

**Cuidado educativo no ciclo gravídico-puerperal à luz da teoria de Paulo Freire:
contribuições para assistência**

**Educational care in the puerperal pregnancy cycle in light of Paulo Freire's theory:
contributions for assistance**

**Atención educativa en el ciclo del embarazo puerperal a la luz de la teoría de Paulo
Freire: aportes para la asistencia**

Recebido: 20/10/2020 | Revisado: 27/10/2020 | Aceito: 31/10/2020 | Publicado: 04/11/2020

Vanessa Cristina de Vasconcelos Grossi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0767-8178>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: vanessavgrossi@edu.unirio.br

Cristiane Rodrigues da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5658-0353>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cristiane.r.rocha@unirio.br

Taís Veronica Cardoso Vernaglia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3391-7301>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: taisvernaglia@gmail.com

Márcia Neves Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1606-5098>

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Brasil

E-mail: marcianeves75@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar as necessidades de orientações em saúde das gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal e discutir a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal à luz de Paulo Freire. Metodologia: pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário, de setembro a outubro de 2019, com 27 gestantes participantes. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista por pauta e, posteriormente, submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Resultados: após a análise,

emergiram três categorias, sendo elas: as necessidades de orientações em saúde das gestantes acerca do gestar, do parir e do pós-parto; os conhecimentos populares das gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal; e a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal. Na análise das categorias, foi notória a observação de que a educação em saúde efetuada pelos profissionais de saúde não contemplou em sua totalidade as reais necessidades de orientações em saúde apresentadas pelas gestantes. Conclusão: a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde não deve ser impositiva, devendo haver uma relação dialógica que leve em consideração os aspectos socioculturais, psicológicos e biológicos das gestantes e de suas famílias, bem como os seus saberes preexistentes, a fim de ressignificá-los. Considera-se este meio fundamental, para que, com base no contexto de vida das gestantes, haja maior possibilidade de obtenção do impacto desejado da educação em saúde, o alcance da liberdade consciente e autônoma de escolhas das mulheres, a promoção da saúde e o autocuidado.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Enfermeiros; Educação em saúde; Gestantes.

Abstract

Objectives: analyze the needs of health guidelines for pregnant women on the pregnancy-puerperal cycle and discuss health education carried out by health professionals in prenatal care in the light of Paulo Freire. Methodology: descriptive research with a qualitative approach carried out from September to October 2019 with 27 pregnant women in a university hospital. Data were collected through semi-structured interview and later submitted to Bardin's content analysis. Results: after the analysis, three categories emerged, namely: the needs for health guidelines of pregnant women about gestating, giving birth and postpartum; the popular knowledge of pregnant women about the pregnancy-puerperal cycle; and health education carried out by health professionals in prenatal care. In the analysis of the categories, it was noteworthy that health education carried out by health professionals didn't fully address the real needs for health guidance presented by pregnant women. Conclusion: health education carried out by health professionals should not be imposed, and there should be a dialogical relationship that considers the sociocultural, psychological and biological aspects of pregnant women and their families and pre-existing knowledge in order to resignify them. This means is considered fundamental, so that based on pregnant women's life contexts, there is greater possibility of obtaining the desired impact of health education, achievement of conscious and autonomous freedom of choice by pregnant women, health promotion, and self-care.

Keywords: Prenatal care; Nurses; Health education; Pregnant women.

Resumen

Objetivos: analizar las necesidades de orientación en salud de la gestante en el ciclo embarazo-puerperal y discutir la educación en salud que realizan los profesionales de la salud en la atención prenatal a la luz de Paulo Freire. Metodología: investigación descriptiva con abordaje cualitativo realizada en un hospital universitario, de septiembre a octubre de 2019, con la participación de 27 gestantes. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista por pauta y luego sometidos al análisis de contenido de Bardin. Resultados: luego del análisis, surgieron tres categorías, a saber: las necesidades de pautas de salud de la gestante sobre gestar, parir y posparto, el conocimiento popular de la gestante sobre el ciclo embarazo-puerperal y la educación en salud que realiza profesionales de la salud en la atención prenatal. En el análisis de las categorías, se destaca que la educación en salud realizada por los profesionales de la salud no atiende plenamente las necesidades reales de orientación en salud que presentan las gestantes. Conclusión: la educación en salud llevada a cabo por profesionales de la salud no debe ser obligatoria; debe existir una relación dialógica que tenga en cuenta los aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos de la gestante y su familia, así como sus conocimientos preexistentes, para replantearlos. Se considera este medio fundamental, para que, en función del contextos de vida de las gestantes, exista una mayor posibilidad de obtener el impacto deseado de la educación en salud, logro de libertad de elección consciente y autónoma de las gestantes, promoción de la salud y cuidados personales.

Palabras clave: Atención prenatal; Enfermeros; Educación en salud; Mujeres embarazadas.

1. Introdução

O ciclo gravídico-puerperal ocasiona mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais para a mulher e sua família, que podem desencadear sentimentos de medo, insegurança e ansiedade. Nesse contexto, a posse de informações qualificadas, proporcionadas pela educação em saúde, favorece o poder de decisão sobre o ciclo gravídico-puerperal e, conseqüentemente, do domínio sobre o próprio corpo, possibilitando a autonomia e o protagonismo das mulheres (Silva, Mendes, Carvalho, Vilanova, & Silva, 2016).

Neste sentido, o pré-natal é uma ocasião importante para a realização da educação em saúde por meio da interação entre a gestante, sua família e o profissional de saúde,

configurando um espaço para o diálogo, esclarecimento de dúvidas, compartilhamento de experiências e saberes e uma melhor compreensão e construção da autonomia na gravidez, parto e puerpério (Monteiro et al., 2020).

No pré-natal, para além do rol de normas e procedimentos estabelecidos na prática assistencial, as enfermeiras devem identificar e compreender a experiência das gestantes com a maternidade, suas condições de vida, de saúde e as suas reais necessidades de aprendizagem, para que possam desenvolver ações pertinentes de educação em saúde. Assim, essas profissionais se tornam agentes fundamentais na determinação do autocuidado e da promoção da saúde no ciclo gravídico-puerperal (Jardim, Silva, & Fonseca, 2019).

