

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
Centro de Educação e Saúde  
Unidade Acadêmica de Saúde  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Amanda Haissa Barros Henriques

**Grupo de Gestantes:  
potencialidades e limites na complementariedade da assistência pré-natal**

CUITÉ – PB  
2012

Amanda Haissa Barros Henriques

**Grupo de Gestantes:  
Potencialidades e limites na complementariedade da assistência pré-natal**

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité-PB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. MsC. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

H519G      Henriques, Amanda Haissa Barros.

Grupo de gestantes: potencialidades e limites na complementariedade da assistência pré-natal. / Amanda Haissa Barros Henriques. – Cuité: CES, 2012.

61 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Pré-natal. 2. Gestantes. 3. Educação em saúde. Qualidade da assistência à saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.2-082

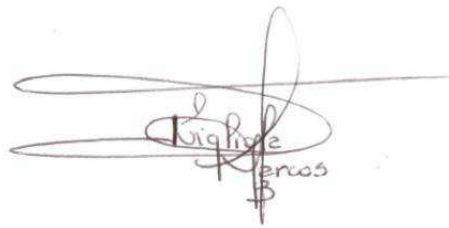
## **BANCA EXAMINADORA**

Local da Defesa: Auditório do Centro de Educação e Saúde – UFCG  
Data: 26 de Setembro de 2012  
Horário: 15h

Monografia: ‘GRUPO DE GESTANTES: potencialidades e limites  
na complementariedade da assistência pré-natal’

Concluinte: Amanda Haissa Barros Henriques

### **Membros Examinadores:**

A handwritten signature in red ink, appearing to read 'Gigliola Marcos', with a stylized flourish above it.

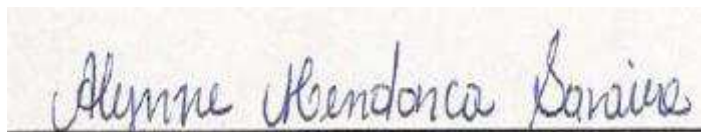
---

Profª. MsC. Gigliola Marcos Bernardo de Lima - UFCG  
Orientadora

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Janaína von Söhsten Trigueiro', written in a cursive style.

---

Profª. MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro - UFCG  
Examinadora

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alynne Mendonça Saraiva', written in a cursive style.

---

Profª. MsC. Alynne Mendonça Saraiva - UFCG  
Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso, primeiramente, a Deus por ter me dado saúde, força, fé e coragem para que eu chegasse até aqui, por nunca ter me abandonado, por se fazer presente em minha vida em todos os momentos, e por guiar meus passos sempre, dando-me sabedoria, discernimento e perseverança para que eu possa trilhar meu caminho.

Aos meus amados pais, Adenilson e Edilena, pela oportunidade de conquistar este sonho, por nunca terem medido esforços para que eu chegasse aqui, pelos ensinamentos e palavras de sabedoria, por todos 'sim' e 'não' que falaram pensando no meu bem e por me guiarem sempre para o melhor caminho, afastando-me de todo mal. A eles, dedico este trabalho, por todo amor e carinho que me deram, pela educação que souberam me oferecer, pelo colo e abraço nos momentos difíceis e por vibrarem junto a cada vitória minha. Essa vitória também é de vocês.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em especial, por ter permitido meu caminho até aqui, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, por ter guiado meus passos durante toda essa trajetória, mostrando-me que sou capaz e livrando-me de todo mal.

Aos meus pais, Adenilson e Edilena, minha razão de viver, eu agradeço pelo amor e carinho de sempre, por tudo que fizeram e fazem por mim, pelos ensinamentos e pela brilhante contribuição em minha formação pessoal, pois, devo a vocês, o que sou hoje.

Aos meus irmãos, Hamana, Hamon, Halline e Harisson, meu porto seguro e fonte de inspiração constante em minha formação, pelos exemplos dignos de pessoas, pelo companheirismo e amor de sempre.

Ao meu amor, amigo e companheiro, Danilo, que me acompanhou ao longo dos cinco anos de curso, por todo amor, pela compreensão nos momentos difíceis dessa caminhada, pela solidariedade sempre presente, por acreditar em mim e estar ao meu lado sempre.

Aos meus avôs maternos, Benealzira e Agenor (*in memoriam*), e aos meus avôs paternos, Severina e Antônio agradeço, pelo exemplo de pessoas que representam pra mim ao ponto de que lutaram e conseguiram vencer na vida sem nunca precisar fazer o mal nem derrubar ninguém pra conseguir seus objetivos, como também, pelos ensinamentos que deram aos meus pais, e os quais foram passados para mim.

A toda minha família, que direta ou indiretamente contribuíram na minha formação pessoal, por todos os exemplos e amor ofertado, em especial a minha tia-avó e amiga queridíssima Tia Paula, pelo companheirismo de sempre e por acreditar no meu potencial.

Às minhas amigas e irmãs de coração, Louciane, Luiza, Raquel, Aianna, Kaly, Renata, Aninha, Juliete, Dandarya e Carina, por representarem pra mim que amizades verdadeiras ainda existem, por dividirem comigo os melhores e piores momentos da minha vida, por todas as lágrimas, os sorrisos e abraços, e por se alegrarem comigo a cada conquista alcançada.

Aos meus colegas e amigos de curso pela convivência única durante os anos de faculdade, em especial a Josy, minha amiga-irmã e mãe que adotei, por todo amor, amizade e companheirismo demonstrado. Agradeço a você, minha amiga, a amizade que soubemos construir e que levaremos além da faculdade, por partilhar comigo desde os trabalhos até os momentos mais difíceis dessa trajetória, por vibrar comigo a cada alegria minha, e por sempre deixar tão claro que posso contar contigo.

À professora, orientadora e amiga, Gigliola Bernardo, pelos ensinamentos desde o início do curso, por me inspirar diretamente nas áreas que pretendo seguir, por contribuir

positivamente para que eu me apaixonasse cada vez mais pela Enfermagem, e, em especial, por ter aceitado me orientar neste trabalho, pelo tempo dedicado, pela estimulação e ajuda na concretização e desenvolvimento do mesmo.

A todos os docentes, meus queridos mestres, pessoas essenciais para minha formação acadêmica, pelo excelente trabalho desenvolvido nesses cinco anos, sendo responsáveis pela visão que tenho hoje acerca da Enfermagem, por todos os ensinamentos e exemplos de vida que foram passados, os quais vão além de conhecimentos científicos quando falam em humanização e amor ao próximo no ato de nossa profissão.

As participantes da Banca Examinadora, professoras Alynne Mendonça e Janaína Von Shosten, que se disponibilizaram, contribuindo com opiniões de grande relevância para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Às participantes da pesquisa, sem as quais, esta não seria possível, pela importante contribuição e pela disponibilidade, me acolhendo em seus lares para que fossem feitas as entrevistas e permitindo-me a vivência maravilhosa ao lado das mesmas na elaboração desse trabalho.

Aos campos de estágios e os funcionários que me acolheram, ensinaram e contribuíram para o meu desenvolvimento teórico-prático, em especial as Enfermeiras Janaína, Carol, Airy e Cláudia, durante minha prática na atenção básica em meu município, Picuí-PB, bem como, a toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), na atenção hospitalar em Campina Grande-PB.

Aos funcionários do CES e aos diversos caronistas, estes últimos que me ajudaram a chegar mais cedo em casa, no meu trajeto Cuité – Picuí, nos dias em que as aulas terminavam mais cedo. A vocês, que seria impossível saber tantos nomes, meu muito obrigado.

E finalmente, e, em especial, aos pacientes que estiveram sob meus cuidados até aqui, os quais se disponibilizaram em ser assistidos por mim durante os estágios, confiando em minhas ações. É pensando na saúde de vocês e em tantos outros que ainda assistirei, que tentarei sempre dar o melhor de mim.

**Grupo é...**

*A cada encontro: imprevisível.*

*A cada interrupção da rotina: algo inusitado.*

*A cada elemento novo: surpresas.*

*A cada elemento já parecidamente conhecido: aspectos desconhecidos.*

*A cada encontro: um novo desafio, mesmo que supostamente já vivido.*

*A cada tempo: novo parto novo, compromisso fazendo história.*

*A cada conflito: rompimento do estabelecido para a construção da  
mudança.*

*A cada emoção: faceta insuspeitável.*

*A cada encontro: descobrimentos de terras ainda não desbravadas.*

*Grupo é Grupo.*

*(FREIRE, 2012)*



## RESUMO

HENRIQUES, A. H. B. **GRUPO DE GESTANTES: potencialidades e limites na complementariedade da assistência pré-natal.** 2012. – f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB.

Esta pesquisa tem por objetivo geral verificar as contribuições, limites e potencialidades do Grupo de Gestantes do município de Picuí-PB enquanto subsídio complementar a assistência pré-natal. Trata-se de um estudo de natureza exploratória sob a perspectiva da abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um Grupo de Gestante do Município de Picuí-PB, cujas reuniões são realizadas mensalmente e o levantamento dos dados ocorreu no período de fevereiro a março deste ano, sendo agrupados de acordo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A população foi composta por todas as mulheres que participavam das reuniões do Grupo de Gestantes e a amostra foi composta por àquelas que desejaram livremente participar do estudo, sendo maiores de 18 anos e com frequência mínima de três encontros no Grupo de Gestante. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado norteado a partir dos objetivos da pesquisa. Frente aos resultados, os discursos dos sujeitos coletivos formulados a partir das falas individuais de cada colaboradora desse estudo evidenciaram o conhecimento das mesmas acerca do significado de Grupo de Gestantes, como também, o complemento que este representa na assistência pré-natal e a melhor vivência da gravidez em decorrência da participação nas reuniões do grupo. A pesquisa aponta para a importante colaboração do Grupo de Gestante em questão para uma vivência mais segura e informada do ciclo gravídico-puerperal das participantes do mesmo, sendo esse visto como um cenário capaz de permitir a socialização da vivência gestacional, as trocas de experiências e de conhecimentos, tornando as gestantes ativas nesse processo.

**Palavras-chave:** Grupo de Gestantes. Pré-Natal. Complementariedade.

## ABSTRACT

HENRIQUES, A. H. B. **PREGNANCY GROUPS: the limits and potentialities in complementing the prenatal assistency.** 2012. - f. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité – PB.

