

DA GESTAÇÃO AO NASCIMENTO: PERCEPÇÃO DO CASAL GRÁVIDO

FROM PREGNANCY TO BIRTH: PERCEPTION OF THE PREGNANT COUPLE

DEL EMBARAZO AL NACIMIENTO: PERCEPCIÓN DE LA PAREJA EMBARAZADA

Nirliane Ribeiro Barbosa¹
 Mariza Silva Almeida²
 Edméia de Almeida Cardoso Coelho³
 Jeane Freitas de Oliveira⁴

A vivência do processo gravídico-puerperal para a mulher e seu parceiro possibilita-lhes um conhecimento peculiar de um contexto que remete à reflexão e discussão. Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é analisar a percepção do casal grávido sobre esse período. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e caráter exploratório. Participaram do estudo quatro casais grávidos. A coleta de material empírico ocorreu por meio de oficinas de reflexão, no período de abril a outubro de 2011, em uma Unidade de Saúde da Família do município de Arapiraca (AL). Os resultados indicam que, para a mulher grávida e seu parceiro, o processo gravídico-puerperal apresenta significados próprios, como a satisfação de expectativas psicológicas (felicidade, dor e gratificação) e socioculturais (a nova vida humana alude à aproximação entre os pais e o divino). O casal grávido necessita de cuidado integral, que envolve o acolhimento, o diálogo e a escuta por parte dos profissionais de saúde, bem como dos familiares e amigos. A responsabilização pelo apoio foi referida pelo homem como uma experiência gratificante. Concluiu-se que a prática do cuidado à mulher grávida e a seu parceiro deve ser cautelosa e considerar cultura, hábitos e comportamentos, sobretudo no que se refere à participação e ao respeito à masculinidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Cuidado pré-natal. Educação em saúde.

The experience of pregnancy and childbirth process for the woman and her partner enables them a peculiar knowledge of a context that refers to reflection and discussion. In this perspective, the aim of this paper is to analyze the perception of pregnant couple over this period. This is a study of qualitative and exploratory nature. The study comprised of four pregnant couples. The collection of empirical material was performed through reflection workshops, from April to October 2011, in a Family Health Unit of the municipality of Arapiraca (AL). Results indicate that, for the pregnant woman and her partner, the pregnancy-puerperal process has specific meaning, as the satisfaction of psychological expectations (happiness, pain and gratification) and sociocultural (the new human life refers to the closeness between parents and the divine). The pregnant couple needs integral care, which involves openness, dialogue and listening on the part of health professionals as well as family and friends. Accountability for the support was reported by man as a rewarding experience. It could be concluded that the practice of care to the pregnant woman and her partner should be cautious and consider culture, habits and behaviors, especially with regard to participation and to respect manhood.

KEY WORDS: *Pregnancy. Prenatal Care. Health Education.*

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Assistente da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca. nirliane@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta da EE/UFBA. Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM). marizaal@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada da EE/UFBA. Pesquisadora do GEM. edmeiacolho@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela UFBA. Professora Adjunta da EE/UFBA. Pesquisadora do GEM. jeanefreitas@ig.com.br

La experiencia del proceso gravídico-puerperal para la mujer y su compañero les permite un conocimiento peculiar de un contexto que implica en reflexión y discusión. En esta perspectiva, el objetivo de este artículo es analizar la percepción de la pareja embarazada durante este período. Estudio de enfoque cualitativo y exploratorio. En el estudio participaron cuatro parejas embarazadas. La recolecta de datos empíricos se hizo a través de talleres de reflexión, de abril a octubre de 2011, en una Unidad de Salud de Familiar del municipio de Arapiraca (AL). Los resultados indican que, para la mujer embarazada y su compañero, el proceso gravídico-puerperal presenta significados propios, como la satisfacción de las expectativas psicológicas (la felicidad, el dolor y la gratificación) y socioculturales (la nueva vida humana reporta a la cercanía entre padres y lo divino). La pareja embarazada necesita atención integral, que implica la acogida, el diálogo y la escucha por parte de los profesionales de la salud, así como de los familiares y amigos. La responsabilidad por el apoyo fue referida por el hombre como una experiencia gratificante. Se concluye que la práctica de la atención a la mujer embarazada y a su pareja debe ser prudente y considerar la cultura, los hábitos y los comportamientos, especialmente en lo que se refiere a la participación y al respeto de la masculinidad.

PALABRAS-CLAVE: Embarazo. Atención prenatal. Educación en salud.

INTRODUÇÃO

Em aproximação com mulheres gestantes nas unidades básicas de saúde, casas de parto e Maternidades, constatamos que muitas tinham dificuldade em compartilhar essa experiência com seus parceiros, muitas vezes associada à carência de conhecimento para questões relacionadas a esse período. Esse achado assinala a existência de uma lacuna na atuação dos profissionais de saúde e, notadamente, da enfermagem em relação às necessidades das gestantes. Além disso, referenda o despreparo do casal grávido para o enfrentamento do período gravídico-puerperal, conforme apontado por produção científica (BOARETTO, 2003; REBERTE; HOGA, 2010; ZAMPIERI et al., 2009).

Segundo Zampieri et al. (2009), o número de trabalhos nacionais relativos à inserção do pai ou acompanhante no processo de nascimento ainda é reduzido, assim como sobre a percepção dos agentes sociais, sujeitos ou acompanhantes que vivenciam ou compartilham a experiência do ciclo gravídico-puerperal. De modo semelhante ocorre com o incentivo à participação dos pais/companheiros no pré-natal, parto e pós-parto que, embora seja foco de estudos, é uma prática que permanece embrionária (CARVALHO, 2003; GALASTRO; FONSECA, 2007).

Compartilhamos com Boaretto (2003) e Zampieri et al. (2009) o entendimento de que as mulheres, geralmente, não são preparadas para o autocuidado durante a gestação, parto, puerpério e para os cuidados com o(a) recém-nascido

(RN). Esse fato agrava-se pela pouca ou nenhuma participação de acompanhantes, principalmente do pai da criança, em práticas educativas nesse período, inclusive pela ausência de oportunidades nos serviços de saúde.

Nesse contexto, o direito da mulher a um acompanhante não implica, necessariamente, que seja um parceiro, podendo ser um familiar ou uma pessoa de confiança da mulher, embora a participação do pai da criança seja fundamental no ideário do *casal grávido* (GALASTRO; FONSECA, 2007; SALEM, 2007). Seguindo a proposta de Salem (2007), o *casal grávido* diferencia-se do casal “tradicional” devido ao envolvimento masculino numa dimensão vivida visceralmente pela mulher, e ainda pela busca de um parto do modo mais “natural” possível.