Segundo Paulo Freire (2017), o diálogo oportunizado pela educação em saúde gera uma compreensão problematizadora e reflexiva sobre a realidade vivenciada. O processo educativo, dentro dessa perspectiva, deve propiciar o fortalecimento pessoal e a capacitação das gestantes para que se tornem corresponsáveis, juntamente com os profissionais de saúde, pelo cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) e a pedagogia de Paulo Freire propõem uma educação dialogada e crítica no ciclo gravídico-puerperal, a fim de propiciar uma assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido, pautada na humanização do parto e nascimento e na promoção da saúde (Brasil, 2013; Freire, 2017).

A partir do exposto, esta pesquisa se justifica pela importância da compreensão das mulheres como foco principal da educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no ciclo gravídico-puerperal, em um contexto complexo de transformações físicas, psicológicas, emocionais e sociais e de demandas de orientações em saúde, objetivando o rompimento com o modelo tecnocrático e biomédico das práticas de educação em saúde e, como efeito, o estabelecimento de uma educação em saúde inclusiva às gestantes.

Ainda se observa no cotidiano dos serviços de saúde que a educação em saúde estabelecida pelos profissionais de saúde baseia-se no modelo tecnocrático e biomédico, que distancia o profissional de saúde da mulher, uma vez que privilegia a doença como foco principal da assistência e o fazer técnico regido por normas e procedimentos. Logo, há a necessidade urgente de superação desse modelo objetivando a qualificação da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido (Santili, Tonhom, & Marin, 2016).

Em vista disso, foram definidos os seguintes objetivos: analisar as necessidades de orientações em saúde das gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal e discutir a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal à luz de Paulo Freire.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada na maternidade de um hospital universitário, a partir de uma entrevista por pauta com 27 gestantes.

A estratégia metodológica se justifica diante do tema expresso pela pergunta de pesquisa: “Como se estabelecem as necessidades de orientações em saúde das gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal frente à educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde?”; tendo sido, escolhida em virtude da natureza do problema de pesquisa investigado e da necessidade de análises descritivas que permitissem o entendimento das características deste fenômeno por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados (Minayo, 2017).

Privilegiou-se a pesquisa qualitativa pelo seu modo de aproximação da realidade, que se relaciona com o objeto da pesquisa, pois se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão das relações sociais dos participantes; do universo de significados concernentes às necessidades de orientações em saúde das gestantes no ciclo gravídico-puerperal; e da educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde (Gil, 2019).

As participantes da pesquisa foram 27 gestantes que tiveram como referência para atendimento a maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Foi utilizada uma amostra por conveniência, obedecendo ao critério de saturação teórica das falas na coleta de dados.

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, se encontra localizado no bairro da Tijuca, na Zona Norte do estado do Rio de Janeiro, sendo considerado um Centro Nacional de Referência em AIDS (Brasil, 1987).

Neste hospital é prestada a assistência nos diversos níveis de complexidade do sistema, contando com a presença de inúmeras especialidades, inclusive de ambulatórios. Além disso, é considerado um hospital-escola da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para o ensino da graduação e especialização lato e stricto sensu para o Sistema Único de Saúde, dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição e biomedicina.

O hospital em questão foi escolhido como cenário da pesquisa por conveniência para a realização da pesquisa pela pesquisadora principal e por possuir uma maternidade de referência em gestações de alto risco no Rio de Janeiro, inserida no Programa Cegonha Carioca, possibilitando durante as visitas guiadas das gestantes à maternidade, uma ocasião para a educação em saúde acerca do ciclo gravídico-puerperal.

Os locais de realização da pesquisa foram a sala de espera da visita guiada do Programa Cegonha Carioca, a sala de espera do pré-natal e a enfermaria de gestantes. As entrevistas aconteceram individualmente, de forma distanciada de outras pessoas, para garantir a privacidade das participantes.

Na técnica de saturação teórica das falas, o número de participantes é definido quando os dados obtidos se tornam demasiados ou repetidos, não sendo mais necessária a continuação da coleta dos dados. Uma amostra qualitativa ideal é a que expressa adequadamente ao pesquisador o fenômeno que será objeto da pesquisa (Minayo, 2017).

Nesta amostra, foi observada a redundância das falas na vigésima entrevista e confirmada a saturação a partir das demais. Na pesquisa qualitativa, há a valorização dos processos sociais e relacionais refletidos na reprodução dos fatos sociais existentes (Bauer & Gaskell, 2015). Desse modo, justifica-se esta saturação teórico-empírica e a relevância das informações que tinham aderência ao objeto do estudo e que foram consideradas para interromper a coleta de dados.

Os critérios de inclusão das participantes foram: gestantes que tiveram como maternidade de referência o hospital em que foi conduzida a pesquisa e que tivessem disponibilidade para participar da pesquisa, e em caso de menores de 18 anos, a necessidade da disponibilidade também de seu responsável; os critérios de exclusão foram: gestantes que não realizaram pré-natal e gestantes que não tiveram como referência o hospital universitário mencionado.

As participantes foram identificadas pela letra inicial maiúscula correspondente à palavra gestante (“G”), seguida do número designado pela ordem de realização das entrevistas (1 a 27), visando a preservação do anonimato.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a outubro de 2019, por meio de uma entrevista por pauta, em que, segundo Gil (2019), o entrevistador delimita uma relação de pontos a serem explorados ao longo da entrevista. Neste tipo de entrevista, o pesquisador verifica se os pontos previamente selecionados estão sendo abordados, e se houver afastamento da pauta, o pesquisador interfere com sutileza e reconduz o entrevistado para os objetivos da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi composto de dados de caracterização das participantes (idade atual, cor, escolaridade, sexo do recém-nascido, paridade, idade gestacional, se realizou ou não pré-natal, o número de consultas de pré-natal e se possuía patologias) e de questões abertas a respeito das dúvidas das gestantes sobre a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto; dos conhecimentos populares sobre gestação, trabalho de

parto, parto e pós-parto; da realização da educação em saúde relacionada aos temas abordados; e dos profissionais que a efetuaram.

Na pesquisa, houve a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes, e em caso de participantes menores de 18 anos, foi assinado juntamente com seus responsáveis o termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Antes do início da entrevista, uma das vias do documento foi entregue as participantes e a outra permaneceu com a pesquisadora.