This research aims to verify the general contributions, limits and potential of the Group of pregnant women in the municipality of Picuí - PB while supplementary allowance to prenatal care. This is an exploratory study from the perspective of quantitative and qualitative approach. The research was conducted on a group of Pregnant County Picuí-PB, whose meetings are held monthly and the data collection took place from February to March this year, being grouped according to the technique of collective subject discourse. The population consisted of all women who participated in the meetings of the Group of Pregnant Women and the sample was composed of those who wished to freely participate in the study, being over 18 years and with minimum of three meetings in Pregnancy Group. The instrument used for data collection was a structured interview-type semi-structured guided from the research objectives. Based on the results, the discourses of collective subjects formulated from the speech of individual collaborative study showed that knowledge of them about the meaning of Group of Pregnant Women, as well, that this is the complement in prenatal care and better living pregnancy as a result of participation in group meetings. The research points to the important contribution of the Group of Pregnant in question for a safer and more informed experience of pregnancy and childbirth the same participants, this being seen as a scenario that would allow the socialization experiences of pregnancy, the exchange of experiences and knowledge, making pregnant women active in this process.

**Keywords:** Group of Pregnant Women. Prenatal. Complementarity.

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 – Distribuição do número de Partos Normais e Cesáreas vivenciados pelas participantes do estudo. Picuí-PB, 2012 (n = 06)..... Pg. 40
- GRÁFICO 2 – Distribuição do número de Abortamentos vivenciados pelas colaboradoras do estudo. Picuí-PB, 2012 (n = 08)..... Pg. 41
- GRÁFICO 3 - Distribuição das participantes do estudo de acordo com a classificação para qualidade dos encontros do Grupo de Gestante. Picuí-PB, 2012 (n=08)..... Pg. 42

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Qual o significado de ‘Grupo de Gestante’ para você?..... Pg. 44
- QUADRO 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: De que forma você acha que o grupo complementa a assistência pré-natal que você recebeu?..... Pg. 45
- QUADRO 3 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Você acredita que sua participação nas reuniões do grupo favoreceu uma melhor vivência da gravidez? Justifique..... Pg. 46

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição das colaboradoras do estudo segundo a faixa etária e o número de gestações. Picuí-PB, 2012.....	Pg. 39
TABELA 2 – Temas abordados nos encontros do Grupo de Gestante segundo as participantes do estudo. Picuí-PB, 2012 (n=08).....	Pg. 43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Hb – Hemoglobina

HBsAg – Infecção pelo Vírus da Hepatite B

Ht – Hematócrito

## LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
BCF's – Batimentos Cardíacos Fetais  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisas  
DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil  
DPP – Data Provável do Parto  
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo  
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
DUM – Data da Última Menstruação  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FASER – Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida  
IG – Idade Gestacional  
IMC – Índice de Massa Corporal  
MS – Ministério da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAISC – Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança  
PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher  
PAISMC – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança  
PHPN – Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil  
SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS's – Unidades Básicas de Saúde  
USF's – Unidades de Saúde da Família  
VDLR – Veneral Disease Research Laboratory

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA</b> .....	Pg. 15
1.1 Objetivos.....	Pg. 20
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	Pg. 21
2.1 Assistência pré-natal: bases políticas e evolução histórica e sua interface para atenção a saúde da mulher no Brasil.....	Pg. 22
2.2 Assistência pré-natal: conceitos, características e bases legais.....	Pg. 24
2.3 Grupo de Gestantes: espaço de troca de saberes e estratégia complementar para qualificação da assistência pré-natal.....	Pg. 27
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	Pg. 33
3.1 Tipo de pesquisa.....	Pg. 34
3.2 Local da pesquisa.....	Pg. 34
3.3 População e amostra.....	Pg. 35
3.4 Instrumento para coleta de dados.....	Pg. 35
3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	Pg. 35
3.6 Procedimento para coleta de dados.....	Pg. 36
3.7 Análise dos dados.....	Pg. 36
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	Pg. 38
4.1 Caracterização das participantes do estudo.....	Pg. 39
4.2 Dados pertinentes aos objetivos da pesquisa.....	Pg. 42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	Pg. 47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	Pg. 50
<b>APÊNDICES</b> .....	Pg. 55
<b>ANEXOS</b> .....	Pg. 58





---

## 1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Ao longo dos anos, a mulher tem despertado para a busca por seus ideais, no intuito de atingir um espaço digno na sociedade. Essa luta pela cidadania apresenta registros no Brasil desde o final do século XVIII, fundamentada pelos ideais modernos da Revolução Francesa. O século XIX e a primeira metade do século XX são marcados pela busca, por parte das mulheres, dos direitos à educação e ao voto; os quais trouxeram novas condições de inserção social para as mesmas. Contudo, a conquista desses direitos era muito pouco diante do contexto que engloba a saúde da mulher (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Descontente com as diferenças de gênero, marcadas pelo poder patriarcal, desigualdades sociais e opressão, além do enfoque reducionista dado às questões de saúde da mulher, surge - ainda que com baixo impacto político - na década de 1960, o movimento feminista ou feminismo (FREITAS; et al., 2009).

As feministas reivindicavam, de acordo com Pedrosa (2005), sua condição de sujeitos de direito, apresentando necessidades de saúde que iam além do momento da gestação e do parto, visando melhorias na assistência integral à saúde feminina. O trecho a seguir representa parte do contexto idealizado pelas feministas:

[...] a saúde da mulher inclui uma ampla gama de aspectos relativos a enfermidades, doença, bem-estar assim como as atividades de prevenção, diagnóstico, cuidado e cura. Saúde é nesse sentido, um modo de bem-estar total, que não é determinado somente por fatores biológicos e reprodutivos, mas também por efeitos do trabalho, nutrição, estresse, guerra e migração, entre outros (VAN DER KWAAK; et al., 1991. p. 2).

Assim, a partir da perspectiva do conceito ampliado de saúde, a restrição do cuidado a saúde da mulher voltada, sobretudo, ao período gravídico, fez urgir a necessidade de mudanças paradigmáticas. Pedrosa (2005) afirma que os Programas Materno-Infantis, responsáveis até então pelo cuidado a saúde feminina, mantinham uma percepção estreita da mulher, sendo esta vista apenas como reprodutora, mãe e doméstica, encarregada da criação, educação e cuidado com a saúde dos maridos e filhos.

Como um dos primeiros resultados da contínua luta feminista, em 1978, a Conferência de Alma-Ata estabeleceu, em sua Declaração, a atenção à assistência materno-infantil como prioridade, acrescentando o planejamento familiar, não só com base nos aspectos procriativos, mas também abrangendo as necessidades da família. Já em 1979, o Brasil se tornou signatário da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, esta aprovada pelas Nações Unidas em assembleia

geral, lutando em defesa da igualdade entre homens e mulheres no âmbito econômico, social e cultural (BRASIL, 1985-1997).

Ainda em 1979, a chegada de brasileiras do exterior favoreceu o movimento de mulheres por meio de experiências de militância feminista em outros países, caracterizando o que Ávila e Corrêa (1999) denominaram de ‘internacionalização do debate feminista’ em nosso país.

Em meados da década de 1980 são incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher, mais precisamente em 1983, quando o governo brasileiro também influenciado pelo movimento sanitário, lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Para Formiga Filho (1999), o PAISM representou um avanço na medida em que se fundamentou nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na perspectiva da integralidade e equidade.

O PAISM tinha por base a atenção ginecológica; prevenção de câncer; planejamento familiar; tratamento para infertilidade; assistência pré-natal, parto e puerpério; assistência à menopausa e climatério; diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), bem como as doenças mentais e ocupacionais em mulheres (GALVÃO, 1999).

Apesar de ainda conter fragilidades, se faz pertinente reconhecer a importância do PAISM, por ser este um programa pioneiro em propor o atendimento da saúde reprodutiva das mulheres de forma integral e não apenas por meio de ações voltadas isoladamente ao planejamento familiar (OSIS, 1998).

Assim como a formulação do PAISM, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985, e da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, no Ministério da Saúde (MS), foram referências fundamentais que comprovaram a institucionalização da agenda feminista pelo Estado (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Os autores anteriores também destacam a realização em outubro de 1986, da I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, na qual houve uma ampla, qualificada e diversificada representação política das mulheres. Outro fato que também merece ênfase como avanço das políticas de saúde da mulher foi a realização da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1988, em Adelaide, a qual teve como tema central políticas públicas voltadas para a saúde. Neste evento, dentro das quatro áreas de promoção da saúde, uma delas era o apoio à saúde da mulher, enfatizando a valorização da mulher trabalhadora e a igualdade de direitos na divisão do trabalho (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 2001).

Em 1991, há a criação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a qual segundo Ávila e Corrêa (1999) prioriza a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

No sentido de buscar, cada vez mais, por melhorias na assistência a saúde da mulher, surge em 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentando como metas o atendimento humanizado e integral a gestante nos serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a).

Conforme o Ministério da Saúde (2000a), o PHPN apresenta como critérios mínimos, o acompanhamento básico às gestantes, com início precoce do pré-natal, este com no mínimo seis consultas; a solicitação de exames de rotina em dois momentos da gestação; teste de HIV; imunização contra o tétano; bem como, consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto. Todos esses critérios foram determinados com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada às gestantes atendidas pelo SUS.

Posteriormente, na perspectiva de continuar avançando em políticas públicas, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser norteadada por um programa de governo e passa a ser regida por uma política de Estado. Surgindo, assim, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Destaca-se como um dos objetivos desta Política o acolhimento de mulheres historicamente excluídas da assistência à saúde, como lésbicas, negras, indígenas, residentes em zonas rurais, presidiárias, mulheres portadoras de distúrbios mentais, mulheres portadoras de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com doenças crônicas não transmissíveis, entre outras (BRASIL, 2004).

Entre os eixos temáticos da PNAISM encontram-se o incentivo a promoção da saúde como também a redução de casos de morbidade e mortalidade entre mulheres, sobretudo àquelas por causas preveníveis e evitáveis, além do incentivo a assistência humanizada.

Porém, apesar desses avanços e passado mais de uma década da implantação do PHPN, diferentes estudos mostram, segundo Andreucci e Cecatti (2011), que a sua abrangência, enquanto programa, permanece precária diante do que é estabelecido nas metas do mesmo. Como em todo o contexto de atenção voltada à saúde da mulher, ainda há muito para ser alcançado.

Para um nascimento humanizado e com o mínimo de riscos possíveis para o binômio mãe-filho, como é preconizado pelo PHPN, a qualidade e eficácia do pré-natal devem ser cada vez mais buscadas pelos profissionais de saúde. Visto que, o pré-natal se constitui como

“um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito” (BRASIL, 1985, p. 19-20).

