o período gestacional de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. O cenário da pesquisa será o consultório de enfermagem da Unidade Básica de Saúde Kennedy, Santa Maria/RS. Os sujeitos da pesquisa serão as gestantes atendidas nas consultas de enfermagem de pré-natal da referida unidade. Informamos que essa Secretaria apresenta concordância com o recrutamento dos sujeitos conforme disponibilidade e aceitação dos mesmos.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

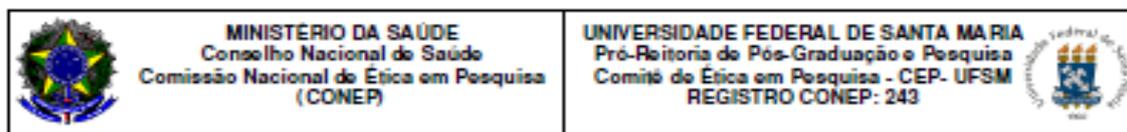
Salientamos a necessidade de envio de relatório final das atividades desenvolvidas enviando-o a este setor bem como as Unidades de estudo.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.


Hedioneia Pivetta

Núcleo de Educação Permanente

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Saberes e práticas de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS

Número do processo: 23081.020281/2010-40

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0375.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Lúcia Beatriz Ressel

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2012 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 11/01/2011

Santa Maria, 13 de janeiro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.