Entendemos que a participação do parceiro no cuidado necessário durante o processo gravídico-puerperal sucede quando esse se apresenta inteirado das modificações corporais da mulher nos seus aspectos gerais, locais, inclusive psicológico e emocional. Partimos do pressuposto de que essa participação é facilitada quando atividades sistemáticas de educação em saúde nesse período são desenvolvidas no cotidiano dos serviços, e os homens são convidados a participar. Nessa perspectiva, na atualidade, tem-se como desafio motivar os homens a se prepararem para vivenciar a gravidez, o parto e o pós-parto junto a sua parceira com o apoio da(o)s profissionais de saúde, de modo a inseri-los em processos

educativos que problematizem a realidade e os aproximem dos serviços de saúde e das reais demandas do casal grávido.

Para Dickstein e Maldonado (2010), as modificações biopsicossociais ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal também podem repercutir no parceiro que, apesar de a gravidez biológica não ocorrer em seu corpo, sofre mudanças emocionais que podem refletir no seu físico, a exemplo das náuseas, vômitos, apetite aumentado e ganho de peso. Dessa maneira, é possível que o parceiro também se encontre em período de vulnerabilidade e, neste caso, precisa fazer parte do plano de cuidados das(os) profissionais de saúde.

Além disso, considerando o modelo de cuidado ao casal grávido, Barbosa e Mandú (2006) colocam que a atenção à saúde do homem-pai antes e após o nascimento do(a) filho(a) precisa ser trabalhada com o objetivo de realizar cuidados ao homem que vivencia a experiência do processo reprodutivo, com vistas a prevenir vulnerabilidades e riscos, além de favorecer a superação de hierarquias culturais estabelecidas entre homens e mulheres, estimulando a participação masculina com autonomia no cuidado de si, da companheira e do(a) RN. Nesse contexto, não se trata de o pai “maternar” o(a) filho(a), o que, para Chodorow (1990), implica em responsabilizar-se como principal pessoa a cuidar dele(a). Para Toneli (2006), consiste em proporcionar-lhe direitos e deveres sobre sua situação reprodutiva.

A temática apresentada articula a situação gravídica para a mulher e seu parceiro no contexto individual e coletivo e conduz-nos pelo objeto de estudo da percepção do casal grávido sobre o processo que abrange a gravidez, o parto e o pós-parto, com base no questionamento: Qual a percepção do casal grávido sobre o processo gravídico-puerperal? Para respondê-lo temos como objetivo: analisar a percepção do casal grávido sobre o período.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa e caráter exploratório. A abordagem

qualitativa presente nesta pesquisa caracteriza-se, de acordo com a descrição de Polit e Beck (2011), pela reunião de uma rede complexa de dados com o objetivo de desenvolver e compreender o fenômeno da forma como existe e é construído pelos indivíduos no seu contexto.

Selecionamos como local do estudo uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Arapiraca (AL). Participaram deste estudo casais grávidos que iniciaram consultas de pré-natal na USF em apreço. Como critérios de inclusão, os casais deveriam estar no 2º trimestre de gravidez, ponderando o tempo necessário para a realização das três oficinas de reflexão, em momentos diferenciados do período gestacional, e aceitarem voluntariamente participar do estudo, das oficinas de reflexão e da entrevista. Destacamos como critérios de exclusão a mulher ou parceiro com menos de 18 anos, com déficit mental, bem como a não possibilidade de um dos dois cônjuges participarem de uma das oficinas ou da entrevista. Para este estudo, projetamos uma média de 10 casais grávidos, no entanto, diante dos critérios propostos, quatro casais fizeram parte de todas as etapas do estudo, o que constitui oito participantes.

A coleta do material empírico ocorreu no período de abril a outubro de 2011, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob protocolo n. 03/2011, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A Oficina de Reflexão foi a técnica utilizada para produção do material empírico, de forma problematizadora, dialógica e participativa. É considerada por Carneiro e Agostini (1994) como modelo para educação e saúde em grupos de mulheres, podendo ser adotada para grupos mistos ou masculinos, sendo, portanto, adequada a este estudo. Para manter o anonimato das(os) participantes do estudo, empregamos pseudônimos de mulheres e homens escritores.

Foram realizadas três oficinas, com dias e horários acordados com a(o)s participantes, sendo por nós coordenadas, com apoio da enfermeira diretora da Unidade, dos(as) agentes

comunitários de saúde (ACS) e estudantes de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), *Campus Arapiraca*. A primeira oficina teve o tema gravidez; a segunda, trabalho de parto e parto/nascimento; e a terceira oficina abordou a temática puerpério e cuidados com o RN. As oficinas foram gravadas por dois gravadores e transcritas na íntegra para posterior análise.

Para análise do material transcrito, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), modalidade temática que utiliza técnicas de interpretação e oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da subjetividade, com hermenêutica controlada baseada na inferência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização da análise temática possibilitou a emergência de duas categorias, a saber: Significados do processo gravídico-puerperal para a mulher grávida e seu parceiro; e Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido.

Significados do processo gravídico- -puerperal para a mulher grávida e seu parceiro

Os casais grávidos referiram sinais e sintomas vivenciados e identificados durante o período gravídico-puerperal, relacionados a aspectos físicos e emocionais da gravidez, parto e pós-parto. Para as mulheres, a felicidade e a dor são sentimentos que permeiam todo o processo. Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) caracterizam a felicidade como um estado emocional positivo, de bem-estar e de prazer, associado à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo. Nesse contexto, a felicidade mencionada nos relatos a seguir apresenta-se como um fenômeno predominantemente subjetivo, vinculado mais a traços psicológicos e socioculturais do que a eventos externos. “E eu estou muito feliz. Tive umas dorzinhas aqui e acolá, mas tá passando, dá pra ir levando.” (Lívia Garcia-Roza). “Estou muito feliz! Depois de quase 15 anos ter outro filho né, naturalmente, sem

precisar tratamento nem nada, estou muito feliz. Até agora não tive nenhum problema, não me incomodei nada.” (Simone de Beauvoir).

O sentimento de felicidade apresentado pelas mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal vem surgindo em diversos desenhos de pesquisa (JAYASVASTI; KANCHANATAWAN, 2005; OLIVEIRA et al., 2010). Dessa maneira, em meio à subjetividade desse fenômeno, é possível indicar que a vivência da gestação geralmente satisfaz as expectativas psicológicas e socioculturais das mulheres. Contudo, segundo Jayasvasti e Kanchanatawan (2005), o nível de felicidade em mulheres grávidas pode ser previsto de acordo com o tipo de personalidade, renda familiar e relação conjugal, corroborando a afirmação de Corbi e Menezes-Filho (2006), ao alegarem que a felicidade parece estar positivamente relacionada ao estar casado(a), além da correlação positiva com renda e emprego. Nessa afirmativa, os autores parecem referir-se à convivência marital e não apenas ao casamento oficial.