O processo analítico dos dados das entrevistas se deu a partir da análise e sistematização de conteúdo de Bardin, que é definida como um conjunto de técnicas de análise das interlocuções que visa obter, por métodos sistemáticos e de descrição do conteúdo das mensagens, a dedução de conhecimentos, sendo as falas convergentes agrupadas em categorias analíticas (Bardin, 2016).

As etapas da técnica de análise de conteúdo de Bardin consistem em três: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Inicialmente, foi realizada a transcrição e codificação das entrevistas; em seguida, foram identificadas 319 unidades de registro, 34 unidades de significação e três categorias de análise, sendo elas: as necessidades de orientações em saúde das gestantes acerca do gestar, do parir e do pós-parto; os conhecimentos populares das gestantes sobre o ciclo gravídico-puerperal; e a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal.

O referencial teórico utilizado para a discussão foi a pedagogia proposta por Paulo Freire, que enseja a participação ativa dos sujeitos nas ações de saúde, valoriza o diálogo e favorece o reconhecimento destes enquanto sujeitos autônomos, portadores de saberes e corresponsáveis pelo seu processo saúde-doença-cuidado (Freire, 2017).

Esta pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, obtendo o Parecer nº 3.564.790, tendo atendido aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre a realização de pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012).

3. Resultados e Discussão

As 27 gestantes entrevistadas eram, em sua maioria, adultos jovens, com média de idade igual a 30 anos. Elas se autodeclararam, principalmente, de cor negra (48%), branca e

parda (37% e 15%, respectivamente). Quanto à escolaridade, a maior parte afirmou possuir ensino médio completo (59%).

A maioria das entrevistadas referiu ser a sua primeira gestação (59%), e o sexo dos recém-nascidos foi predominantemente o feminino (63%). A idade gestacional das entrevistadas variou de 12 a 38 semanas, sendo: até 13 semanas (3,7%), DE 13 a 27 semanas (29,62%) e de 28 a 38 semanas (66,67%). No momento da entrevista, todas informaram estar em acompanhamento pré-natal, tendo 82% delas realizado mais de seis consultas. Quase 50% das gestantes possuíam patologias, sendo as principais: hipertensão gestacional (50%), hipertensão gestacional e diabetes gestacional (17%), apenas diabetes gestacional (25%) e hipotireoidismo (8%).

Após a organização dos dados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin, emergiram três categorias de análise que serão descritas a seguir.

Categoria 1: As necessidades de orientações em saúde das gestantes acerca do gestar, do parir e do pós-parto

Entende-se que o ciclo gravídico-puerperal corresponde a um período de intensas modificações na vida da mulher, gerando expectativas e incertezas. Neste estudo, o fato de a maioria das participantes ser primípara se coaduna com a nova experiência à qual estão submetidas e que perpassa todo o ciclo gravídico-puerperal (Cremonese et al., 2017).

Sabe-se que a primípara enfrenta ainda uma transição relacionada aos seus papéis sociais, visto vez que passa de filha para o papel de mãe e cuidadora do recém-nascido (Demarchi et al., 2017).

Nesse contexto, a educação em saúde no pré-natal, por intermédio das orientações sobre a gestação, parto e o puerpério, deve oportunizar a minimização dos anseios e medos e promover um ambiente saudável para uma melhor adaptação da mulher que vivenciará essas transformações (Fagundes & Oliveira, 2017).

A partir da aquisição de conhecimentos propiciada pela educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal, as mulheres tornam-se agentes principais do cuidado de enfermagem, indo ao encontro dos objetivos propostos pelos programas e políticas do Ministério da Saúde de atenção à saúde da mulher (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a abordagem proposta por Freire salienta que o processo educativo deve ter como ponto de partida a investigação inicial do universo dos sujeitos, dos seus conhecimentos prévios e de suas necessidades de orientações em saúde. No decurso dessa

investigação, podem ser identificados aspectos da realidade vivenciada, que constituirão o eixo principal para a prática da educação em saúde (Freire, 2019).

Dessa forma, após a investigação realizada pela entrevista, constatou-se na fala das gestantes que suas necessidades de orientações em saúde sobre a gestação se centralizaram em três aspectos fisiológicos e patológicos, relativos à alimentação apropriada durante o período gestacional (62,96%); às mudanças no corpo da mulher durante o período gestacional (27,04%); e às patologias apresentadas na gestação (10%).

No tocante à alimentação, as gestantes relataram uma preocupação quanto ao consumo de alimentos industrializados ricos em açúcares e gorduras e sua associação com o ganho de peso e à obesidade, que podem repercutir diretamente nas patologias apresentadas, fato que pode ser comprovado na seguinte fala:

“Tive muitas dúvidas sobre a minha pressão ser alta e como seria na gestação. Sei que tem muitos riscos por causa da pressão alta e tenho dúvida da minha alimentação também, gosto de comer muitas besteiras, gorduras, refrigerante e como poderia interferir na minha pressão [...].” (G11)

Os estudos de Gomes, Vasconcelos, Cintra, Dias e Carvalhaes (2019) igualmente apontaram a alimentação como demanda de orientação em saúde.

A esse respeito, a Organização Mundial da Saúde recomenda uma alimentação adequada para que as gestantes evitem o ganho de peso excessivo. Para tanto, a educação em saúde realizada pelo enfermeiro no pré-natal deve possibilitar o ganho de peso gestacional coerente, considerando os hábitos alimentares preestabelecidos e as possibilidades de recursos para a alimentação, no intuito de favorecer bons desfechos obstétricos e neonatais (Organização Mundial da Saúde, 2016).

As mudanças fisiológicas do corpo causadas pelo desenvolvimento da gestação também se destacaram como outro tema importante para as mulheres, mostrando-se um tópico necessário no elenco de orientações em saúde, com vista a trazer a compreensão das transformações ocorridas em seu corpo para, assim, diminuir as inseguranças das gestantes.