De forma a complementar e subsidiar a assistência oferecida nas consultas de pré-natal e com o objetivo de tornar ainda mais eficaz a qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde, eis que surgem os Grupos de Gestantes, sendo estes, definidos por Delfino (et al., 2004), como um espaço dinâmico que objetiva promover a saúde de forma integral das gestantes, tanto no seu aspecto individual quanto no coletivo, envolvendo gestante, família e comunidade.

A integralidade oferecida pelos Grupos de Gestantes diz respeito não só ao atendimento particular a cada mulher, mas também ao seu parceiro e demais atores envolvidos no processo do gestar e cuidar. A partir do momento que as gestantes participam dos Grupos, espera-se que elas se tornem multiplicadoras do saber, afinal, nesse espaço elas poderão esclarecer suas dúvidas sobre o período gravídico-puerperal, bem como, trocar experiências com as demais mulheres.

As atividades desenvolvidas em grupo ganham importância para Munari e Rodrigues (1997, p. 14), ao defenderem que “um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamentos e mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações”. Por ser a gravidez um momento único na vida das mulheres, caracterizado por modificações, anseios e dúvidas, torna-se pertinente valorizar a importância da formação de Grupos de Gestantes como forma de complementar a assistência prestada nas consultas de pré-natal.

Diante do exposto, a presente pesquisa enfatizou os Grupos de Gestantes como objeto de estudo a partir da perspectiva de mulheres participantes deste espaço de saberes. Reconhecendo que esta é uma realidade ainda pouco investigada, a pretensão foi gerar discussões voltadas as contribuições, limites e potencialidades inerentes a essa estratégia complementar do pré-natal.

O interesse em abordar a temática ‘Grupo de Gestantes’ surgiu a partir de uma vivência durante estágio prático no último ano do curso, onde tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira que me supervisionava no Estágio Supervisionado I em um dos encontros realizados no Grupo de Gestante do município de Picuí-PB. Ao encontrar neste espaço muitas das gestantes que realizavam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estagiei, pude perceber que a assistência das mesmas tornava-se mais completa quando

além das consultas elas participavam dos encontros no Grupo, e que dessa forma, este complementava positivamente a assistência oferecida a essas mulheres

## **1.1 Objetivos**

### Objetivo Geral:

- ✓ Verificar as contribuições, limites e potencialidades do Grupo de Gestantes do município de Picuí - PB enquanto subsídio complementar a assistência pré-natal.

### Objetivos Específicos:

- ✓ Descrever as atividades desenvolvidas no Grupo de Gestantes e investigar o impacto dessas ações para o bem estar geral das mulheres participantes;
- ✓ Conhecer em linhas gerais as contribuições e potencialidades do Grupo de Gestante para a qualificação da assistência pré-natal;
- ✓ Conhecer o significado do Grupo de Gestantes para as participantes.



---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

## **2.1 Assistência pré-natal: bases políticas e evolução histórica e sua interface para atenção a saúde da mulher no Brasil**

Na antiguidade já se falava em acompanhamento às gestantes, porém, não da forma ampliada como é visto nos dias atuais. Existia de fato uma atenção, um olhar diferenciado a este público-alvo, o que foi de grande importância para que, com a evolução das políticas de saúde no Brasil e no Mundo, a gestante tivesse o que hoje caracterizamos como acompanhamento pré-natal.

Browne e McClure Browne (1995) descrevem em sua publicação “Antenatal and Postnatal Care” a evolução histórica do pré-natal, sendo esta subdivida em três momentos. O primeiro momento e início da discussão acerca desta temática são marcados por registros em livros hindus com aconselhamentos e recomendações para gestantes quanto ao fato de manterem-se sempre alegres, sobre a proteção contra a cólera e o medo, bem como a obediência a regras dietéticas especiais. Estas eram na verdade recomendações relevantes, porém sem fundamento científico que as valorizassem ainda mais.

É notório que a princípio a preocupação maior era, de fato, com a proteção às gestantes, cujo público até então era visto com abandonado e sem assistência; havendo início de registros quanto à solicitação, aos governantes, da criação dos chamados hospitais de pré-maternidade (BROWNE; MCCLURE BROWNE, 1995).

De acordo com os autores supracitados, o segundo momento da evolução histórica do pré-natal começou em 1901, quando nos Estados Unidos da América (EUA) foi introduzida a assistência às gestantes, as visitas domiciliares e as internações hospitalares. Correspondente a esta evolução, em 1910, na Austrália, foi criada a primeira clínica pré-natal especializada, a qual recomendava: evitar a ansiedade e o medo por parte das gestantes e puérperas, o diagnóstico e o tratamento precoces de intercorrências capazes de agravar a gravidez, e a redução da mortalidade perinatal.

A partir daí, há a criação, em todos os países desenvolvidos, nos hospitais-maternidades, dos Serviços ou Setores de Pré-Natal visando não apenas a proteção à gestante, mas também, considerando medidas terapêuticas de caráter preventivo em relação ao binômio materno-fetal.

O segundo momento é ainda caracterizado pelo surgimento de propedêuticas obstétricas, se estendendo até 1950. Com a diminuição das taxas de mortalidade materna, começou-se a ter preocupação também com o feto e sua saúde. É quando inicia o terceiro e atual momento da evolução da assistência ao pré-natal, período este, que tem buscado, cada



vez mais, valorizar o conceito e reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal em decorrência da gestação (LANDERDAHL; et al., 2007).

No contexto do Brasil, Duarte e Andrade (2008) complementam que foi somente em 1953, com a criação do MS, que se iniciaram ações na prática da Saúde Pública de assistência a saúde materno-infantil. Os autores ainda afirmam que esta passou a ser bem mais reconhecida e efetuada com a elaboração do documento acerca das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1970, o qual estabelecia programas de assistência ao parto, puerpério, gravidez de alto risco, acompanhamento de crianças menores de quatro anos, bem como, enfatizava o estímulo ao aleitamento e nutrição materna.

Como forma de firmar o compromisso estabelecido por esse documento, surge em 1975, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), apresentando como público-alvo as gestantes, parturientes, puérperas, mulheres em idade fértil, bem como os recém-nascidos. Em contrapartida, segundo Nagahama e Santiago (2005), para que a assistência à mulher no contexto gravídico-puerperal fosse completa, surge em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com o intuito de prevenir esse tipo de gestação, o qual apresenta risco não só para a gestante como também para o feto.

Influenciado pelos ideais do Movimento Feminista e da Reforma Sanitária em 1983, o MS através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o PAISM, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade da mulher e da criança – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Em 1984, o PAISMC foi implantado e em 1991 houve a separação do mesmo em Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). O objetivo maior do PAISM era atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas (BRASIL, 2004).

Ainda pensando na ampliação do cuidado a saúde da mulher na perspectiva da integralidade, foi criado em 2000 o PHPN, o qual recomenda critérios mínimos de qualidade para o adequado acompanhamento e assistência a gestante e puérpera. Visando, principalmente, a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal e o melhor desfecho do processo da gestação, parto e nascimento, o PHPN preconiza que a assistência pré-natal deve ser cada vez mais atuante para que, conseqüentemente, suas ações sejam eficazes na busca pela melhoria da saúde materno-fetal (BRASIL, 2004).

Em 2004, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser regida por Programas e passa a ter como representação a PNAISM. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os

avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) defende também que esta política agrega a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

Guiados pela PNAISM, destacam-se temas como enfoque de gênero, diversidade cultural, controle social, empoderamento da mulher, entre outros, nos diferentes espaços sociais e políticos, sendo eixos interdisciplinares e intersetoriais presentes nos debates que envolvem a mulher e seu processo de cuidar.

Nesse sentido, reforça-se a relevância do acompanhamento pré-natal como uma conquista conseguida ao longo dos anos pela luta da mulher por seu direito preservado a luz da cidadania. Assim, descreveremos adiante, especificamente, esta ferramenta de importante repercussão para a saúde da mulher.

## **2.2 Assistência pré-natal: conceitos, características e bases legais**

Neme (2005) relata que a assistência pré-natal pode ser definida como o conjunto de todas as medidas terapêuticas realizadas e recomendadas durante a gestação, sejam elas diagnósticas, preventivas e/ou curativas. Tais medidas devem ser efetuadas, visando o melhor desenvolvimento do conceito e a manutenção e/ou melhora da saúde física e psíquica da gestante.

Cabral, Ressel e Landerdahl (2005) acrescentam que a atenção pré-natal torna-se mais eficaz e de qualidade quando objetiva assistir e acolher a mulher o mais precoce possível durante a gestação, atuando na prevenção e redução de fatores de risco para a saúde da mãe e da criança, assegurando, por sua vez, o término da gestação e o momento do parto de forma mais humana e tranquila, bem como, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal.

Duarte e Andrade (2008) ainda complementam que a assistência pré-natal não pode se restringir apenas às ações clínico-obstétricas, pois há todo um contexto em volta da gestante que vai muito além das características físicas que a mesma apresenta, como por exemplo, a existência de seus aspectos antropológicos, culturais, sociais e econômicos; os quais devem

ser reconhecidos e necessitam ser aprofundados pelos profissionais de saúde que a acompanha, buscando entendê-la e assisti-la integralmente.

Dessa forma, a consulta de pré-natal deve proporcionar medidas favoráveis que atendam as necessidades particulares das gestantes, incluindo suas dúvidas e anseios, para que ocorra o bem-estar da mesma, paralelo a um acompanhamento adequado do desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas durante a gestação.

A tranquilidade do atendimento, o acolhimento e o estabelecimento do vínculo entre a gestante e o profissional, segundo Costa, Guilhem e Walter (2005), são fatores importantes na humanização da assistência prestada, cujos quais favorecerão a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção pré-natal.

O calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função da idade gestacional que se encontra a mulher, e também da determinação de riscos para a saúde materno-fetal. O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que o acompanhamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre, devendo ser regular e completo. É indicada a realização de no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada a anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual (BRASIL, 2006, p. 25).

O autor anterior a respeito dos antecedentes ginecológicos refere-se ao conhecimento de como se comporta o ciclo menstrual da gestante, se a mesma fazia uso de métodos anticoncepcionais antes de engravidar, se já apresentou problemas quanto à esterilidade e infertilidade, bem como, se já fez tratamento caso a resposta seja positiva. Aborda-se também sobre a presença de DST's ou de doença inflamatória pélvica; sobre ocorrência de cirurgias ginecológicas; alterações e se for o caso, tratamento, nas mamas; e sobre a última vez que realizou o exame colpocitológico, com a data da realização e o resultado.