Para as mulheres deste estudo, o significado da felicidade parece estar ligado aos valores culturais, estimados pela capacidade de gestar e parir. Ademais, as características sociodemográficas das(os) participantes do estudo revelam estabilidade conjugal, renda e emprego presentes para, pelo menos, um dos membros dos casais, o que parece contribuir para a menção da felicidade como significado do processo de gestar, parir e cuidar de si e do(a) recém-nascido(a).

Ao lado da felicidade, a dor acompanhou desde a gravidez ao pós-parto. Para Sousa (2002), a dor decorre de uma experiência subjetiva, multidimensional, pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos e é afetada por variáveis afetivo-motivacionais. Essa autora destaca a definição da Sociedade Americana de Dor e da Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, as quais, desde 1996, consideram a dor como o quinto sinal vital, para além de temperatura, pulso, pressão arterial e respiração.

Durante o ciclo gravídico-puerperal, o corpo precisa adequar-se fisiologicamente às alterações necessárias para dar suporte à reprodução humana. Essas modificações são justificativas

potenciais ou reais para o sintoma da dor. Entendemos que, no período da gravidez ao pós-parto, os significados mencionados, positivos e negativos, estão presentes em todos os momentos, uma vez que a experiência desse ciclo permite a vivência do processo, ultrapassando o sentimento concreto da fase em que se encontra e remetendo a lembranças e/ou relatos principalmente negativos. Portanto, a dor referente ao trabalho de parto e parto parece ser vivenciada no decorrer de todo o processo, como aparece nas falas: “O que é que eu senti (na hora do parto)? Dor.” (Zélia Gattai). “Espero que fiquem prestando atenção, sem me deixar abandonada lá, sofrendo com dor [...]” (Marina Colasanti).

Pesquisas sobre a dor no contexto gravídico-puerperal têm mostrado que não apenas o trabalho de parto e o parto remetem a esse sintoma. Não obstante o parto ser um evento bastante estudado a respeito de dor nesse período, outras causas são ainda consideradas determinantes, tais como a síndrome clínica de dor pélvica durante ou após a gravidez, a dor lombar na gestação e a cefaleia (BARBOSA; SILVA; MOURA, 2011; CHAPMAN et al., 2009; KANAKARIS; ROBERTS; GIANNOUDIS, 2011).

Para Sumita (2002), na assistência à mulher que vivencia o trabalho de parto e parto, a dor aguda aparece como diagnóstico de enfermagem, identificada na grande maioria das parturientes (90,6%). Enquanto isso, em estudo retrospectivo com prontuários de 40 mulheres, a dor crônica esteve entre os diagnósticos de enfermagem mais comuns em gestantes com assistência pré-natal em USF (KARAN et al., 2008). Esse achado também aparece no depoimento dos casais: “Ela [referindo-se à parceira] sente muita dor de cabeça [...] Várias vezes que ela até chorou, porque ela queria tomar remédio. Eu não quero dar, mas eu sou obrigado a comprar...” (Affonso de Sant’Anna). “Quando eu arrumo a casa, faço faxina, eu sinto que o meu bebê ele fica lá embaixo. Eu sinto no pezinho [mostrando a região pélvica], no pezinho mesmo um bolinho. Aí começa a doer as costas, aí eu fico com medo de perder.” (Marina Colasanti).

Identificamos, portanto, que o significado da dor para as gestantes que participaram deste estudo refere-se a um sintoma proveniente de alguma alteração relacionada ao período gravídico-puerperal, emerge em decorrência do esforço físico e parece originar medo e preocupação.

O homem, embora não experimente a fisiologia do ciclo gravídico-puerperal, relata como resultado dessa vivência a responsabilização como uma experiência gratificante e que o remete à necessidade de apoio. O depoimento a seguir é ilustrativo:

“Quem sofre mais realmente são as mulheres, mas a experiência é uma experiência muito boa [...] é um momento que a mulher precisa muito do seu marido; devemos dar uma força muito grande [...] É um momento muito especial, e nesse momento a pessoa tem que ajudar, apesar de que o homem nunca tem aquela habilidade que tem a mulher, mas, devagarzinho, vai encaixando uma coisa com a outra e vai resolvendo os problemas.” (Jorge Amado).

Na visão do interacionismo simbólico, de acordo com Brito (2001), a interação dos homens na gravidez de suas companheiras ocorre com sentimentos e atitudes que se fundamentam nas concepções dos estereótipos masculinos, apresentando-se como uma experiência percebida com positividade, dificuldades e lembranças. Sob esse aspecto, a paternidade tem sido objeto de estudos com enfoque teórico de gênero e integralidade que sugerem a tendência para a condição de pai como responsável pela formação de um ser humano em várias dimensões, inclusive a afetiva (CARVALHO, 2003; FREITAS; COELHO; SILVA, 2007; FREITAS et al., 2009; GALASTRO; FONSECA, 2007).

A despeito dessas mudanças, o papel social do homem no contexto reprodutivo e no seu modo de ser na sociedade vem passando por mudanças. O lugar de provedor financeiro da família, histórico e socialmente construído como masculino, passa a ser partilhado nos casais, e ambos, homem e mulher, assumem as

múltiplas funções na organização da sociedade. A sociedade ainda se mostra resistente quando não apoia a oportunidade para o preparo do homem para a paternidade, tal qual é feito com a gestante no pré-natal. Tendo em vista a construção de uma atenção em saúde comprometida com a integralidade, é necessário o incentivo à presença dos pais no pré-parto, parto, pós-parto e nas consultas pediátricas, ao lado da necessária preparação das equipes para o trabalho com as famílias, conforme defende Carvalho (2003). Essa autora indica ainda a necessidade de formulação de políticas trabalhistas que garantam a participação do pai, uma vez que o principal impedimento deste é devido à dificuldade de afastamento do trabalho.

A experiência gratificante, de responsabilização e apoio, é valorizada pelos parceiros *grávidos* deste estudo, corroborando os estudos de Carvalho (2003), Freitas, Coelho e Silva (2007), Freitas et al. (2009) e Zampieri et al. (2009). Nessa direção, ocorrem diversas mudanças na vida do homem que vivencia o processo gestacional, sendo a paternidade representada como evento positivo, mas que traz responsabilidade, o que se compartilha no depoimento a seguir.

“Daqui a cinco meses vou ter um filho, e pretendo outra responsabilidade maior ainda. [...] um colega meu [...] falava pra mim que, quando a mulher tá grávida, a pessoa pensa mais na dificuldade financeira que vai ter futuramente [...] Aí eu sempre falo que é questão de organização [...] Ele mesmo falou pra mim que às vezes chega do trabalho, ele chega estressado né, é só ele entrar no quarto, quando ele vê a filha dele parece que ele está nascendo de novo [...]” (Affonso de Sant’Anna).