“Tive dúvidas sobre a alimentação que eu poderia ter, sobre o que eu ia sentir, como meu corpo ia se comportar, se o que eu comia poderia passar pra ele, sobre como ele estava se desenvolvendo e crescendo com os meses de gestação.” (G10)

Percebe-se que a valorização do corpo e da beleza corporal veiculada pela mídia, que impõe o padrão estético do corpo perfeito, em confronto com as possíveis transformações do corpo resultantes da gestação e do pós-parto – ganho de peso, estrias e manchas no corpo –, podem gerar impactos psicológicos que irão interferir diretamente na saúde da mulher (Meireles, Neves, Carvalho, & Ferreira, 2016).

Freire propõe que a enfermeira, ao realizar a educação em saúde, estimule o diálogo, fazendo com que a gestante se torne parte integrante do cuidado à sua saúde, compartilhe seus anseios e expectativas e se sinta apoiada e possua o entendimento necessário das suas demandas de orientações em saúde (Freire, 2017).

Assim, por meio da educação em saúde e da avaliação da imagem corporal das mulheres, objetiva-se uma assistência integral à saúde e o suporte necessário às possíveis transformações corporais.

Esse entendimento ajudará a mulher a vivenciar com mais segurança a gravidez, fase que envolve mudanças fisiológicas e da estética corporal complexas em um curto espaço de tempo, e impactará positivamente na saúde mental das gestantes, promovendo uma melhor adaptação às mudanças impostas (Costa et al., 2019).

Outro aspecto mencionado pelas participantes referiu-se às patologias e ao medo de suas consequências para a gestação e a saúde do bebê. Quando a mulher enfrenta a ameaça constante do risco gestacional associado a patologias, ela se torna vulnerável, insegura e teme o que poderá acontecer com a sua saúde e a do seu filho.

“Tive dúvidas sobre as doenças que tenho, também a pressão alta e a diabetes como iriam ficar, se eu ia conseguir controlar, se elas seriam muito ruins para o meu bebê.”
(G3)

“Tive dúvidas sobre a glicose e a minha alimentação, não sabia como ia controlar. Queria também comer mais coisas, mas me passaram a dieta que eu tinha que seguir, tenho medo de aumentar muito perto do parto também.” (G9)

Os estudos de Wilhelm et al. (2015) corroboram com essa afirmativa ao verificarem, nas falas de gestantes entrevistadas, as inquietações concernentes às patologias na gestação, sobretudo a hipertensão arterial e ao diabetes gestacional, bem como o medo dos seus possíveis efeitos.

Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, leve em consideração, durante a prática da educação em saúde, o complexo universo de significados da gestação de alto risco, de modo a proporcionar às mulheres uma melhor adaptação a essa situação (Azevedo & Vivian, 2020).

Outro aspecto que emergiu como ponto importante das orientações necessárias durante o período gestacional relacionou-se ao trabalho de parto e parto. Para as gestantes entrevistadas, os principais temas da educação em saúde realizada devem ser: a escolha do melhor tipo de parto para a mulher e bebê (51,86%) e a dor no trabalho de parto e parto (48,14%).

“Eu tenho dúvida sobre o parto normal como é, como é a dor do parto, se eu vou aguentar. Gostaria muito do parto normal. Antes achava que a cesárea era melhor, mas perguntei aos médicos e enfermeiros, procurei na internet e agora acho que estou preferindo o parto normal, que é o melhor pra mulher.” (G23)

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os aspectos positivos e negativos, os riscos, as informações adquiridas individualmente ou através dos conhecimentos populares em comunidade, e as orientações dos profissionais de saúde. Portanto, as mulheres devem receber orientações qualificadas dos profissionais de saúde para que exerçam verdadeiramente o direito de livre escolha da via de parto, conforme proposto pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (Rocha & Ferreira, 2020).

Essas orientações podem confirmar ou desmitificar alguns argumentos para a escolha de via de parto. A escolha pelo parto vaginal é ancorada nas afirmativas das mulheres que a recuperação pós-parto seria mais rápida, o parto normal seria benéfico para a saúde da mãe e do bebê e em experiências positivas anteriormente estabelecidas com esse tipo de parto. Quando há a escolha pela cesariana, as mulheres relatam a ausência de dor no parto, a preservação das estruturas da vagina, já que o bebê não nasceria por ela, menor risco ao bebê do que no parto vaginal e a cesariana como uma forma rápida e segura de parto e do controle do próprio corpo (Kottwitz Gouveia, & Gonçalves, 2018).

Um aspecto frequentemente presente nas entrevistas, que deve ser objeto da educação em saúde, é o imaginário da dor no parto e a insegurança quanto à própria capacidade de lidar com a dor, tendo ligação com os aspectos sociais e culturais que envolvem o parto normal, como demonstram as falas das gestantes.

“Eu tenho dúvida sobre a dor do parto normal como ela é, se ela é insuportável, se vou conseguir aguentar. Eu quero muito o parto normal, tenho dúvida porque o bebê estar com o cordão enrolado no pescoço se pode ser parto normal ou tem que ser cesárea. Tenho dúvida sobre a cesárea como é também.” (G20)

Tal fato também é evidente nos estudos de Firmino, Lima, Correia, Silva e Albuquerque (2020), indicando que a intensidade da dor sentida pelas mulheres no parto normal é amplamente variável e está sujeita a influências psíquicas, temperamentais, culturais, orgânicas; a fatores estressores no parto e a atuação dos profissionais de saúde como, por exemplo, do enfermeiro obstetra e ao (des)entendimento prévio da dor como elemento fundamental para o nascimento.

No que se refere ao pós-parto, notaram-se dúvidas das gestantes pertinentes aos temas: recuperação pós-parto, cuidados com o recém-nascido (70,37%) e amamentação (29,63%).

“Tenho dúvida de como será a recuperação do parto, se vou conseguir dar o peito, se vai ser boa a minha recuperação, como cuidar do neném. Vou pedir ajuda pra minha mãe e minha avó que têm experiência. Não sei se vou conseguir cuidar.” (G19)

O puerpério constitui um período de intensas transformações físicas e emocionais para a nova mãe, incluindo as modificações fisiológicas do corpo, a recuperação pós-parto, a insegurança para cuidar do bebê e alimentá-lo efetivamente e o medo de desempenhar adequadamente o novo papel (Silva et al., 2020).

Porém, foi observado nesta pesquisa, assim como nos estudos de Dodou et al. (2017), a escassez de ações educativas no pré-natal voltadas para o cuidado da puérpera no pós-parto imediato e tardio, sendo presentes, quando abordadas, somente as orientações e cuidados à saúde do recém-nascido.