No que se refere aos antecedentes obstétricos preconiza que para melhor assistir a gestante é pertinente ter conhecimento acerca dos números de gestações, partos normais ou cesarianas, e abortos vivenciados pela mesma; sobre o número de filhos vivos; a idade da primeira menstruação; o intervalo entre as gestações; a ocorrência a respeito da isoimunização Rh; bem como, a ocorrência de complicações e intercorrências em gestações anteriores ou no período puerperal e o conhecimento da história de aleitamentos anteriores, com ênfase na duração e no motivo do desmame (BRASIL, 2006).

Após saber sobre gestações anteriores com o objetivo de identificar riscos que possam vir a interferir na saúde materna, busca-se ter conhecimento sobre o presente, ou seja, sobre a gestação atual. Nesse caso, é imprescindível saber sobre a data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação (DUM); o peso e altura da gestante; sobre os sinais e sintomas que a gestante tem vivenciado; sobre hábitos alimentares, bem como, se a mesma é fumante ou elitista; acerca de medicações utilizadas na gestação ou alguma internação da mulher durante a gestação atual; e ainda sobre a ocupação da mesma e aceitação ou não da gravidez pela mulher, parceiro e família (BRASIL, 2006).

O exame físico realizado no primeiro contato com a gestante “deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico” (BRASIL, 2006, p. 25). Neste exame gineco-obstétrico, também chamado de específico da gravidez, deve ser abordado o exame clínico das mamas; a palpação obstétrica, a fim de identificar a situação e apresentação fetal; a medida da altura uterina; a ausculta dos batimentos cardíacos fetais; a inspeção dos genitais externos e a realização do exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade.

Nas consultas subsequentes, a anamnese deverá ser mais sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Conforme o Ministério da Saúde (2006), dúvidas e ansiedades vivenciadas pela mulher deverão ser ouvidas, principalmente no que se refere a alimentação, modificações no corpo, movimentação fetal, hábito intestinal e urinário, e a presença de corrimento ou outras perdas vaginais.

Quanto aos exames solicitados à gestante podemos citar a dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; glicemia de jejum; sumário de urina; bem como, a sorologia para sífilis (Venereal Disease Research Laboratory - VDRL), anti-HIV, hepatite B (HBsAg), toxoplasmose e rubéola (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Vale ressaltar que estes exames são solicitados pelo enfermeiro no início do acompanhamento pré-natal e, posteriormente, próximo à 30ª semana de gestação.

Para que a assistência pré-natal ocorra da melhor forma possível, é indispensável que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando e considerando os valores culturais e as limitações de cada gravidez em suas particularidades. Dessa forma, a presença de profissionais qualificados, aptos a acolher e assistir às gestantes, é vista como ponto diferencial na assistência dos serviços de saúde.

Durante as consultas de pré-natal realizadas pelo profissional de enfermagem, além da escuta e do diálogo mantido com a gestante, são realizados procedimentos básicos de rotina, como por exemplo: aferição de pressão arterial, peso, altura, cálculo do Índice de Massa

Corporal (IMC), cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP), ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF's) e medida da altura uterina. Todos esses dados devem ser registrados tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante, para melhor acompanhamento da gestação (LANDERDAHL; et al., 2007).

Também se faz pertinente o conhecimento das bases legais por parte dos (as) enfermeiros (as) que realizam o acompanhamento pré-natal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem Nº 7.498/86 e o Decreto Nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2000b). É o profissional de Enfermagem que escutará e acolherá a gestante nos serviços de saúde, em especial nas Unidades de Saúde da Família (USF). Isto porque, a atuação do enfermeiro na assistência às gestantes vem ganhando destaque desde a implantação do PAISM e fortalecida ainda mais com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### **2.3 Grupo de Gestantes: espaço de troca de saberes e estratégia complementar para qualificação da assistência pré-natal**

As práticas educativas em saúde podem ser utilizadas de forma a contribuir positivamente ao processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, por proporcionar um ambiente de ressignificação do saber entre as pessoas envolvidas. A escuta, sem julgamento e preconceitos, bem como o diálogo franco, contribuem para a qualidade da ação educativa, permitindo que o sujeito exponha suas dúvidas e necessidades, e conseqüentemente, fortalecendo o vínculo entre o profissional e o mesmo (ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001; SAITO; GUALDA, 2003).

No desenvolver de ações de educação em saúde é imprescindível considerar as representações sociais de cada participante, as noções e pensamentos que cada sujeito adquire sobre saúde no decorrer de sua vida, identificando o que favorece, bem como, o que prejudica a busca por uma vida saudável. Vale salientar que essa visão da saúde construída pelas pessoas está suscetível a mudanças e atualização dos hábitos e modos de vida, onde tais transformações ocorrem na maioria das vezes, justamente, em decorrência de práticas educativas de qualidade.

Para trabalhar educação em saúde com base no enfoque grupal, os profissionais envolvidos não podem perceber os sujeitos como passivos, os quais apenas recebem informações e devem seguir as recomendações oferecidas, sem ao menos ter o direito de decidir fazer o que ele, em particular, compreende como correto. Pelo contrário, como alegam

Souza et al. (2005), tais profissionais devem ser capazes de estimular os participantes, tornando-os ativos ao promover a consciência crítica dos mesmos, assim como, sua autonomia acerca de assuntos relacionados à saúde.

O conceito de grupo defendido por Pichon-Rivière (2000) possibilita a compreensão da forma na qual a atividade grupal pode favorecer quando se almeja atingir determinado objetivo.

Grupo é o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 234).

A partir de então, a utilização do grupo passa a ser vista como recurso importante para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades. Este “assistir” tem relação direta com a área da saúde, visto que ao desenvolver e trabalhar com grupos, é favorável o desenvolvimento de ações que promovam a saúde.

Delfino et al. (2004) também defendem que o contexto grupal pode ser considerado como um veículo de promoção da saúde por meio de um processo de ensinar-aprender. Isto porque, ações educativas em saúde, quando desenvolvidas por meio de atividades grupais, com pessoas em situações de vida semelhantes, favorecem a troca de experiências e saberes e, conseqüentemente, contribuem com intervenções e soluções para os sujeitos envolvidos.

Dessa forma, fica clara a importância do trabalho em grupo, por colaborar favoravelmente na promoção da saúde e nas limitações das abordagens individualizadas (SOUZA; et al., 2005). Para estes autores, o grupo facilita a produção coletiva acerca dos mais variados temas com base na realidade vivenciada pelos seus membros.

Os autores supracitados ao se referirem à promoção da saúde, apontam como uma das possibilidades das atividades grupais, a quebra da relação vertical que frequentemente ocorre entre o profissional e o sujeito de sua ação. Onde nesta relação apenas o profissional é possuidor do conhecimento e as pessoas envolvidas são seres passivos, vistas como receptoras do conhecimento ofertado.

No entanto, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde com grupos ocasionou a ruptura desses paradigmas, criando um espaço que é palco da escuta de necessidades e dúvidas daqueles que antes não tinham direito a expressão, sendo isto possível por meio da troca de experiências de vida e do compartilhamento de conhecimentos desses sujeitos.

A partir da troca de experiências que os grupos promovem, os participantes destes, desenvolvem juntos, planos de ação capazes de modificar concepções da realidade local em saúde, quando esta passa a ser compartilhada com os demais membros do grupo; tornando-se, assim, sujeitos de suas próprias vidas em busca de uma melhor qualidade para sua saúde. Pois, conforme Souza et al. (2005, p. 152), ao participar de um grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista ou seu silêncio.

A vivência nas atividades grupais favorece o que Sartori e Van Der Sand (2004) denominam de mobilização dos estereótipos particulares de cada sujeito. Assim, esta contribui para que cada participante seja capaz de enfrentar situações de mudança, visto que há, nesse espaço, uma re-significação de vivências por meio do reconhecimento dos outros e de si.

De acordo com a transformação dos sujeitos participantes das atividades grupais em seres ativos, possuidores de pensamentos e opiniões, Souza et al. (2005) assinalam como outra possibilidade proporcionada pelo desenvolvimento de Grupos, a promoção da conscientização crítica dos indivíduos a respeito das suas condições de vida, saúde, bem como, dos aspectos sociais que estão inseridos.

Embora existam inúmeras possibilidades ofertadas, aponta-se como uma dificuldade existente para a realização das práticas grupais, a capacitação adequada do facilitador ou coordenador da atividade grupal, visto que, para desenvolver esse tipo de atividade, é necessário preparo específico para trabalhar situações diversas nesse contexto, considerando a ótica coletiva dos envolvidos, mas, por outro lado, não descartando a visão particular de cada sujeito inserido na atividade.

O profissional, facilitador da atividade educativa grupal, deve estar ciente de que vai se deparar com variados tipos de eventos dentro do grupo e, desse modo, deve conhecer os movimentos grupais, bem como, as melhores formas de enfrentamento das situações. Esse fato justifica-se porque a situação grupal, independente do seu objetivo, por envolver pessoas diversas e pensamentos distintos, atrelados a sentimentos, emoções e comportamentos, pode apresentar dificuldades para o manejo das situações por parte do coordenador (SAEKI; et al., 1999).

Ao associar às questões de saúde da mulher, verifica-se a importância da realização de tais atividades de educação em saúde realizadas em grupos para este público-alvo, em especial, às gestantes. Visto que, o espaço favorecido pela assistência pré-natal, é ideal para a realização de práticas educativas, pois neste período a mulher vivencia uma gama de sentimentos, medos, angústias e dúvidas, ficando passível a aceitar o novo conhecimento que

chega. Isso sucede porque as gestantes esperam vivenciar a gestação, parto e maternidade de forma positiva, enriquecedora e feliz.

O período pré-natal, para Rios e Vieira (2007), é visto como um momento de intenso aprendizado para as gestantes e uma excelente oportunidade para que o profissional de enfermagem desenvolva ações educativas que contribuam positivamente no processo da gestação, momento do parto e puerpério, bem como, no processo do cuidar do recém-nascido. Neste sentido, o MS afirma que a troca de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde, por meio de ações educativas, facilita a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2000b).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deve ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010, p. 3; RIOS; VIEIRA, 2007, p. 478).

Os espaços de educação em saúde são de extrema importância na atenção pré-natal, pois proporcionam às gestantes a chance de expressarem seus medos, angústias, fantasias e dúvidas, por meio de esclarecimentos referentes ao ciclo gravídico-puerperal. Landerdahl et al. (2007) acreditam que os aspectos educativos valorizam a experiência de vida das gestantes e contribuem positivamente para que a mulher vivencie com mais autonomia a gestação e todo seu contexto.