Concordamos com Freitas et al. (2009), ao afirmarem que o termo responsabilidade apresentado nessa circunstância aponta mais para a paternidade como novo encargo social do que como espaço de envolvimento afetivo, o que implica, prioritariamente, no modelo de pai tradicional, provedor material e guardião da família. O significado de responsabilização vem

acompanhado de gratificação e apoio, o que envolve o significado da paternidade a um sentido mais amplo e afetivo.

De acordo com Toneli (2006), a paternidade está inserida num complexo cenário composto de um contexto social e histórico que parece centralizar interesses diversos, ser objeto de investigações, reflexões e até de políticas de Estado, passando, a cada geração, por continuidades, rupturas, fragmentações e saltos qualitativos no que se refere aos significados e às suas práticas. A autora destaca que, nos dias atuais, é comum pais (homens) de todas as idades apresentarem comportamentos antes considerados como inadequados a esse papel, o que, na construção de uma “nova paternidade”, pode ser visto como um dever de maior participação dos homens no cuidado com os filhos e/ou um direito, associado à perspectiva da construção do “novo homem”, que aporta à necessidade de estar mais próximo de seus filhos e companheiras.

As mudanças comportamentais na ocorrência de maternidade/paternidade sugerem às mulheres grávidas e a seus parceiros a necessidade de compartilhar entre si os significados que percebem no período da gravidez ao pós-parto, especialmente no que se refere à dor e à responsabilização. Os relatos revelam que, entre as demandas dos casais grávidos, há a necessidade da vivência compartilhada, com a intensificação da convivência a dois. “Porque [quando] a pessoa é mãe, o bebê só depende da mãe? Depende do pai também.” (Marina Colasanti). “Eu tenho muita vontade de acompanhar [no parto], eu queria muito!” (Luiz Garcia-Roza).

Para Carvalho (2003), a motivação dos casais quanto à participação dos pais no processo de nascimento parece estar relacionada principalmente ao apoio à gestante e à experiência da paternidade. Mostra, contudo, que essa iniciativa ainda é frustrada pela desvalorização da presença dos parceiros por parte dos(as) profissionais, o que decorre dos modelos vigentes de atenção em saúde, que reserva às mães a capacidade e a responsabilidade exclusivas no cuidado com as crianças. Nesse aspecto, concordamos com Freitas et al. (2009) sobre o avanço no modelo

tradicional de paternidade, o qual requer políticas públicas direcionadas à inserção dos pais no contexto dos cuidados.

Os depoimentos dos casais mostram a inter-relação entre o divino e a maternidade/paternidade. O significado de bênção relacionada à gravidez tem uma construção histórica e cristã herdada dos antepassados que permanece firme nos dias atuais, pois, por unanimidade, as pessoas participantes deste estudo mencionam o desejo de proteção divina ao referirem o estado de gravidez, como descrito: “Porque ser pai é algo muito bonito, é bênção de Deus.” (Jorge Amado). “Não esperava ser agora, mas com fé em Deus, só espero que venha com saúde e dê tudo certo.” (Affonso de Sant’Anna). “Primeiro, lá tem que se lembrar de Deus [...], só Deus pode botar a mão naquele médico.” (Simone de Beauvoir).

Segundo Flores (2006), em resenha do livro *The God Delusion*, Richard Dawkins examina, com muita clareza, as principais argumentações sobre a existência de Deus, e ressalta dois dos argumentos: o argumento do “projeto” e o argumento da experiência pessoal. Explica que o argumento do projeto defende que a existência da vida, dos seres humanos e, especialmente, da mente humana é, indiscutivelmente, um produto de uma inteligência criativa que, nesse caso, seria o divino; enquanto no argumento da experiência pessoal, as pessoas acreditam que há uma visão da divindade que lhes fala diretamente ou que tem uma experiência transcendente de contato íntimo.

Os casais referem-se à divindade como “ser” responsável pela capacidade de reprodução humana, da gestação saudável e de apoio para lidar com as mudanças que o processo gravídico ocasiona. Nesse contexto, surge o significado de aproximação entre gravidez e divindade, independente da faixa etária e renda financeira das pessoas que a vivenciam. Diante de tal evidência, notamos que este é mais um aspecto cultural e de modo de organização familiar do que uma questão isolada para determinada fase da vida ou classe econômica.

A religiosidade espalhou-se por todas as culturas humanas e, entre as hipóteses explicativas para esse fato, tem destaque aquela de que a crença em um Deus protetor aumentaria a coesão grupal e a capacidade de resistir a estressores ambientais; e ainda a hipótese favorita de Dawkins, que consiste na possibilidade de o comportamento religioso ser um subproduto de características mentais que não são ligadas diretamente à experiência religiosa, o que acontece com as crianças (FLORES, 2006).

Entre os achados, manifesta-se o fato de que, para os casais estudados, a presença de uma nova vida humana alude à aproximação entre eles e o divino, de maneira que as modificações físicas e psicoemocionais decorrentes do processo gestatório são atenuadas pelo apoio encontrado na divindade.

Necessidades de cuidado sob a ótica do casal grávido

A discussão sobre a vivência do processo gravídico-puerperal origina diversas opiniões e dúvidas nos casais, as quais constituem suas necessidades de saúde. Para fins da construção coletiva de um conhecimento que se tornará práxis, os casais participantes demonstraram interesse em dialogar sobre os temas propostos.

Ao participar das atividades educativas dialógicas desenvolvidas neste estudo, o parceiro da mulher grávida parece buscar um caminho que facilite o envolvimento com o processo gravídico-puerperal. Uma das questões apresentadas pelos parceiros das gestantes diz respeito à dificuldade em aproximar-se da parceira nessa fase, tendo como justificativa a ocorrência das modificações que ela vivencia, dando prioridade à proteção e ao cuidado com o(a) RN, conforme exposto nos depoimentos a seguir:

“Bom, eu vou me sentir realizado se ela der atenção total ao bebê. Eu acho que até futuramente ela que vai saber cuidar dele. Eu vou me virar, claro.” (Affonso de Sant’Anna).

“Eu acho que não vale nem tanto a experiência; é o consenso dos dois juntos pra poder reagir bem [...] Mas que você esteja com cuidado, porque nem toda hora a mulher pode estar pronta pra receber o marido [referindo-se à atividade sexual].” (Luiz Garcia-Roza).

Em outros momentos, mostram-se participativos, com cuidado sobre os hábitos da parceira em relação ao período da gravidez ao pós-parto, ainda que considerem suas demandas específicas nesse período. Isto é também explicitado por outros participantes, diante da necessidade de resolver as dificuldades por meio do conhecimento e do diálogo.

“Ela é manicure, está sempre ali na acetona, no esmalte, alguma coisa assim. Eu sempre peço a ela pra usar aquelas máscaras, mas só que ela vive brigando comigo por isso [...] É o que eu penso, quando chegar no 7º mês, ela parar né [...] É porque a mulher perde peso né [referindo-se à amamentação], e ao mesmo tempo ela tem leite pra amamentar [...] Tem muitas doenças que são evitadas através do leite né? [...] A comida pesada, ela só vai ganhar mais peso, claro que ela vai ter leite, mas [...] eu vou fazer o máximo pra ela não chegar perto de gordura [...]” (Affonso de Sant’Anna).