Por esse motivo, a educação em saúde na gestação também deve contemplar o pós-parto e seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais da vida da mulher, tendo como foco a tríade mulher-recém-nascido-família, para o alcance da realização do autocuidado, do cuidado ao seu filho e da tomada de decisões conscientes e informadas.

Categoria 2: Os conhecimentos populares das gestantes sobre o ciclo gravídico- puerperal

As crenças populares são um conjunto de concepções e significados que se tem a respeito dos elementos da realidade, sendo compartilhadas entre os membros de uma comunidade de diferentes classes sociais, e através de gerações (Gomes & Melo, 2015).

De acordo com Freire (2019), a educação em saúde necessita partir da existência humana, com seus conhecimentos, inter-relações, representações e condições de vida, a fim de que a tomada de decisão leve à consciência crítica e à transformação da realidade.

Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde considerem os sujeitos como seres históricos, políticos, sociais e culturais, valorizem os conhecimentos populares previamente apreendidos e a realidade vivenciada de cada gestante para que, somente dessa forma, se possa realizar efetivamente a educação em saúde no pré-natal, suprindo as reais necessidades de informações das gestantes (Freire, 2019).

Nesta categoria, predominaram as falas das gestantes relativas as crenças populares sobre o ciclo gravídico-puerperal. Essas crenças se concentraram nos aspectos alusivos à gestação (40%), ao trabalho de parto e parto (20%) e aos cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno (40%).

No que tange às crenças populares ligadas à gestação, as gestantes relataram sobre o imaginário da descoberta do sexo do bebê.

“Já ouvi sobre os mitos sobre o sexo do bebê, já ouvi sobre o formato da barriga mais redonda e levantada é menina e mais baixa é menino.” (G7)

Os estudos de Prates et al. (2020) também identificaram os conhecimentos populares concernentes à descoberta do sexo do bebê. Tal imaginário reflete os aspectos psicossociais da gestação, os desejos, as expectativas e a relação construída durante a gestação entre mãe e bebê. Nesse cenário, a enfermeira, ao realizar a educação em saúde, deve levar em consideração os anseios da gestante e de sua família e os sentimentos causados pelos reais aspectos relacionados às características do bebê, fornecendo apoio e segurança à mulher.

Quanto às crenças populares envolvendo o parto, observaram-se frequentemente nas entrevistas aquelas relativas à dor no parto. As gestantes expressaram seus anseios e medos no tocante à escolha entre parto normal e cesárea.

“As pessoas falam muito do parto normal, muitas falam que é muito ruim, que demora muito, que a dor é muito grande. E também falam muito da cesárea, tem gente que fala que é muito ruim, que falam que a dor é depois do parto, que a mulher não pode fazer as coisas, não pode comer.” (G6)

Os estudos de Tostes & Seidl (2016) reforçam a presença das influências culturais e sociais relacionadas à dor no parto e a maneira como estas interferem diretamente na concepção das mulheres sobre a dor no parto normal.

A representação social feminina historicamente construída sobre o parir correlaciona a dor e o sofrimento ao trabalho de parto e parto normal, podendo contribuir substancialmente para a escolha da mulher em relação ao tipo de parto. Pode-se afirmar, então, que essas escolhas são consequentes dos conhecimentos culturais sobre o parto, influenciados pela desinformação ou por informações incorretas veiculadas pela mídia; pelas crenças populares; pela experiência de outras mulheres ou de familiares, transmitidas pela oralidade e pelo modelo de assistência obstétrica hospitalocêntrico e tecnocrático em vigor (Carderelli, Tanizaka, Benincasa, & Frugoli, 2018).

Da mesma forma, o pós-parto representa um período marcado pela influência direta das crenças populares, notando-se nas falas das entrevistadas aspectos relativos, principalmente, aos cuidados com o recém-nascido e à amamentação, em concordância com o estudo de Gomes & Melo (2015).

“Já ouvi falar que precisa colocar moeda no umbigo do neném pra não ficar pra fora, que é bom comer canjica e beber cerveja preta pra ter mais leite.” (G4)

Entre os cuidados ao recém-nascido, as crenças populares relacionadas ao cuidado com o coto umbilical foram as mais prevalentes. O estudo de Linhares et al. (2019) também destacou as crenças correspondentes ao cuidado com o coto umbilical, referentes, sobretudo, à melhor cicatrização e à valorização da imagem ideal da cicatriz umbilical.

As mitificações nos cuidados com o coto umbilical são inúmeras, baseadas no saber empírico frequentemente compartilhado por gerações entre os integrantes mais experientes e responsáveis pelo cuidado à família. Destaca-se, entre esses cuidados, a crença na importância da faixa abdominal para evitar a protusão exacerbada do umbigo. No entanto, sabe-se que as más condições de higiene, a umidade e o abafamento da região, causados pelo uso dessas faixas, podem predispor à infecção no coto umbilical, devendo ser esclarecido e discutido, em

conjunto, pelos profissionais de saúde e as mulheres acompanhadas de sua rede de apoio (Linhares et al., 2019).

A partir da educação em saúde e do julgamento crítico das consequências das práticas de cuidado para o bem-estar e para a promoção da saúde, a mulher pode refletir sobre a efetividade do cuidado até então realizado e sobre a realização de novos cuidados mais adequados, podendo este ser um elemento transformador da sua realidade. Deste modo, a educação em saúde sobre essa temática deve ser realizada desde o pré-natal, por meio do compartilhamento de orientações a respeito das consequências das práticas para a saúde do recém-nascido, estendendo-se não somente à gestante, mas também a sua família (Linhares et al., 2019).

As crenças e tabus quanto à amamentação também se fizeram presentes nas entrevistas, fazendo parte de uma influência geográfica, sociocultural, socioeconômica e familiar, que desencadeia os diferentes sentidos atribuídos pela mulher, estando predominantemente associados ao imaginário da produção insuficiente de leite e, conseqüentemente, do suprimento inadequado das necessidades alimentares do bebê.