Logo, o processo educativo que pode ser desenvolvido na assistência pré-natal, é fundamental, como afirmam os autores Rios e Vieira (2007), não só para a soma de mais conhecimentos por parte das gestantes, mas também para o seu próprio fortalecimento como ser e cidadã ativa.

Porém, atualmente, o espaço favorecido na assistência pré-natal para a realização de atividades de educação em saúde não está sendo utilizado como deveria. Nos serviços de saúde, as consultas de pré-natal são rápidas, envolvendo apenas os procedimentos técnicos da consulta em si, como verificação da pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais; enfim, não há um momento para a escuta qualificada e focada à realidade das gestantes, na intenção de conhecer suas dúvidas, ansiedades e temores associados culturalmente à gestação.

Nesse contexto, a gestação é assistida por meio de consultas de pré-natal, cada vez mais rápidas e práticas e conduzidas, conforme Delfino et al. (2004), pelos profissionais de



saúde de maneira intervencionista, ocorrendo fragmentação da assistência e, principalmente, das atividades educativas, ao ponto de não atender a gestante em sua integralidade.

Ao analisar os quesitos que a assistência pré-natal deixa a desejar no atendimento à gestante e todo seu contexto, é pertinente mencionar a necessidade de se incorporar recursos complementares de educação e promoção da saúde, para que haja uma assistência completa, abordando todas as demandas por cuidados no que se refere às gestantes (MALDONADO; CANELLA, 2003).

Seguindo este raciocínio, o desenvolvimento de grupos para que a gestante possa expressar seus anseios e dúvidas, bem como, trocar conhecimentos com outras gestantes, é visto como um recurso importante para promover uma assistência de qualidade e humanizada, individual e coletiva, concomitantemente, a esse público.

Os primeiros Grupos de Gestantes datam da década de 1970 e, a partir daí, foram ganhando forças, até que hoje são compreendidos como ações que oportunizam conhecimentos, trocas e vínculos entre os participantes, contribuindo diretamente no processo gestacional. Dessa forma, a educação em saúde, uma vez inserida nos Grupos de Gestantes, passa a ser estabelecida como uma das principais estratégias para a melhoria da qualidade da atenção e promoção à saúde deste público-alvo.

A influência e contribuição direta do grupo de gestante na atenção pré-natal torna-se ainda mais evidente na definição a seguir:

Grupo de gestantes: é o ambiente micro, e dinâmico, que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele ocorrem. A participação no grupo permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo. As interações geradas entre as participantes e os profissionais da saúde formam uma teia que possibilita a promoção da saúde integral com repercussões desse processo no individual-coletivo (DELFINO; et al., 2004, p. 1059).

Os Grupos de Gestantes baseiam-se em encontros frequentes entre as grávidas e os profissionais envolvidos, no decorrer do período pré-natal. Cada encontro possui um enfoque acerca da temática abordada, a qual varia muito. Assuntos referentes às mudanças físicas e emocionais da gestação, preparo do corpo, cuidados com o recém-nascido, amamentação, momento do parto, puerpério, entre outros, são exemplos do que pode ser trabalhado.

Hoga e Reberte (2007) apontam como principais objetivos dos Grupos de Gestantes, o oferecimento do suporte para uma vivência plena do ciclo gravídico-puerperal, o aprimoramento dos conhecimentos acerca do cuidado adequado na gestação, no momento do parto e no puerpério, bem com, os primeiros cuidados ao recém-nascido e a conscientização

da maternidade e paternidade responsáveis, entendendo que os pais podem e devem ser participativos nos encontros.

Como características essenciais para o melhor funcionamento dos Grupos de Gestantes e, conseqüentemente, para sua continuidade de forma harmônica e construtiva, Maldonado (1990), cita o envolvimento e a compreensão mútua dos membros participantes do grupo, em especial a presença de profissionais capacitados, para a realização das atividades educativas.

Nesse contexto, o Grupo de Gestantes possibilita que os seus integrantes se sintam estimulados a expressarem suas ideias, compartilhem suas vivências, expectativas, tremores e dúvidas pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal.

Baseado na importância dos Grupos de Gestantes e nos benefícios e possibilidades evidenciados com o desenvolvimento dos mesmos, o MS defende que estes apresentem as finalidades de complementariedade ao atendimento realizado nas consultas de pré-natal, melhoramento acerca da adesão das mulheres aos hábitos de vida e aos cuidados considerados como adequados, e ainda, a diminuição de ansiedades e medos referentes à gestação, parto, nascimento e maternidade (BRASIL, 2001).

Na tentativa de atingir a integralidade da assistência às mulheres grávidas, ou seja, assisti-las em todo o seu contexto físico, social e psíquico, é inegável que os Grupos de Gestantes somam, enriquecem e complementam a atenção pré-natal, ao ponto que oferecem espaço para a troca de conhecimentos e vivências entre os participantes.



---

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

A finalidade da atividade científica é a obtenção da verdade, por intermédio da comprovação de hipóteses, que por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 46). A metodologia utilizada para delineamento de uma pesquisa deve se basear em atividades sistemáticas e racionais, permitindo alcançar os objetivos propostos assim que é traçado um caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador.

De acordo com Gil (2008, p. 8), pode-se definir método como um “caminho para se chegar a determinados fins, os quais são construídos de acordo com o tipo de objeto a ser investigado e pela classe de proposições a se descobrir”. Nesse sentido, passa-se a apresentar adiante os passos que serão percorridos para alcançar as metas proposta para este estudo.

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo de natureza exploratória sob a perspectiva da abordagem quanti-qualitativa, o qual levará em consideração a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se desenvolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. A mesma autora afirma que quanto mais complexo for o fenômeno sob investigação, maior deverá ser o esforço para se chegar a uma quantificação adequada, em parte porque algumas atividades são inerentemente difíceis de serem mensuradas e quantificadas. Nesse sentido, existe uma complementaridade entre as abordagens quantitativa e qualitativa.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em um Grupo de Gestantes do Município de Picuí-PB, cujas reuniões são realizadas mensalmente no Auditório Municipal “Djailma de Lima Vasconcelos”, localizado no bairro Monte Santo. O citado Grupo de Gestantes é referência

para todas as Unidades Saúde da Família da zona urbana e rural de Picuí-PB. Assim, em virtude de sua representatividade comunitária a escolha por esse local foi pertinente.

### **3.3 População e amostra**

Considera-se universo ou população de uma pesquisa os elementos possuidores de determinadas características. A amostra, por outro lado, refere-se ao subconjunto de determinada população, sendo este considerado como parte representativa por estabelecer determinadas características da mesma. Dessa forma, através da amostragem consegue-se obter um juízo sobre o total (universo ou população), mediante exame de apenas uma parte (amostra) selecionada por procedimentos científicos (Gil, 2008).

Neste estudo, a população foi composta por todas as mulheres que participavam das reuniões do Grupo de Gestantes e a amostra constitui-se por àquelas que desejaram livremente participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A, as maiores de 18 anos e que possuíam frequência mínima de três encontros no Grupo, totalizando oito gestantes.

### **3.4 Instrumento para coleta de dados**

Lakatos e Marconi (2001) definem instrumento como um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por eles com as respostas do pesquisado. Neste estudo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado norteado a partir dos objetivos da pesquisa. Segundo Gauthier et al. (1998) este possui uma ordem de perguntas pré-estabelecidas pelo pesquisador, possuindo questões objetivas e subjetivas de caráter flexível.

### **3.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Foram considerados os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre o envolvimento direto ou indireto em pesquisa com seres humanos. Destacam-se especialmente, entre outros, os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência contida na referida Resolução. Também se levou em atenção no estudo a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diante do exposto, a pesquisa contou com

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em consonância com a Resolução 196/96 do CNS.

O estudo foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa através da Folha de Rosto de protocolo de número “FR-481741” (Anexo A). A mesma foi encaminhada, com devida autorização do SISNEP/CONEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e Conselho Nacional de ética em Pesquisa (Anexo B) para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (FASER), onde obteve a sua aprovação sob o número CAAE - 0062.0.125.000-11.

### **3.6 Procedimento para coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu mediante a aprovação do estudo no CEP da FASER. Após essa etapa foi previamente feito visitas ao Grupo de Gestantes e após esclarecimento dos objetivos da pesquisa para as participantes foi acordado o melhor momento de disponibilidade temporal da colaboradora do estudo e da pesquisadora participante. Após esclarecimento dos objetivos e importância do estudo, as participantes foram convidadas a assinar o TCLE, enfatizando a garantia do anonimato, beneficência e não maleficência do estudo bem como a autonomia de desistir a qualquer tempo.

### **3.7 Análise dos dados**

O material obtido foi analisado com base no enfoque do método qualitativo, a partir de dados primários coletados de informações contidas no instrumento de coleta. Em seguida, os dados foram agrupados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e posteriormente discutidos à luz da literatura pertinente.

O DSC é um método que retrata as expressões das falas dos pesquisados, em síntese e em primeira pessoa do singular, o que representa o pensamento coletivo em uma única fala e possibilita interpretações para fundamentar resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As pessoas e coletividades apresentam ideias, opiniões, crenças e valores particulares. Assim, não é possível investigar tais pensamentos subjetivos da mesma forma, quantitativamente, que se obtém, por exemplo, peso e altura dos sujeitos. Acredita-se que por serem mais complexos e particulares, os pensamentos expressos das pessoas podem ser processados e coletados sob a forma de discursos, os quais descrevem-os em melhor qualidade.

A obtenção de descrições de pensamentos, crenças e valores de forma coletiva, pode se dá através da soma de discursos individuais, por intermédio do método do DSC, um procedimento metodológico, de corte qualitativo, próprio de pesquisas sociais empíricas, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade. Isto só é possível através da agregação das figuras metodológicas (Ideias Centrais, Ancoragens, Expressões Chave e DSC) de sentido semelhante, num só discurso-síntese, emitidas por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, os discursos individuais dos sujeitos entrevistados são lidos e identificados por uma palavra, conceito ou expressão que revele a essência do sentido da resposta. Essa palavra representa bem tais depoimentos e denomina uma categoria, onde serão enquadrados vários discursos com ideias semelhantes.

Na concepção de Lefèvre e Lefèvre (2005), a categoria funciona não mais como um representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, que, como todo nome, serve para individualizar um discurso em relação a outro, porém não esgota o sentido deste. A categoria sinaliza, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo de um discurso-síntese.