“Apesar de eu não ser mulher sou uma pessoa observadora: os seios crescem, o corpo começa a elastecer [...] A paciência que outrora já era mais branda já começa a se alterar [...] A gente tem que procurar entender né, porque no corpo está havendo uma mutação né [...] Toda ação tem uma reação. A gente, maridos, tem que ter um pouco de paciência [...] É uma vida que está se gerando dentro de uma vida, então são coisas que a gente vai vivendo, que a gente vai aprendendo no esforço.” (Jorge Amado).

Para Freitas, Coelho e Silva (2007), o fato de os homens manterem-se distantes do processo de gestação proporciona ganhos secundários, como a possibilidade de não se envolver com

prováveis sofrimentos e sentirem menos culpa, além de dispor de mais tempo mental para elaborar as transformações que ocorrem nesse período. Esse argumento auxilia a compreensão da ausência dos parceiros nas consultas e demais atividades de cuidado pré-natal, inclusive nas oficinas realizadas neste estudo, episódio obviamente agravado pelo sistema trabalhista vigente.

As mudanças durante o ciclo gravídico-puerperal incluem possível alteração no relacionamento interpessoal e afetivo do casal, originando certa insegurança ou desconforto no seu dia a dia, seja em relação ao convívio, seja à tomada de decisões ou ao cuidado de si e do(a) filho(a). O estado de gravidez permanece um momento emblemático, em que há mistura de crenças, mitos, conhecimentos empíricos e científicos que possibilitam o desacordo entre a mulher e o parceiro que vivenciam esse período, entre outras pessoas que participam do processo. As falas a seguir exemplificam esse evento: “Tem que ver que gravidez não é doença né? [justificando a rotina do trabalho ao parceiro]” (Marina Colasanti). “Mas é isso aí, pra satisfazer a mulher tem que fazer tudo né? É carregar manga verde, é jaca, é fazer o que for...” (Affonso de Sant’Anna).

De acordo com Silva e Brito (2010), o interesse do parceiro pela gestação é percebido pela grávida quando demonstra preocupação por ela e pelo feto. Entretanto, ela reconhece que o parceiro, por vezes, desvaloriza suas queixas, possibilitando o desajuste conjugal. Diante da realidade que cerca o casal nesse período, os autores afirmam que a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal predispõe o fortalecimento dos desconfortos que a gestante sofre, o que fundamenta a necessidade de os cuidados pré-natais serem extensivos aos homens, considerando que eles são os mais próximos às grávidas e, portanto, convivem com as alterações e os desconfortos advindos da gestação.

Dessa maneira, os casais que vivenciam a gestação precisam de um espaço de entendimento, por meio de acolhimento, diálogo e escuta com profissionais de saúde, na expectativa de desenvolver uma práxis mais adequada e segura, de acordo com seu contexto de vida. Teixeira

(2003) entende que o acolhimento-diálogo que se dá nos serviços de saúde possibilita a identificação e negociação de necessidades que possam vir a serem satisfeitas. No entanto, na atenção básica em saúde, não diferente em relação aos demais serviços, há necessidade de aperfeiçoamento quanto à escuta e ao diálogo no pré-natal.

Identificamos que as necessidades dos casais no contexto gravídico-puerperal incluem aspectos relacionados à alimentação da mulher, exercício físico, trabalho e atividade sexual durante a gravidez e após o parto. Além destas, têm destaque as relacionadas ao cuidado profissional em saúde, cuidados sobre as fases de trabalho de parto e parto e cuidados com o(a) recém-nascido(a) referentes à sua identificação, alimentação, higiene, consultas subsequentes, vacinas e exames necessários. As falas a seguir são elucidativas:

“Primeiramente o cuidado com a pressão né?”
(Zélia Gattai).

“Uma alimentação saudável: frutas, verduras [...] Tudo equilibrado, moderado [...] Quando fala a medicação [sulfato ferroso e ácido fólico], pra quê? Pra que a criança desenvolva seu lado. Então a alimentação, ela é fundamental tanto para a mamãe como também para o bebê [...] E quando tá com cólica [...] a pessoa pode encostar o bebezinho assim, na barriga da mamãe né, que ameniza mais; pode ser na do papai também né [...] Quando ele (recém-nascido) gofa, se ele não tiver numa posição adequada, ele pode sufocar e morrer.” (Jorge Amado).

“São umas dorzinhas no começo [do trabalho de parto]. Vai dilatando né, aos poucos. Aí, no começo, vem aquelas dorzinhas, depois vai aumentando. Cada dor que vem, que vai e volta, o menino vai se dilatando né? [...] Enquanto o menino [recém-nascido] está mamando, [a mãe] vai emagrecendo.” (Lívia Garcia-Roza).

“A gente fica aperreado quando está assim [próximo ao trabalho de parto], quer estar no hospital né. Mas as mulheres vão e voltam pra casa, porque não está na hora ainda, depois voltam de novo pro hospital [...]” (Simone de Beauvoir).

“Pelo menos eu dou banho assim [demonstra com boneca]: eu pego o bebê assim [inclinado, de braços sobre seu braço], lavo o corpinho dele, lavo a parte do pescoço, com bem pouquinha água, aí vou tirando [...] Tem que botar aquela pulseirinha né?” (Marina Colasanti).

As necessidades provenientes dessa fase da vida circundam o universo do casal grávido, sobretudo para o parceiro que se permite envolver com o processo gravídico-puerperal e o enxerga como uma oportunidade de refletir sobre o cuidado da família e de si mesmo, considerando que as questões apresentam diferenças na perspectiva de gênero. Logo, necessitamos incluir as demandas específicas do parceiro nos serviços de saúde, a fim de discuti-las à luz da integralidade.

As temáticas abordadas nas oficinas de reflexão permitiram aos casais apontarem maior necessidade de retomar as questões referentes ao trabalho de parto e parto/nascimento, não excluindo os temas sobre gravidez, pós-parto e cuidados com o(a) recém-nascido(a). O fato é que os casais demonstram mais segurança e apoio de profissionais de saúde e familiares ou amigos para os períodos de gestação e puerpério em relação à fase de trabalho de parto, parto e nascimento.