Nas entrevistas, foi notório o conhecimento popular sobre os alimentos que podem proporcionar o aumento da produção de leite necessário para a eficiência da amamentação. O consumo de alimentos pelas puérperas, como a canjica e a cerveja preta, é socioculturalmente relacionado ao aumento da produção láctea, porém, esta última pode ocasionar malefícios para a saúde da mãe e do bebê (Silva, Tsupal, Melhem, Brecailo, & Santos, 2016).

“Já ouvi falar que tem que passar o pente no peito pra vir mais leite, que tem que tomar banho com água quente no peito pra ter mais leite e compressa de água quente também. Minha mãe fala que tem que comer bastante canjica e cerveja preta pra ter leite.” (G9)

Nesse sentido, é necessário que se supere a visão da amamentação como função biológica e inerente do ser mulher, pois, ao reconhecer a influência cultural sobre a mulher, a enfermeira deve agregar os conhecimentos científicos aos saberes populares que envolvem a amamentação, para que a própria puérpera saiba identificar as práticas benéficas e as que tendem a prejudicar e comprometer a amamentação, a sua saúde e a do bebê (Lima et al., 2016).

Assim, é importante que a enfermeira ofereça o suporte e apoio à amamentação, não devendo, para isso, invalidar os conhecimentos anteriormente estabelecidos que podem ser

nocivos à amamentação, mas sim incluí-los como objeto das suas práticas de cuidado. Desta forma, através da educação em saúde, a mulher poderá refletir criticamente e exercer adequadamente seu direito de escolha consciente entre os cuidados que podem ser realizados (Bezerra, Batista, & Santos, 2020).

Categoria 3: A educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal

Nesta categoria, as entrevistadas destacaram os aspectos relacionados à realização da educação em saúde no pré-natal pelos profissionais de saúde e ao papel das gestantes enquanto participantes dessa ação.

“Sim... as médicas e enfermeiras, sobre a gestação, a doença que tenho. Faço pré-natal na Clínica da Família e lá ninguém me pergunta sobre as minhas dúvidas. Aqui no hospital sempre perguntam. Eu tenho muito mais informações aqui.” (G21)

Quanto à realização de orientações em saúde por profissionais de saúde no pré-natal, 20 (74%) responderam que médicos e enfermeiros as realizavam, quatro (15%) referiram que somente médicos as realizavam e três (11%) afirmaram que somente as enfermeiras.

O Ministério da Saúde recomenda o compartilhamento de orientações em saúde entre médicos e enfermeiros, durante as consultas de pré-natal, devendo estas ser intercaladas entre esses dois profissionais. Além disso, a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal faz parte das diretrizes estabelecidas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento, corroborando com melhores desfechos obstétricos e neonatais e para o aumento da satisfação das mulheres com a assistência prestada (Brasil, 2000).

As orientações em saúde devem ainda promover uma experiência positiva durante o pré-natal para as gestantes, baseando-se no diálogo para o conhecimento das condições de vida e de saúde destas e de suas famílias, a fim de que os cuidados em saúde sejam concordantes com as especificidades individuais apresentadas que possam, desta maneira, transformar ou ressignificar hábitos que venham a contribuir para o autocuidado fundamentado em cada contexto de vida.

Ao serem questionadas sobre as orientações em saúde no pré-natal, 81,5% das gestantes responderam que os profissionais de saúde realizam as orientações em saúde que eles julgam pertinentes e, posteriormente, questionam sobre as dúvidas apresentadas; e 18,5%

relataram que, antes mesmo de os profissionais realizarem as orientações em saúde, elas tomaram a iniciativa para tirarem as próprias dúvidas.

Esses dados revelam que, em sua maioria, as mulheres foram orientadas sobre aquilo que os profissionais de saúde julgaram importante, e não sobre as suas necessidades de aprendizado. Isso revela, uma visão reducionista na assistência à saúde da mulher, sendo esta excluída completamente das decisões sobre as práticas de educação em saúde num cenário de hegemonia dos conhecimentos dos profissionais de saúde, conforme constatado nas pesquisas de Fagundes & Oliveira (2017).

Assim, as práticas educativas seguem um modelo autoritário, no qual os profissionais de saúde continuam a fazer determinações sobre os cuidados mais adequados; e a população não questiona, e nem relaciona esses conteúdos à sua realidade. Como resultado, torna-se o sujeito incapaz de ser livre, autônomo e corresponsável pelo seu autocuidado, não se alcançando os objetivos propostos pela educação em saúde (Fagundes & Oliveira, 2017).

De acordo com Freire (2019), essa forma de educação dita como bancária deve ser superada, propondo a necessidade de urgentes transformações na educação em saúde realizada baseadas no diálogo, na importância dos saberes preexistentes e na construção conjunta de orientações em saúde mais adequada à singularidade das condições de vida apresentadas.

Por outro lado, o relato dos questionamentos realizados por algumas gestantes sobre suas necessidades de conhecimentos para os profissionais de saúde, na visão de Freire (2017), demonstra a indagação sobre a realidade e os saberes científicos impostos e o reconhecimento das mulheres como sujeitos participantes do processo de cuidado e de educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal.

A imposição de conhecimentos, e a desconsideração de uma abordagem integral que envolva as dimensões sociais, econômicas, políticas, culturais e psicológicas para a construção dos temas da educação em saúde, podem diminuir o interesse das mulheres e, conseqüentemente, dificultar a conquista do efeito desejado da educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde.

No tocante às orientações em saúde julgadas pertinentes pelos profissionais de saúde, as participantes relataram que foram relacionadas aos aspectos gerais da gestação (40%), a gestação e a patologia que apresentavam (40%) e a gestação e ao parto (20%).

Dessa maneira, é observada a priorização de orientações sobre a gravidez e os sinais de risco relacionados a patologias, o que pode ser justificado pelo caráter biomédico imputado na assistência à saúde da mulher e a ausência de orientações sobre o puerpério. O estudo de

Mendes et al. (2020) também evidenciou a baixa proporção de orientações em saúde às mulheres durante a assistência pré-natal concernentes ao puerpério, fazendo persistir as dúvidas e inseguranças para seu autocuidado e do bebê e a predominância de orientações em saúde sobre os aspectos biológicos da gestação.