Quanto à narrativa do discurso, optou-se pelo discurso na primeira pessoa do singular. “Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 16). Conforme estes autores, o DSC, portanto, é visto como uma forma de fazer a coletividade falar diretamente.



---

#### 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS



Este capítulo é destinado a apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas por meio da aplicação de roteiro do tipo semi estruturado. As questões objetivas foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos e as questões subjetivas foram dispostas segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo e analisadas de acordo com a literatura pertinente à temática.

#### 4.1 Caracterização das participantes do estudo

**TABELA 1 – Distribuição das colaboradoras do estudo segundo a faixa etária e o número de gestações. Picuí-PB, 2012.**

Dados referentes à caracterização das gestantes	Número de gestantes (f)	Percentual (%)
<b>Faixa Etária</b>		
Menos de 23 anos	5	62,5%
24-28 anos	2	25%
29-32 anos	1	12,5%
Total	8	100%
<b>Número de Gestações</b>		
Uma (01)	7	87,5%
Duas (02)	1	12,5%
Três (03) ou mais	0	0%
Total	8	100%

Fonte: Pesquisa Direta (2012)

A faixa etária das participantes do estudo variou entre 18 a 32 anos, sendo que, 5 entrevistadas (62,5%) tinham idade inferior a 23 anos, 2 (24%) entre 24 e 28 anos e 1 (12,5%) entre 29 e 32 anos. A partir desses dados é notório uma maior incidência de mulheres grávidas, ou que vivenciaram o período gestacional ainda jovem.

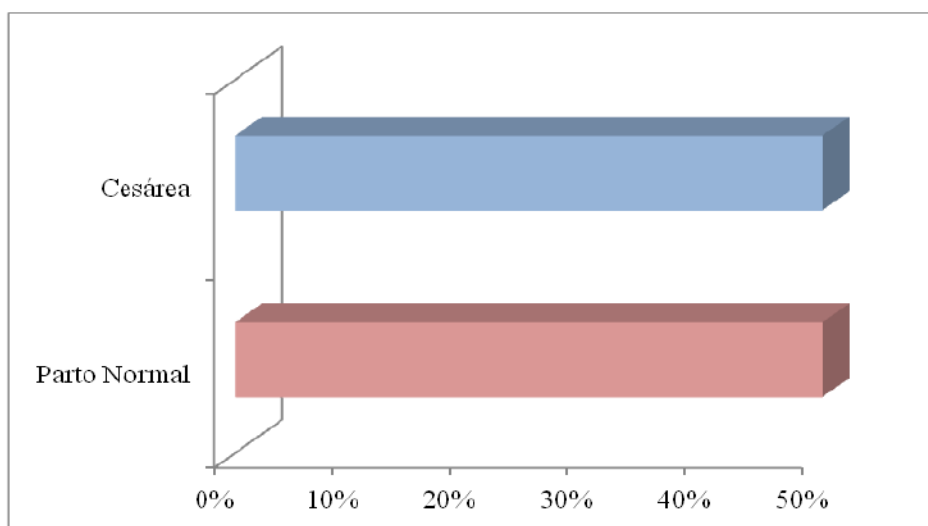
No que concerne ao número de gestações, sete das entrevistadas afirmaram que passaram ou passam pela primeira experiência gestacional, representando 87,5% do total das participantes e apenas uma afirmou estar grávida pela segunda vez, correspondendo a 12,5% da amostra. Com base nos dados apresentados, é nítida a prevalência de primíparas neste estudo.

Os resultados vão ao encontro com o que é relatado pelos autores Gama, Szwarcwald e Leal (2002), os quais evidenciam que atualmente a incidência da gravidez na adolescência tem aumentado consideravelmente em diversos países. No Brasil, as taxas de fecundidade

neste grupo etário vêm crescendo nos últimos anos, especialmente nas camadas mais pobres da população, em decorrência, geralmente, do pouco acesso à informação quanto aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar.

Moreira et al. (2008) complementam a afirmação anterior ao enfatizarem que atualmente o alto índice de atendimentos obstétricos do SUS encontra-se na faixa etária entre 10 e 24 anos, o que não difere do presente estudo, quando a maioria das gestações ocorreu na adolescência.

Uma vez diagnosticada a gravidez, é de suma importância que se inicie o acompanhamento pré-natal o mais breve possível. Assim, conhecer os antecedentes obstétricos da mulher se faz pertinente para muitos aspectos do pré-natal. A seguir apresentaremos as vias de nascimentos vivenciadas pelas participantes da pesquisa.

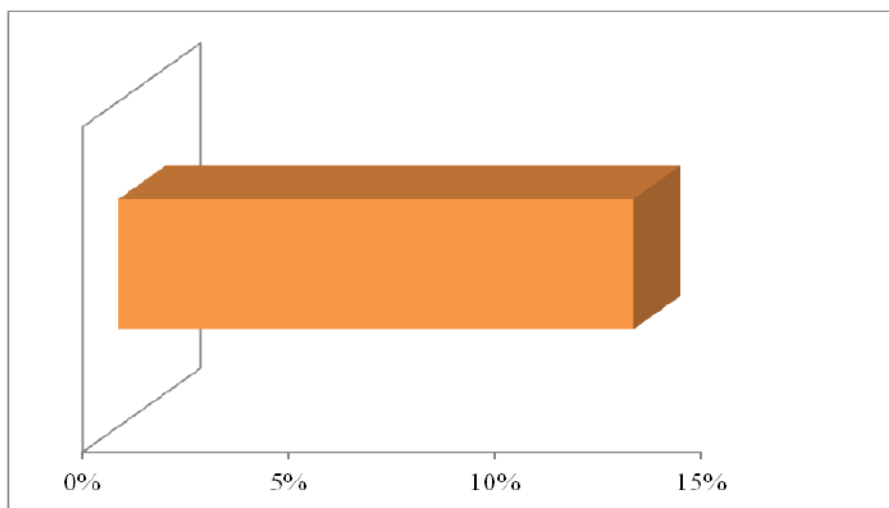


**GRÁFICO 1 – Distribuição do número de Partos Normais e Cesáreas vivenciados pelas participantes do estudo. Picuí-PB, 2012 (n = 06).** Fonte: Pesquisa direta (2012)

Nessa pesquisa, para as mulheres que já são pariram, os percentuais de nascimentos por cesárea e por parto normal foram equivalentes, alcançando 50%. Os dados diferem das estatísticas nacionais, uma vez que o estudo foi realizado numa cidade interiorana, na qual o acesso a tecnologias de suporte avançado em obstetrícia é limitado, o que pode ter influenciado os resultados obtidos.

Atualmente, o Brasil tem apresentado uma das taxas de cesáreas mais altas do mundo, as quais já atingiram um percentual de 35%, chegando a valores bem maiores na rede privada (70 a 90%), em razão mais relacionada a fatores socioeconômicos e culturais, do que mesmo em decorrência de riscos obstétricos (DIAS; et al., 2008).

Estima-se que, no Brasil, onde nascem 2,5 milhões de crianças por ano, haja 560 mil cesáreas desnecessárias que consomem quase R\$ 84 milhões, prejuízo para além do financeiro que perpassa pela cultura de vias de nascimento disseminadas em nosso país (SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012).



**GRÁFICO 2 – Distribuição do número de Abortamentos vivenciados pelas colaboradoras do estudo. Picuí-PB, 2012 (n = 08).** Fonte: Pesquisa direta (2012)

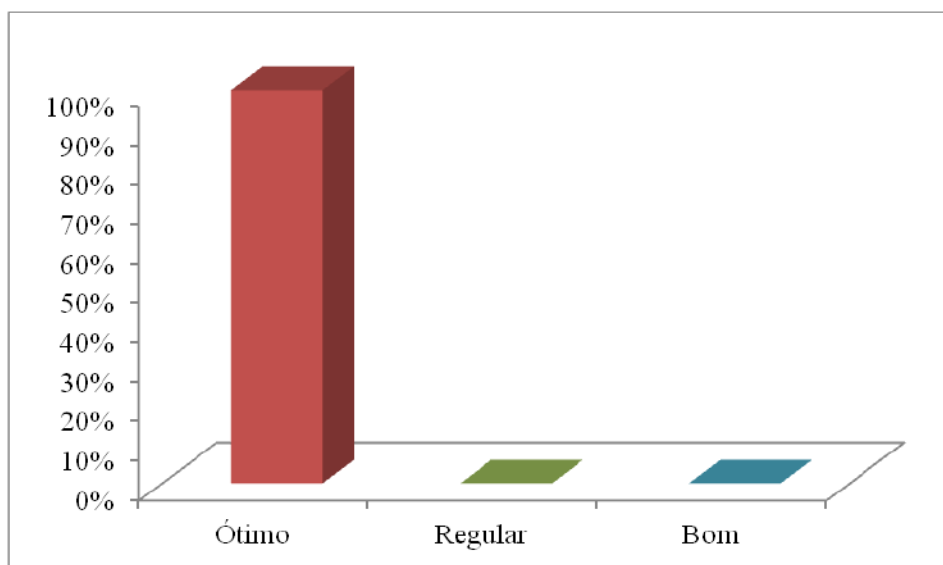
No tocante ao número de abortamentos vivenciados pelas participantes do estudo, apenas uma afirmou ter vivenciado tal episódio, segundo a qual, de forma espontânea, correspondendo, portanto a 12,5% do total das entrevistadas.

Segundo Boemer e Mariutti (2003), o abortamento é a interrupção da gravidez ou expulsão (espontânea ou provocada) do feto de até 22 semanas de IG, ou que o concepto morto tenha pesado menos de 500g ou medindo menos de 16 centímetros. Para Nery (et al., 2006) o abortamento espontâneo é visto como a expulsão natural do feto antes da vigésima semana de gravidez, por outro lado, quando há a utilização de algum mecanismo de indução, o aborto é dito como provocado.

O percentual encontrado nas situações de abortamento foi pequeno quando comparado à prevalência deste no Brasil e no mundo, a qual ainda continua elevada. Como justificativa dessa contradição, Nery e Tyrrel (2002), garantem que o abortamento é a quarta causa de morte materna no Brasil.

O representativo de 12,5% encontrado nessa pesquisa, acerca de vivência em situações de abortamento, pode está atrelado às restrições legais ao aborto provocado no Brasil, visto que, de acordo com o Código Penal Brasileiro, a interrupção da gravidez só é permitida em caso de estupro ou risco de vida para a mãe, impedindo muitas vezes a veracidade dos dados.