No período pós-parto, Almeida (2005) destaca que o cuidado de enfermagem à mulher durante o puerpério está voltado apenas para o atendimento às necessidades físicas apresentadas, mesmo assim de modo insatisfatório, já que a satisfação das pessoas envolvidas neste cuidado está mais relacionada à competência para estratégias de comunicação terapêutica do que à competência técnica. Logo, em todas as fases de trabalho de parto e parto/nascimento, o

medo, a ansiedade e as dúvidas decorrentes de vários fatores têm como coadjuvante a carência de escuta e de diálogo, as quais contribuem para tornar esse momento mais obscuro. Os relatos a seguir, produzidos durante as oficinas, narram alguns desses anseios:

“Quando ela [a parceira] disser ‘está doendo aqui’, aí o cabra corre pra lá [...] E agora? [...] Nesse momento, a pessoa tem que ter muita calma, porque quando a pessoa tá nervoso perde seu raciocínio lógico, piora a situação. Então esse é um momento que estamos a aprender cada vez mais. Cada parto é um momento diferente um do outro [...] Como ela [referindo-se à parceira] estava falando: tinha coragem de ver eu ganhando neném? Eu disse que tinha, mas muitos desmaiam lá, mas eu acho que eu não desmaio não!” (Jorge Amado).

“Eu fiquei sabendo antes de ontem que agora toda mulher pode escolher na sala de parto se quer entrar com alguém, é verdade? Porque eu tenho medo, assim, eu fico imaginando na hora que o meu bebê nascer cair no chão [...] O bebê pode ficar encaixado antes mesmo de estar perto de nascer? Porque a minha está encaixadinha. Eu fiquei com medo hoje, quando a médica falou, porque ainda estou com seis meses e cinco dias. Aí eu pensei: será que eu vou ter de nove meses?” (Marina Colasanti).

“E a infecção hospitalar? É muito importante esse negócio né? Que o pessoal fala muito de negócio de infecção.” (Jean-Paul Sartre).

“Às vezes eu penso em levarem minha bichinha (RN); eu tenho medo. Assim que ela nascer eu peço que bote logo o meu nome [...] Eu tenho medo de chegar a um ponto de, se for cesárea, não sentir dor, ficar esperando [...], passar da hora e o menino nascer com problema.” (Lívia Garcia-Roza).

“É no nascimento ou antes de nascer que enrola (o cordão umbilical)? Porque leva à morte né? [...] Sei não, eu não vou estar na hora, e nem quero porque eu tenho medo.” (Affonso de Sant’Anna).

As consequências dessas dúvidas são a insegurança e a dependência em relação às(aos) profissionais de saúde, o que torna deficiente a participação ativa do casal, especialmente no processo de nascimento. Segundo Martins (2002), esse processo de participação constitui-se de uma dinâmica individual e coletiva simultânea. A autora complementa:

[...] se a necessidade de participação é o desejo que move o ator a praticar a ação, o sentido de sua participação num empreendimento coletivo pode ser altamente positivo. Se, ao contrário, a participação é delegada por normas, vigora a ausência do desejo como motor fundante da ação. Neste caso, dificilmente o ator imprimirá o mesmo sentido a ações sociais, a projetos coletivos, a empreendimentos de mudança institucional. (MARTINS, 2002, p. 210).

Esse vácuo na participação do casal é proveniente de um conjunto de fatores relacionados, na atualidade, à organização do sistema de atenção em saúde, desde o modelo biomédico mandatário no qual está inserido até a construção social do poder, vinculado os profissionais de saúde. Almeida (2005) identifica a hierarquia e a assimetria de gênero institucionalizadas no espaço da Maternidade, fragilizando a relação entre profissional de enfermagem e a mulher, o que lhe causa angústia e sofrimento. Observamos que surgem dúvidas, mesmo na ocasião da consulta pré-natal, a qual seria uma das estratégias para diálogo entre profissionais de saúde e as pessoas que vivenciam a gravidez, que são mantidas devido à não abertura para a escuta e o diálogo nesse momento.

Para Costa (2001), muitas vezes as gestantes são orientadas, entretanto não mudam as suas condutas sobre os cuidados no período puerperal, preferindo, na maior parte das vezes, seguir o saber culturalmente construído, relacionado às crenças e aos valores que estão mais próximos do seu cotidiano. Nessa condição, reforçamos a importância do diálogo entre profissionais de saúde, gestante e seu parceiro com o foco nos

seus interesses e necessidades, a exemplo daquelas problematizadas, já que o processo de participação do casal não se resume ao seu conhecimento e à sua atitude, mas estende-se ao que pode ser transformado em prática dentro de uma coletividade. Assim, cabem os diálogos entre profissionais de saúde e a mulher grávida e seu parceiro, para que, juntos, construam o cuidado de modo participativo. Vale destacar que a comunicação é uma competência que tais profissionais devem desenvolver de modo terapêutico.

Considerando a integralidade como categoria de análise para as informações oriundas dos casais participantes, recordamos o cuidado em saúde vinculado aos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção e inserido num processo de trabalho imerso nas dimensões da prática e organização do cuidado. Nesse contexto adotamos para este estudo o entendimento de Mattos (2001), quando fala da integralidade como uma dimensão das práticas que se traduz na forma como ocorre um encontro entre o profissional de saúde e a(o) usuária(o), de forma que o acolhimento, o vínculo-responsabilização e a qualidade da atenção estejam imersos nesse processo.

Discutindo sobre as experiências de cuidado em saúde, os casais grávidos colocam pontos de grande interesse para os conceitos da integralidade como fundamentais para a reflexão a respeito da atitude e conduta de profissionais da saúde, especialmente da enfermagem.

Nesse sentido, o acolhimento tem se mostrado bastante precário quando se trata de hospitalização nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A violência às mulheres nesse contexto, igual e historicamente apontada em outros estudos (DINIZ et al., 2004, MURY, [2004]), é visível nas falas das mulheres grávidas e de seus parceiros, sendo a agressão verbal cometida principalmente por profissionais de saúde, com destaque para os(as) profissionais de enfermagem, os(as) quais permanecem mais tempo na prestação de cuidados durante o período de internação: “Não fiquem dizendo como uma vez que eu fui pro hospital com dor, que eu perdi um já, e a moça falava: minha filha na hora

de fazer você não tava com dor, agora você espere, espere que não é o momento não!” (Marina Colasanti). “Eu já passei por isso, quanto mais grita de dor, de sofrimento ali, elas dão massada, e tem umas que xingam [...] e não respeitam né?” (Simone de Beauvoir).

Nessa direção, Almeida (2005) discute as necessidades de acolhimento e segurança das puérperas internadas, revelando que, pelo contrário, elas sentem-se descuidadas e desrespeitadas por parte das profissionais de enfermagem, tratadas muitas vezes com desprezo e humilhação, o que conduz à sensação de insegurança. Tal realidade fere o conceito de acolhimento previsto no modelo de integralidade para o cuidado à mulher (e família) que vivencia o processo de nascimento. Ademais, Pinheiro (2001) afirma que a violência é um dos principais determinantes dos problemas de saúde das pessoas que buscam atendimento nessa área, não devendo, portanto, ser excluída da discussão sobre políticas de saúde.