Ademais, as gestantes (11%) relataram que realizam o pré-natal no hospital e na Clínica da Família, sendo este último o local onde elas têm mais acesso a informações e onde buscam sanar suas dúvidas devido à disponibilidade dos profissionais de saúde. Elas declararam que o hospital é o local em que realizam efetivamente o pré-natal; e a Clínica da Família, onde somente realizam os exames laboratoriais e as consultas de rotina necessárias.

O estudo de Nunes, Amador, Dantas, Azevedo e Barbosa (2017) constatou que, na atenção básica, ainda prevalece a valorização de exames e procedimentos de rotina de acordo com os programas e políticas do Ministério da Saúde de atenção ao pré-natal, em detrimento das ações educativas. Em contrapartida, assim como nesta pesquisa, é perceptível a valorização, por parte das gestantes, da escuta ativa, do diálogo e das práticas de educação em saúde como elementos fundamentais no pré-natal, geradores de maior satisfação com a assistência pré-natal realizada e de melhores indicadores obstétricos e neonatais.

O atual panorama na realização de educação em saúde é associado à desvalorização dessa prática pelos profissionais de saúde, ao desestímulo provocado pela falta de recursos humanos e materiais e à grande quantidade de atribuições impostas aos profissionais na atual realidade da atenção básica (Mendes et al., 2020).

Nesse sentido, esses aspectos demonstram o afastamento, no campo da interlocução e da reflexão dos objetivos dos programas e políticas de atenção à Saúde da Mulher, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e da fundamentação de Paulo Freire, que discutiram a educação em saúde como instrumento de humanização e transformação social (Freire, 2017; Brasil, 2013).

Segundo Freire (2019), a atual prática de educação em saúde encontra-se ainda fundamentada na visão reducionista difundida pelo modelo biomédico, em que se enfatizam as práticas técnicas e curativas e nulificam a realidade experimentada, as condições de vida e de saúde, dando origem à exclusão e à incompatibilidade do cuidado realizado.

O estudo de Jácome Araújo, Pereira, Vasconcelos e Nascimento (2016) também corrobora com esse achado, ao observar que a prática educativa se baseia em orientações gerais, com enfoque no cuidado preventivo, pautada somente no repasse de informações preestabelecidas, padronizadas e preconizadas pelos manuais do Ministério da Saúde, sem a vinculação da educação em saúde ao contexto de vida em que a gestante está inserida.

Para realizar uma educação em saúde como objeto social de cidadania e de reconstrução da realidade, é preciso que o profissional de saúde reconheça o saber preexistente da gestante, para que partindo dele, o reconstrua de forma a garantir a contribuição mútua, horizontal e dialógica para a produção de novos saberes, visando favorecer a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a autonomia das mulheres como corresponsáveis no cuidado à sua saúde e do seu filho.

4. Considerações Finais

A pesquisa elucidou que as necessidades de orientações em saúde no ciclo gravídico-puerperal abarcaram, principalmente, os aspectos fisiológicos como modificações do corpo, desenvolvimento do bebê e patológicos como os efeitos da hipertensão arterial e da diabetes da gestação, o imaginário da dor no trabalho de parto e a escolha sobre o melhor tipo de parto, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação e os conhecimentos populares na gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Em relação à educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal, foram verificadas, em sua maioria: ações de caráter impositivo; a anulação dos saberes preexistentes, das reais necessidades de orientações em saúde das gestantes, da individualidade, das condições de vida e de saúde das gestantes, bem como a superioridade do saber dos profissionais de saúde, em relação ao das gestantes.

Desse modo, constatou-se que as orientações em saúde realizadas pelos profissionais de saúde foram proporcionadas somente a partir de pré-julgamentos e do ilusório conhecimento das demandas apresentadas pelas gestantes, não contemplando de forma satisfatória as suas reais necessidades de orientações em saúde.

Na perspectiva de Freire, o conhecimento das necessidades de orientações em saúde das gestantes deve ser o ponto inicial para a educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde no pré-natal, visto que esse conhecimento contribui para a realização de uma educação em saúde problematizadora, inclusiva e coerente. É a partir da indagação das necessidades e da superação da educação bancária e impositiva que se desvenda a totalidade do universo das gestantes e se alcança a integralidade da assistência e da autonomia dos sujeitos do cuidado, abrangendo tanto suas demandas biológicas relacionadas à gestação, como suas demandas sociais, psicológicas e emocionais.

Dessa maneira, se faz de extrema importância para a adequação da educação em saúde, a elaboração de estratégias de educação em saúde individuais e coletivas partindo da

observação do universo de significado das gestantes desde o pré-natal.

Estas estratégias devem incluir práticas de educação em saúde relativas à gestação, ao parto e pós-parto, por meio de dinâmicas problematizadoras e reflexivas, individualizadas ou compartilhadas, para a investigação das necessidades de orientações em saúde e para o planejamento das práticas de educação em saúde condizentes com o contexto de vida, às condições de saúde e às demandas de orientações em saúde apresentadas.

Outras propostas necessárias são a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal; maior interação em equipe multiprofissional, visando a assistência integral à saúde da mulher; adequações na gestão e nos processos de trabalho no âmbito da atenção básica, mediante a elaboração e implantação de protocolos assistenciais que garantam e estimulem a incorporação efetiva da educação em saúde nas práticas assistenciais nos serviços de saúde, equiparando-a, em importância, às normas e procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na assistência à saúde.

Esta pesquisa visou contribuir para o conhecimento acerca da saúde da mulher no período gravídico-puerperal, apontando propostas de melhorias da assistência dos profissionais de saúde, principalmente das enfermeiras no ciclo gravídico-puerperal, a partir da reflexão sobre as reais necessidades de orientações em saúde demandadas pelas gestantes, em confronto com as práticas de educação em saúde praticadas no cotidiano dos serviços de pré-natal pelos profissionais de saúde, bem como oferecer subsídios para o ensino de enfermagem na área da saúde da mulher na academia e para a realização de novas pesquisas pelo arcabouço teórico construído sobre o tema.