## 4.2 Dados pertinentes aos objetivos da pesquisa



**GRÁFICO 3 - Distribuição das participantes do estudo de acordo com a classificação para qualidade dos encontros do Grupo de Gestante. Picuí-PB, 2012 (n=08).**

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Em se tratando da classificação dos encontros vivenciados no Grupo de Gestante, o qual apresentou ótimo, regular e bom como opções, verificou-se que 100% das entrevistadas avaliam os encontros como sendo ótimo, o que, indica a princípio uma contribuição positiva do Grupo na visão de suas participantes. Contudo, não pode-se afirmar a partir do gráfico acima a eficácia do Grupo de Gestante, mas, podemos apontar no mínimo este espaço benéfico para estas mulheres já que todas classificam estes encontros como de ótima qualidade.

Sobre a realização de atividades em grupo, Souza et al. (2005) enfatizam a relevância do trabalho em grupo, referindo que este contribui positivamente na promoção da saúde dos participantes. Para estes autores, o desenvolvimento do trabalho grupal pode beneficiar os membros por permitir a troca de experiências entre eles, bem como, por meio das contribuições e informações passadas pelos profissionais de saúde, complementando o saber particular de cada participante.

Ao ser desenvolvido com gestantes, o trabalho em grupo se destaca, visto que esse público vivencia um momento novo e repleto de dúvidas, medos e sentimentos voltados ao período gravídico-puerperal. Como afirmam Sartori e Van der Sand (2004), a vivência grupal contribui no enfrentamento de situações de mudança, como é o caso das físicas e psíquicas que acompanham a gestação, por meio das diferentes vivências que cada participante oferece.

O fato de todas as colaboradoras desse estudo considerarem os encontros como ótimos, infere-se que o Grupo de Gestantes é uma estratégia importante na promoção da saúde materna, tendo em vista a contribuição das informações e trocas de experiências lá compartilhadas, permitindo uma vivência mais segura e orientada das participantes em suas gestações, bem como uma assistência de qualidade e humanizada ao binômio mãe e filho.

**TABELA 2 – Temas abordados nos encontros do Grupo de Gestante segundo as participantes do estudo. Picuí-PB, 2012 (n=08).**

<b>Temas abordados no Grupo de Gestantes</b>	<b>Número de gestantes (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Importância da amamentação	7	87,5%
Modificações corporais e emocionais da mãe	5	62,5%
Preparo para o momento do Parto	7	87,5%
Cuidados com o recém-nascido	6	75%
Importância do pai e familiares no ciclo gravídico-puerperal	3	37,5%
Vacinação da Gestante e da Criança	1	12,5%
Orientação quanto a higiene e atividade física	3	37,5%
Sexualidade na Gravidez	1	12,5%
Outros (Primeiras alimentações após os seis meses, Higiene Bucal da criança)	4	50%

Fonte: Pesquisa Direta (2012)

A Tabela 2 expõe dados referentes aos temas apresentados no Grupo de Gestantes atuante no município de Picuí-PB. Observa-se a diversidade das temáticas abordadas nos encontros, reafirmando a complementaridade dessa estratégia para o acompanhamento pré-natal. Nesta conjuntura, um total de 87,5% afirmou e reconheceu a importância da amamentação e o preparo para o momento do parto.

De acordo com as entrevistadas foram repassadas nas reuniões as vantagens do ‘parto normal’, enquanto via de nascimento, como uma opção segura e favorável ao binômio mãe e filho, como também foi enfatizado que a cesariana é uma via seletiva de urgência para casos específicos, quando há riscos para a saúde da mãe ou filho.

A desmistificação do ‘parto normal’ enquanto momento doloroso para a mãe é vista aqui como um fator imprescindível para o esclarecimento das participantes referente à escolha do tipo de parto que gostariam de vivenciar, a qual, como foi vista em dado da Tabela 2, foi representada nessa pesquisa pela igualdade de percentual.

Um quantitativo expressivo (75%) mencionou ter participado de encontros que abrangeram a temática acerca dos primeiros cuidados com o recém-nascido, o que contraria os achados de Machado (2004), os quais revelam que a prática de cuidado ao filho tende a ser estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional.

Outros temas vivenciados pelas colaboradoras foram: modificações corporais e emocionais da mãe (62,5%), primeiras alimentações da criança após os seis meses e higiene bucal (50%), importância do pai e familiares no ciclo gravídico-puerperal e orientações quanto à higiene e atividade física (37,5%), e sexualidade na gravidez e vacinação da gestante e da criança (12,5%), apontando, por sua vez, a carência que os últimos temas citados apresentam, necessitando serem abordados com mais frequência no Grupo.

Ideia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Espaço de Conhecimento e Informação	[...] O grupo de gestantes é onde as gestantes se reúnem junto com os profissionais da saúde para dar informações... já que no pré-natal não pode oferecer, até porque, não tem tempo suficiente... o que é bastante importante [...]
Ideia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Espaço de Troca de Experiências	[...] É um grupo de mulheres na mesma situação no período gestacional, que estão ali querendo ficar mais bem esclarecida a respeito das suas gestações, assim, cada uma que tem uma experiência diferente pra conversar uma com a outra, pra compartilhar, quem sabe mais ensina a quem não sabe nada. Ele serve, justamente, pra fazer essa troca de experiências. Lá eu aprendi muito [...]

**QUADRO 1 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Qual o significado de ‘Grupo de Gestante’ para você?**

Fonte: Pesquisa Direta (2012)

Os discursos relacionam, em termos gerais, o Grupo de Gestantes como *lócus* de conhecimento e troca de experiências. As narrativas corroboram com Landerdahl et al.

(2007), que entendem os espaços de educação em saúde como ferramentas importantes que proporcionam às gestantes a chance de se expressarem.

Hoga e Reberte (2007) também afirmam que, de maneira geral, estes grupos são desenvolvidos com o objetivo de complementar a assistência oferecida nas consultas de pré-natal, como também, de melhorar a qualidade dos hábitos das gestantes, tornando-os mais saudáveis e de reduzir seus medos e ansios frente ao ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para o bem estar geral dessas mulheres.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Complemento Informativo	[...] complementou com várias informações muito importantes como, por exemplo, sobre a amamentação (...) hora do parto (...) modificações corporais e emocionais da mãe (...) cuidados gerais e higiene da criança [...]
Ideia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Complemento Esclarecedor	[...] As reuniões esclareceu muitas coisas. Indo para as palestras, retirei várias dúvidas, porque tinha muita coisa que eu não sabia, então trouxe muitas respostas, informações que eu não tinha. Me deu muita segurança, me achei muito segura depois que eu fui para o grupo [...]

**QUADRO 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: De que forma você acha que o grupo complementa a assistência pré-natal que você recebeu?**

Fonte: Pesquisa Direta (2012)

As ideias centrais apontam o papel informativo e esclarecedor do Grupo de Gestantes. Salienta-se que estas remetem a um empoderamento da mulher no processo gravídico-puerperal, no momento em que ela passa a conhecer melhor a si mesma como também ao feto, que cresce em seu ventre. Esses momentos se tornam importantes para a qualidade da assistência pré-natal na medida em que perpassam pela consulta técnica e se tornam um complemento de seu acompanhamento.

Na convivência grupal há possibilidades de geração de conhecimentos com base na troca de saberes de cada participante do grupo e não só por parte dos profissionais de saúde. O trabalho grupal possibilita, por sua vez, a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional de saúde e os sujeitos envolvidos no grupo, e conseqüentemente, proporciona que estes também se tornem ativos no desenvolver do processo grupal ao

expressarem suas necessidades, expectativas, opiniões, angústias e vivências (SOUZA; et al., 2005).

A segunda ideia central, formulada pelos discursos das entrevistadas, propicia uma visão mais acentuada da complementariedade do Grupo de Gestantes à assistência pré-natal recebida pelas mesmas. Segundo elas, esse complemento é espetacular, retirando muitas dúvidas, oferecendo informações e passando tranquilidade e segurança para vivenciar a gestação.

De acordo com as falas, as participantes sentiram-se, além de mais informadas, mais seguras, preparadas e tranquilas para vivenciarem a gravidez e a maternidade, momentos antes associados por elas a angústias, anseios e medos. A troca de experiências e conhecimentos no trabalho grupal promove a melhor compreensão sobre este período da vida, permitindo a expressão e elaboração dos sentimentos, subsidiando o enfrentamento das dificuldades interiores, e preparando-as para a uma vivência plena da maternidade.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Favorecimento como auxílio para o vivenciar da gestação	[...] favoreceu muito na minha gravidez (...) ficar super informada das coisas da gravidez que eu não sabia e lá eu aprendi muito, foi ótimo, muito bom, muito bom mesmo. Na próxima gravidez estarei lá em todas as reuniões [...]

**QUADRO 3 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Você acredita que sua participação nas reuniões do grupo favoreceu uma melhor vivência da gravidez? Justifique.**

Fonte: Pesquisa Direta (2012)

A participação em grupos, por parte dos sujeitos envolvidos com o processo de gestar, englobando além da mãe, o pai e familiares, tem se mostrado de grande valia para o público-alvo, uma vez que os Grupos de Gestantes vem trazer aspectos terapêuticos e de suporte, por meio das informações, dos conhecimentos e das trocas de experiências entre os participantes, contribuindo cada vez mais para uma melhor vivência da gravidez, do momento do parto e do período pós-parto, e conseqüentemente, para o preparo para a maternidade, paternidade e a formação da nova família com a chegada do filho.





---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo percebemos que o Grupo de Gestantes do município de Picuí-PB contribuiu de forma significativa enquanto subsídio complementar na qualidade da assistência pré-natal. As atividades desenvolvidas perpassam por temas variados, tais como amamentação, preparação para o parto e nascimento, cuidados com os bebês, entre outros. Sem dúvidas, as ações realizadas nos Grupos trouxeram, de forma geral, impactos positivos para o bem estar das participantes.

Não foram apontadas fragilidades pelas colaboradoras, pois para a maior parte delas, o Grupo significou um espaço de conhecimento, informação e troca de experiência que contribuiu para o empoderamento da mulher no processo grávido-puerperal.

No quesito faixa etária, a maioria das colaboradoras são jovens e vivenciando a gestação pela primeira vez. Os dados apontaram também um percentual de igualdade entre a vivência das mesmas em partos normais e cesarianas, e um percentual diminuído de vivência em situações de abortamento.

No que diz respeito aos dados pertinentes aos objetivos da pesquisa, quanto à classificação dos encontros do Grupo de Gestantes por parte das entrevistadas, todas afirmaram serem esses, ótimos; comprovando a importância e contribuição da realização dos mesmos para uma melhor vivência da gravidez e da maternidade. Quanto aos temas abordados nesses encontros, apesar da grande variedade apresentada pelas participantes, a importância da amamentação e o preparo para o momento do parto foram os mais encontrados em suas falas.