A violência contra a mulher vem sendo discutida e inserida nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher desde 2004, com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. As suas estratégias enfocam a situação de violência doméstica e sexual, porém a violência de gênero ultrapassa essas classificações, ocorrendo em diversos lugares e relações interpessoais. Diante dessa realidade é preciso incentivar as(os) profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado no contexto gravídico-puerperal, em especial a(o)s de enfermagem, conforme os relatos, para refletirem sobre a sua prática no exercício da profissão. O Capítulo 1 do Código de Ética dos(as) Profissionais de Enfermagem assegura ser a Enfermagem uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, buscando promover, proteger, recuperar a saúde e reabilitar pessoas, dentro dos preceitos éticos e legais. Em seus artigos 2º e 3º destaca:

O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população; O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004, p. 131).

O depoimento a seguir corrobora tais enunciados ao dizer: “É verdade... dar toda assistência porque é o trabalho delas (profissionais de enfermagem) né, a gente chega e quer ser bem tratado(a) né?” (Simone de Beauvoir).

A mulher, no momento de parturição, deve ser acompanhada do parceiro ou pessoa de sua escolha, ser acolhida mediante o atendimento de suas necessidades, com escuta e diálogo, de modo a proporcionar o vínculo-responsabilização que requer um relacionamento de confiança. Essa importante iniciativa é valorizada pelos casais, ao destacarem a importância dessa prática para lhes dar mais conforto e tranquilidade: “Toda gestante tem direito de deixar alguém acompanhar no parto.” (Marina Colasanti). “Se tivesse uma pessoa que conversasse, chegasse e desse uma palavra de conforto, a pessoa até se conformava. Não ia tirar aquela dor daquela pessoa naquele instante, mas a pessoa com uma palavra de conforto fica até tranquila.” (Luiz Garcia-Roza). “Tem que ter muito cuidado, tanto com o bebê quanto com a mãe né? Quando a gente tem familiar perto, que dá toda assistência, melhor ainda.” (Simone de Beauvoir). Nesses depoimentos, o acompanhante é identificado como elemento importante para o enfrentamento no processo de nascimento. Mesmo sendo inquestionável o significado tanto para quem é acompanhado quanto para quem acompanha, um dos participantes enfatiza a necessidade de ser preparado para tal função.

“Eu vejo o seguinte: quando você está realmente com alguém que vai dar umas palavras de conforto... mas realmente tem pessoas que não sabem, tem pessoas que não são preparadas pra acompanhar ninguém. Então, até isso, a pessoa tem que ver quem vai acompanhar entendeu?” (Jorge Amado).

Frente a esse depoimento, lembramos que a qualidade da atenção em saúde compreende alguns aspectos como expectativa, satisfação, direitos e deveres das pessoas que usam serviços específicos. Os(as) participantes reforçam a necessidade do cumprimento desse elemento e apontam expectativas em relação ao cuidado no

período gravídico-puerperal, principalmente durante a internação hospitalar, nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, momentos que envolvem ansiedade, insegurança e medo do desconhecido, dos riscos, entre outras demandas.

Para isso, algumas ações e procedimentos para os(as) profissionais de saúde são apontados pelos casais do estudo como importantes formas de prevenir danos ou riscos para as mulheres e os RN. “Examinando, olhando minha pressão, olhando dilatação, sabendo se tá perto [...] Que limpe direitinho né, que retire todo o resto de placenta, essas coisas.” (Marina Colasanti). “É, tinha que fazer o exame de toque [...] Aliviava mais a dor! Umas reclamavam, diziam que doía, mas não senti não isso [...] era melhor pra mim.” (Zélia Gattai). “Aqueles materiais têm que estar tudo esterilizado pra não anunciar uma infecção [...] e também a criança não engolir.” (Jorge Amado). “É, assim que nascer, pra mim, coloca logo a pulseirinha com o nome da mãe [...] Porque ainda tirar, e ainda levar pra distante de você, antes de você ver [...] Ter muito cuidado na hora de pegar, de dar banho também, na hora de limpar.” (Lívia Garcia-Roza).

As expectativas de cuidado apresentadas expõem necessidades subjetivas e, independente do modelo de assistência hospitalar em obstetrícia, há quem prefira permanecer em casa, mesmo durante o período de dilatação do colo uterino, o qual requer atenção especial, como indica o depoimento: “Sabe de uma, eu prefiro ficar em casa [durante o trabalho de parto], quando eu ver que não está dando mais mesmo [de dor], aí eu vou para o hospital.” (Lívia Garcia-Roza).

A satisfação dos casais participantes deste estudo, no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado durante o processo gravídico-puerperal, envolve questões de cidadania, como direitos e deveres, as quais precisam ser respeitadas para um bom enfrentamento desse período. É perceptível o entendimento dos direitos de cidadania, que incluem um espaço seguro, acolhedor e a companhia de uma pessoa de confiança pessoal, além do(a) profissional que acompanhe

a evolução da sua gravidez, o que é expresso nas declarações a seguir:

“Aqueles três dias que ela passa lá [na maternidade], ela tem direito à alimentação, tem direito a ter visita, entendeu? [...] estamos pagando aqui, o Estado, a gente paga imposto [...] Todos os enfermeiros que estão ali, todos os médicos que estão ali pelo SUS e pelo Estado, quem paga é a gente [...]” (Jean-Paul Sartre).

“Procurar realmente saber nossos direitos, que muitas vezes a gente não exige porque não tem conhecimento [...] E tem direito também ao registro civil [para o RN].” (Jorge Amado).

“É de direito ter um médico sempre acompanhando. Pelo que eu vejo é assim: um acompanhamento mais próximo ou do médico que estiver de plantão ou até mesmo das enfermeiras.” (Luiz Garcia-Roza).

Do mesmo modo que pontuam seus direitos, os(as) participantes demonstram a compreensão de que, para seus direitos serem respeitados, precisam cumprir seus deveres com paciência, respeito e compreensão:

“Você tem que ser principalmente compreensiva. Por mais que você esteja numa hora de dor, também tem que entender o outro lado... Porque hoje em dia é assim. O Ministério da Saúde corre atrás de chegar a um ponto de voltar a anos atrás, que se sugere mais parto normal, que é bem mais prático, né isso?” (Luiz Garcia-Roza).

“Tem que ter paciência. A gente tem que saber que vai pra lá consciente que vai ter que esperar né [...] Por isso que eu digo, nessa hora tem que ter muita calma, chegar e conversar e ter paciência, tanto do meu lado quanto do lado delas [parteiras] né?” (Livia Garcia-Roza).