Referências

Azevedo, K., & Vivian, A. G. (2020). Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. *Diaphora*, 9(1), 33–40. doi: 10.29327/217869.9.2-5

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2015). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (13a ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Bezerra, A. E. M., Batista, L. H. C., & Santos, R. G. de A. (2020). Amamentação: O que pensam as mulheres participantes de um grupo de pré-natal? *Rev Bras Enferm.*, 73(3), e20180338. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0338

Brasil. Ministério da Saúde. (1987). Portaria CIPLAN N 5, de 13 de outubro de 1987. Recuperado de http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/ResolucoesCIPLANde13out87.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Carderelli, L., Tanizaka, H., Benincasa, M., & Frugoli, R. (2018). Representações sociais das mulheres em relação ao parto normal. *Psicólogo InFormação*, 21(21-22), 115–131. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v21n21-22p115-131

Costa, L. D., Hoesel, T. C., Teixeira, G. T., Trevisan, M. G., Backes, M.T. S., & Santos, E. K. A. (2019). Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. *REME – Rev Min Enferm.*, 23, e-1199. doi: 10.5935/1415-2762.20190047

Cremonese, L., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., Paula, C. C., Sehnem, G. D., & Ressel, L. B. (2017). Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20170088. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0088

Demarchi, R. F., Nascimento, V. F., Borges, A. P., Terças, A. C. P., Grein, T. A. D., & Baggio, E. (2017). Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. *Rev enferm UFPE on line.*, 11(7), 2663–2673. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23438/19137>

Dodou, H. D., Oliveira, T. D. A. de, Oriá, M. O. B., Rodrigues, D. P., Pinheiro, P. N. C., & Luna, I. T. (2017). A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: Representações sociais de puérperas. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 70(6), 1250–1258. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0136

Fagundes, D. Q., & Oliveira, A. E. (2017). Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 223–243. doi: 10.1590/1981-7746-sol00047

Firmino, K. C., Lima, E. P., Correia, T. R. L., Silva, J. C. B. da, & Albuquerque, N. L. A. (2020). Percepção da mulher frente à dor do parto. *Revista Ciência Plural*, 6(1), 87–101. doi: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18387

Freire, P. (2017). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Freire, P. (2019). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7a ed). São Paulo: Atlas.

Gomes, C. B., Vasconcelos, L. G., Cintra, R. M. G. C., Dias, L. C. G. D., & Carvalhaes, M. A. B. L. (2019). Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2293–2306. doi: 10.1590/1413-81232018246.14702017

Gomes, L. M. A., & Melo, M. P. C. (2015). Práticas populares de cuidado: Percepção de gestantes em uma Unidade de Saúde de Petrolina – PE. *Revista Espaço para a Saúde*, 3(16), 53–63. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-784093>

Jácome, P. da S., Araújo, J. L., Pereira, A. K. A. M., Vasconcelos, R. B., & Nascimento, E. G. C. (2016). A educação em saúde realizada por profissionais da saúde da estratégia saúde da família. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(1), 160–177. Recuperado de http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2450/pdf_431

Jardim, M. J. A., Silva, A. A., & Fonseca L. M. B. (2019). Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. *J. res.: fundam. care. online*, 11(esp.), 432–440. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440

Kottwitz, F., Gouveia, H. G., & Gonçalves, A. C. (2018). Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Escola Anna Nery*, 22(1), e20170013. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0013

Lima, M. M. L., Silva, T. K. R., Tsupal, P. A., Melhem, A. R. F., Breailo, M. K., & Santos, E. F. dos. (2016). A influência de crenças e tabus alimentares na amamentação. *O Mundo da Saúde*, 40(2), 221-229. doi: 10.15343/0104-7809.20164002221229

Linhares, E. F., Dias, J. A. A., Santos, M. C. Q. dos, Boery, R. N. S. O., Santos, N. A., & Marta, F. E. F. (2019). Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl. 3), 360–364. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0735>

Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B. de, & Ferreira, M. E. C. (2016). Imagem corporal de gestantes: Um estudo longitudinal. *J Bras Psiquiatr.*, 65(3), 223–230. doi: 10.1590/0047-2085000000128

Mendes, R. B., Santos, J. M. de J., Prado, D. S., Gurgel, R. Q., Bezerra, F. D., & Gurgel, R. Q. (2020). Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 793–804. doi: 10.1590/1413-81232020253.13182018

Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>

Monteiro, B. R., Souza, N. L. de, Silva, P. P., Pinto, E. S. G., França, D. F. de, Andrade, A. C. A. de, & Oliveira, A. A. V. de. (2020). Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. *Rev Bras Enferm.*, 73(4). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0222

Nunes, A. D. S., Amador, A. E., Dantas, A. P. Q. M., Azevedo, U. N., & Barbosa, I. R. (2017). Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, 30(3), 1-10. doi: 10.5020/18061230.2017.6158

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=4131E2E1535B35AEFBA7A01EC5B8FC0B?sequence=2>

Prates, L. A., Perez, R. de V., Gomes, N. da S., Pilger, C. H., Wilhelm, L. A., & Souza, M. H. T. de. (2020). Aspectos culturais relacionados à gravidez no contexto familiar: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e683974374. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4374

Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: Uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 44(125), 556–568. doi: 10.1590/0103-1104202012521

Santili, P. G. J., Tonhom, S. F. R., & Marin, M. J. S. (2016). Educação em saúde: Algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*, 29(Supl.), 102–110. doi: 10.5020/18061230.2016.sup.p102

Silva, M. L. C. da, Prates, L. A., Gonzalez, P. da R., Escobal, A. P. de L., Lipinski, J. M., & Alves, C. N. (2020). “First-time mother knew nothing”: The experiences of primiparous women in childbirth and puerperium. *Research, Society and Development*, 9(7), e782974917. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4917

Silva, R. N. A., Mendes, P. D. G., Carvalho, F. S. C., F^a, Vilanova, J. M., & Silva, F. L. da. (2016). O papel educativo e assistencial de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal: A

percepção de puérperas. *R. Interd.*, 9(3), 49–56. Recuperado de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/927>

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681–693. doi: 10.9788/TP2016.2-15

Wilhelm L. A., Alves, C. N., Demori, C. C., Silva, S.C., Meincke, S. M. K., & Ressel, L. B. (2015). Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: Estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 284–293. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3614/361443744009>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Vanessa Cristina de Vasconcelos Grossi – 30%

Cristiane Rodrigues da Rocha – 30%

Taís Veronica Cardoso Vernaglia – 30%

Márcia Neves Barbosa – 10%