Os discursos dos sujeitos coletivos formulados a partir das falas individuais de cada colaboradora desse estudo evidenciaram o conhecimento das mesmas acerca do significado de Grupo de Gestantes, como também, o complemento que este representa na assistência pré-natal e a melhor vivência da gravidez em decorrência da participação nas reuniões do grupo.

É pertinente que o processo educativo é parte fundamental da assistência à saúde pré-natal, ao ponto que permite a gestante, por meio dos conhecimentos adquiridos, tornar-se ativa no processo de gestar e, conseqüentemente, ‘empoderar-se’ de si mesmo em seu autocuidado e no processo de cuidar à criança.

Entendemos que existem limitações na medida em que o espaço favorecido na assistência pré-natal não tem sido utilizado como deveria no que concerne às atividades de educação em saúde, pois as consultas de pré-natal, cada vez mais, tem se tornado rápidas e curtas, voltadas apenas para os procedimentos técnicos da consulta em si. Em decorrência dessa falha, os Grupos de Gestantes, por sua vez, embasados nas atividades educativas por meio do processo grupal e com o intuito de complementar a assistência pré-natal oferecida,

atuam abordando todo o contexto de cuidado referente à gestante e seu filho, caracterizando uma assistência humana e integralizada do binômio.

Portanto, o Grupo de Gestante se apresentou como um cenário capaz de permitir a socialização da vivência gestacional e as trocas de experiências e de conhecimentos acerca do período gravídico-puerperal, tornando as gestantes ativas nesse processo ao expressarem suas dúvidas, anseios, inquietações e vivências.

Ao final desse estudo identificamos a importante colaboração do Grupo de Gestante em questão para uma vivência mais segura e informada do ciclo gravídico-puerperal das participantes do mesmo. Valorizamos aqui o trabalho desenvolvido neste espaço e reafirmamos a complementariedade que o grupo apresenta a assistência pré-natal oferecida às gestantes dessa comunidade.

Diante do exposto, espera-se que esta pesquisa traga contribuições para o aprimoramento e desenvolvimento do conhecimento científico sobre a importância dos Grupos de Gestantes como subsídio complementar a assistência pré-natal. Com isso, espera-se que este estudo não se restrinja apenas ao meio acadêmico, mas que se torne uma ferramenta de divulgação destes Grupos, incentivando outras pesquisas a serem desenvolvidas, tendo em vista não só a relevância científica que apresenta, mas também, a relevância social diante da assistência oferecida às gestantes dessa comunidade.



---

**REFERÊNCIAS**

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 70-103.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde – COSAM/SAS. **Coletânea de documentos do PAISM**. Brasília, 1985-1997.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1985, p. 19-20.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos – manual técnico**. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_, 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**. 3. ed. rev. Brasília, 2006.

BROWNE, R. J.; MCCLURE BROWNE, J. C. **Antenatal and Postnatal Care**. London: J & A, Churchill Ltd., 1955.

CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; LANDERDAHL, M. C. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery**, v. 9, n. 3, p. 459-65, 2005.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde, 5-9 de abril 1988, Adelaide - Au. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá;

Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 25.

DELFINO, M. R. R.; PATRÍCIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVÉRIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-66, 2004.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M; PEREIRA, A. P. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; BITTENCOURT, S. D. A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-34, set./out. 2008.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 132-39, abr./jun. 2008.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 151-62.

FREIRE, M. **O que é um grupo**. Disponível em:  
<<http://www.famema.br/capacitacao/oqueumgrupo.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

FREITAS GL, VASCONCELOS CTM, MOURA ERF, PINHEIRO AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 19 set. 2012.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: a evolução dos conceitos no Mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 165-79.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, jan./fev. 2002.

GAUTHIER, C; et al. **Por uma teoria da Pedagogia**. Ijuí: Unijuí, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 8.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 559-66, 2007.

LANDERDAHL, M. C.; RESSEL, L. B.; MARTINS, F. B.; CABRAL, F. B.; GONÇALVES, M. O. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferm**, v. 11, n. 1, p. 105-11, mar. 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Ciência e conhecimento científico. In: **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MACHADO, M. V. P. **A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem**. 2004. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. O trabalho grupal. In: **Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com os clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, p. 279-309, 2003.

MALDONADO, M. T. **Nós estamos grávidos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1990.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

MELO, M. C. P.; COELHO, N. H. N.; CREÔNCIO, S. C. E. Atuação da enfermeira no pré-natal: uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v. 6, n. 10, 18 p., 2010. Disponível em: < <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/atuacao.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, jun. 2008.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora, 1997.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-57, 2005.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NERY, I. S.; MONTEIRO, C. F. S.; LUZ, M. H. B. A.; CRIZÓSTOMO, C. D. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-73, jan./mar. 2006.

NERY, I. S.; TYRREL, M. A. R. **O aborto provocado e a questão de gênero**: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem. Teresina: Edufpi, 2002.

OSIS, M. J. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PEDROSA, M. Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 73-81, out./dez. 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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. 477-86, mar./abr. 2007.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 418-26, abr./jun. 2012.

SAEKI, T.; MUNARI, D. B.; ALENCASTRE, M. B.; SOUZA, M. C. B. M. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 342-7, dez. 1999.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. **Revista Técnico-científico de enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 31-36, 2003.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 153-65, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 19 set. 2012.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-53, ago. 2005.

VAN DER KWAAK, A.; VAN DEN ENGEL, M.; RICHTERS, A.; BARTELS, K.; HAAIJER, I.; MAMA, A.; VEENHOFF, A.; ENGELKES, E.; KEYSORS, L.; SMITH, I. Women and Health. **Vena Journail**, v. 3, n. 1, p. 2-33, 1991.

ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M. A melodia da humanização: reflexão sobre o cuidado no processo de nascimento. In: **O processo educativo: interpretando o som da humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 101- 7.





## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada '**Grupo de Gestantes: potencialidades e limites na complementariedade da Assistência Pré-Natal**'. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité-PB, e está sendo desenvolvida pela aluna Amanda Haissa Barros Henriques sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Ms. Gigliola Marcos Bernardo Pinon. O presente estudo tem por objetivo geral analisar as contribuições e limites do Grupo de Gestante do município de Picuí - PB enquanto subsídio complementar à assistência pré-natal.

Você está sendo convidada para colaborar com esta pesquisa por ser participante do Grupo de Gestantes, foco central deste estudo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que envolvem dados sobre as experiências vivenciadas por você nos Grupos de Gestantes. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurado a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua assistência.

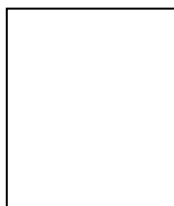
As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura vier a surgir ou que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Picuí \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:



\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Amanda Haissa Barros Henriques  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Ms. Gigliola Marcos Bernardo Pinon  
Orientadora

**Contatos para dúvidas/esclarecimentos:** Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Olho D' Água da Bica s/n – Cuité-PB. CEP: 58175-000. Telefone: (83) 3372-1900. Ramal: 1972 E-mail: [gigliolamb1@ufcg.edu.br](mailto:gigliolamb1@ufcg.edu.br)

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### I – Dados de caracterização da gestante:

1.1 Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

1.2 Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

### II - Questões norteadoras do estudo:

1.3 Qual o significado de ‘Grupo de Gestante’ para você?

1.4 Como você classifica os encontros do Grupo de Gestante?

( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo

1.5 Quais os temas abordados no Grupo?

( ) Importância da amamentação

( ) Modificações corporais e emocionais da mãe

( ) Preparo para o momento do Parto

( ) Cuidados com o recém-nascido

( ) Importância do pai e familiares no ciclo gravídico-puerperal

( ) Vacinação da Gestante e da Criança

( ) Orientação quanto a higiene e atividade física

( ) Sexualidade na Gravidez

( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

1.6 De que forma você acha que o grupo complementa a assistência pré-natal que você recebeu?

1.7 Você acredita que sua participação nas reuniões do grupo favoreceram uma melhor vivência da gravidez? Justifique.



---

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



F · A · C · U · L · D · A · D · E  
SANTA EMÍLIA DE RODAT  
ÉTICA E EXCELÊNCIA PROFISSIONAL

### NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO - NUPE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP



#### IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- ◆ Processo número: 066/2011
- ◆ Título do projeto de pesquisa: GRUPO DE GESTANTES: POTENCIALIDADES E LIMITES NA COMPLEMENTARIEDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.
- ◆ Pesquisador Membro: Amanda Haissa Barros Henriques
- ◆ Pesquisador Responsável: Prof. Ms. Gigliola Marcos Bernado Pinon
- ◆ Instituição onde se realizará a pesquisa: Em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no município de Picuí - PB.
- ◆ Curso: Graduação em Enfermagem
- ◆ Relator (a): Prof. Ms. Fábio Formiga Nitão

#### PARECER

Com base na **Resolução 196/96 do CNS/MS**, que regulamenta as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat – João Pessoa - Pb, em sua sessão realizada em 15/12/2011, após apreciação do parecer do relator e demais membros deste Comitê, resolveu considerar, **APROVADO**, o Projeto de Pesquisa acima referido.

O presente documento não dispensa de que o responsável por este estudo deixe obrigatoriamente de apresentar a este Comitê, o resumo do **Relatório Final** da pesquisa em questão, sob pena de não ser emitido o certificado de conclusão da pesquisa, que credenciará o trabalho para publicação.

João Pessoa, 16/02/2012.

  
Maria Eliane Moreira Freire  
Coordenadora do Comitê de Ética


**ANEXO B –**  
**E-MAIL DE CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DO ARTIGO POR REVISTA**

Em 26 de setembro de 2012 11:06, Revista facene <[revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br)> escreveu:

Prezada Gigliola,

Confirmando o recebimento deste e do artigo "Arte de partear".  
Por favor, envie-me a certidão do Comitê de Ética de ambos os trabalhos.

Atenciosamente,

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira  
Editora da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança  
 (83) 2106-4770

Em 25 de setembro de 2012 17:05, Gigliola Bernardo <[gigliolajp@hotmail.com](mailto:gigliolajp@hotmail.com)> escreveu:

Caros membros da REVISTA FACENE,

Segue artigo intitulado "GRUPO DE GESTANTES: POTENCIALIDADES E LIMITES NA COMPLEMENTARIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL" de autoria de Amanda Haissa Barros Henriques e co-autorias.