O conhecimento/informação dos casais grávidos sobre cidadania vivenciada no processo gestatório estende-se à inserção de um novo membro da família na sociedade e envolve aspectos de educação e de cuidado em saúde. Percebemos que os parceiros das gestantes possuem melhor compreensão dos seus direitos e deveres em relação às próprias gestantes, o que nos parece estar relacionado à diferença de escolaridade e acesso a informações. No entanto, como é de esperar, decorrente da construção social de gênero em que a mulher é socializada desde a infância sobre a prática do cuidar, pautada no cuidado de si e do(a) RN, as mulheres demonstraram melhor participação, o que indica o modo de organização familiar tradicional.

Os depoimentos das mulheres e seus parceiros permitem-nos refletir sobre o cuidado profissional voltado para as suas necessidades sociais e de saúde, as quais, expostas de maneira individual ou coletiva, emitem o valor da perspectiva da integralidade no cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre o processo da gravidez ao pós-parto na percepção dos casais grávidos trouxe aspectos importantes inseridos na dialética para a integralidade da prática do cuidado à mulher grávida e a seu parceiro.

As contribuições dos depoimentos dos casais grávidos fizeram emergir elementos legitimados por estudos anteriores, a saber, significados prioritariamente positivos para o processo gravídico-puerperal, bem como ações de cidadania em saúde voltadas para as necessidades dessas pessoas e sobrepostas ao que o sistema oferece. Ficou evidente nesta pesquisa que tais elementos precisam ser trabalhados seriamente e com mais intensidade na organização e na prática dos serviços. Para isso, é recomendável a realização de grupos de casais grávidos nos serviços de pré-natal que considerem as especificidades da paternidade, sendo indicador desse cuidado a escolha do horário viável à presença do homem.

Em busca de um cuidado à mulher grávida e seu parceiro sob o olhar da integralidade,

notamos que a aproximação com as pessoas que vivenciam essa fase da vida precisa ser cautelosa, de maneira a considerar cultura, hábitos e comportamentos, sobretudo no que se refere à participação e ao respeito à masculinidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mariza S. *Indicadores de gênero para a assistência à mulher no período puerperal*. 2005. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BARBOSA, Cynthia M.S.; SILVA, José Mário N. da; MOURA, Adeildes B. de. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. *Rev. Dor*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 205-208, jul./set. 2011.
- BARBOSA, Maria Aparecida R. da S.; MANDÚ, Edir N.T. Atenção à saúde do homem-pai antes e após o nascimento de seu filho. In: MANDÚ, Edir N.T. (Org.). *Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de Enfermeiros(as) em atenção básica*. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006. p. 69-80.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Ed rev. actual. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BOARETTO, Maria Cristina. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 22 dez. 2013.
- BRITO, Rosineide S. de. *Experiência do homem no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista*. 2001. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=-google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17775&indexSearch=ID>>. Acesso em: 18 jan. 2012.
- CARNEIRO, Fernanda; AGOSTINI, Marcia. Oficinas de reflexão: espaços de liberdade e saúde. In: AGOSTINI, Márcia; D'ACRY, Vanda (Org.). *Trabalho feminino e saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana, 1994. p. 53-83.
- CARVALHO, Maria Luiza M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. s389-s398, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2010.
- CHAPMAN, A.H. et al. Diagnóstico e tratamento de dores de cabeça. *J. bras. Med.*, Rio de Janeiro, v. 96, n. 5, p. 11-14, maio 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=539053&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 jan. 2012.
- CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 3, p. 131-137, 2004. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/333/319>>. Acesso em: 26 nov. 2011.
- CORBI, Raphael B.; MENEZES-FILHO, Naércio A. Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil. *Rev. Econ. Política*, São Paulo, v. 26, n. 4 (104), p. 518-536, out./dez. 2006.
- COSTA, Maria Cristina G. da. *Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado*. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- DICKSTEIN, Júlio; MALDONADO, Maria Tereza. *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Integrare, 2010.
- DINIZ, Normélia M.F. et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-356, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a20v57n3.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2011.
- FERRAZ, Renata B.; TAVAREZ, Hermano; ZILBERMAN, Mônica L. Felicidade: uma revisão. *Rev. Psiq. Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007.
- FLORES, Renato A. Resenha do livro *The God Delusion*, de Richard Dawkins, New York, Houghton

Mifflin, Company, 2006. *Rev. Psiq. Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 366-9, set./dez. 2006.

FREITAS, Waglânia de M.F.; COELHO, Edméia de A.C.; SILVA, Ana Tereza M.C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, jan. 2007.

FREITAS, Waglânia de M.F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100011>>. Acesso em: 7 nov. 2010.

GALASTRO, Elizabeth P.; FONSECA, Rosa Maria G.S. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300016>. Acesso em: 12 jul. 2010.

JAYASVASTI, Kanthika; KANCHANATAWAN, Buranee. Happiness and related factors in pregnant women. *J. Med. Assoc. Thailand*, Tailândia, v. 88, supl. 4, p. s220-2255, sept. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16623032>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

KANAKARIS, Nikolaos K.; ROBERTS, Craig S.; GIANNOUDIS, Peter V. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. *BMC Medicine*, London, v. 9, n. 15, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/15>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

KARAN, Pedro M. et al. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Nursing*, São Paulo, v. 10, n. 116, p. 36-44, jan. 2008.

MARTINS, Ângela M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. *Cad. Pesq.*, São Paulo, n. 115, p. 207-232, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 39-64.

MURY, Laura. Violência institucional: casos de violação de Direitos Humanos na área da saúde materna e neonatal no estado do Rio de Janeiro. Relatórios. São Paulo, [2004]. Disponível em: <<http://www.social.org.br/>

relatorio2004/relatorio019.htm#_ednref3>. Acesso em: 26 nov. 2011.

OLIVEIRA, Andressa S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 32-41, dez. 2010.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 65-112.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Tradução Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REBERTE, Luciana M.; HOGA, Luiza A.K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para a saúde no pré-natal. *Cienc. Enf.*, Concepción, v. 16, n. 1, p. 105-114, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2010.

SALEM, Tânia. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SILVA, Flávio C.B.; BRITO, Rosineide S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SOUSA, Fátima A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 46-47, maio/jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300020&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 nov. 2011.

SUMITA, Satie Lúcia N. *O processo de enfermagem na assistência à parturiente: diagnósticos e intervenções*. 2002. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=330820&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

TEIXEIRA, Ricardo R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2003. p. 89-101.

TONELI, Maria Juracy F. Paternidade em contextos urbanos: entre o dever e o prazer. In: MINELLA, Luzinete S.; FUNCK, Susana B. (Org.). *Saberes e fazeres de gênero*: entre o local e o global. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 257-270.

ZAMPIERI, Maria de Fátima M. et al. Grupo de gestante e/ou casais grávidos e a inserção do acompanhante/ pai no processo de nascimento. *Extensio: Rev.*

Eletrôn. Extensão, Florianópolis, Ano 6, n. 7, p. 55-72, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewPDFInterstitial/10918/10485>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

Submetido: 20/5/2013

Aceito: 18/10/2013