



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



KALINY MENDES MELO

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER ÀS MODIFICAÇÕES DA
GESTAÇÃO À LUZ DA TEORIA DE CALLISTA ROY**

SÃO LUÍS

2018

KALINY MENDES MELO

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER ÀS MODIFICAÇÕES DA
GESTAÇÃO À LUZ DA TEORIA DE CALLISTA ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Lena Maria Barros Fonseca

SÃO LUÍS

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Melo, Kaliny Mendes.

O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER ÀS MODIFICAÇÕES DA
GESTAÇÃO À LUZ DA TEORIA DE CALLISTA ROY / Kaliny Mendes
Melo. - 2018.

106 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - , Universidade Federal do
Maranhão, SAO LUIS, 2018.

1. Adaptação. 2. Consulta de enfermagem. 3.
Gravidez. 4. Pré-natal. 5. Teorias de enfermagem. I.
Fonseca, Lena Maria Barros. II. Título.

KALINY MENDES MELO

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER ÀS MODIFICAÇÕES DA
GESTAÇÃO À LUZ DA TEORIA DE CALLISTA ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Lena Maria Barros Fonseca – Orientador
Doutor em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Luzinéa De Maria Pastor Santos Frias – 2º. Membro
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Rita da Graça Carvalho Frazão Correa – 1º. Membro
Doutora em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Claudia Teresa Frias Rios– 2º. Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Liberata Campos Coimbra – 1º. Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos na ciência da Enfermagem, assim como aos docentes do PPGENF/UFMA por me acolher como mestranda com compromisso e responsabilidade;

À Secretaria Municipal de Saúde pela liberação parcial das minhas atividades profissionais que me permitiram maior disponibilidade para conduzir minhas atividades acadêmicas e científicas;

À professora Dra. Lena Maria Barros Fonseca, minha orientada, por me conduzir neste processo. Por acreditar em minhas escolhas e partilhar o dom de ensinar. O entusiasmo, a fala mansa e a atenção com que maneja não somente os orientandos, mas todos aqueles que a cercam. Agradeço imensamente os ensinamentos;

As professoras, membros da Comissão Examinadora que destinaram parte do seu tempo para a leitura, análise e discussão da Dissertação;

Aos colegas de turma do PPGENF que auxiliam em meu crescimento pessoal e profissional. Aplaudiram e criticaram quando necessário. Foram incentivadores na construção de novas ideias, novos sonhos e novas expectativas nessa jornada.

À todas as gestantes que participaram deste estudo, que compartilharam comigo suas histórias, sentimentos, desafios e real beleza de ser mãe. Obrigada por cada palavra, cada gesto, cada lágrima e sorriso verdadeiros. Obrigada pela confiança!

A minha família, que me deu alicerce necessário para essa conquista. A minha mãe Iracema que sempre traz equilíbrio nos momentos de conflito, ao meu irmão, Vitor, que traduz tudo de mais lindo e puro desse mundo, ao meu padasto Marcos, que é incansável nas tentativas de me fazer sorrir. Ao meu namorado, Pedro, por ser a pessoa mais paciente e compreensiva possível, meu muitíssimo obrigado. A minha querida amiga Dayara, obrigada por todas as palavras de incentivo em todos esses anos.

MELO, K.M. **O processo de adaptação da mulher às modificações da gestação à luz da teoria de Callista Roy**. 2018. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2018.

RESUMO

Estar grávida significa enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustes individuais, assim como outros tantos interpessoais, faz-se necessário então que ocorra um processo de adaptação a essas mudanças, que devem ser assistidas pelo profissional enfermeiro. Teve como objetivo compreender o processo de adaptação para a maternidade em gestantes, que realizam o pré-natal em três unidades de saúde em São Luís, Maranhão. Pesquisa qualitativa e descritiva. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes no terceiro trimestre de gestação que realizavam acompanhamento pré-natal em unidades de saúde localizada no município de São Luís, Maranhão. Para coleta de dados utilizou-se entrevista com questões semiestruturadas que posteriormente gravadas e transcritas, um formulário com questões sociodemográficas e um diário de campo, baseados na questão norteadora. Os resultados foram categorizados nos modos adaptativos da Sister Callista Roy e na meta da enfermagem segundo a autora. No modo fisiológico os problemas comuns de adaptação à gestação mais encontrados foram náuseas, fadiga, privação de sono intolerância a atividade, estresse, ansiedade, edema e dor. No modo desempenho de papéis a maioria das mulheres relataram felicidade com o novo papel. No modo interdependência o apoio de familiares, parceiro e amigos foi fundamental para o bem-estar da gestante. Em nosso estudo, quanto as medidas que influenciaram à adaptação das gestantes, três cenários ficaram evidentes: a) consulta de enfermagem efetiva na promoção de adaptação; b) consulta de enfermagem inefetiva na promoção da adaptação; c) grupo de gestantes como mecanismo eficiente de promoção da adaptação.

Descritores: Adaptação. Gravidez. Consulta de enfermagem. Pré-natal. Teorias de enfermagem.

MELO, K.M. **The process of women's adapting in pregnancy changes in the light of the callista roy's theory.** 2018. 106f. Dissertation (Master in Nursing) - Federan University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2018.

ABSTRACT

Being pregnant means facing a large number of biological, psychological and social changes that require important individual adjustments, as well as many other interpersonal ones, it is necessary then that a process of adaptation to these changes occurs, which must be assisted by the professional nurse. The objective of this study was to understand the process of adaptation to motherhood in pregnant women, who perform prenatal care in three health units in São Luís, Maranhão. Qualitative research. The subjects were pregnant in the third trimester of gestation who underwent prenatal follow-up at health units located in the city of São Luís, Maranhão. For data collection we used an interview with semi-structured questions, a form with sociodemographic questions and a field diary. The results were categorized in the adaptive modes of Sister Callista Roy and in the nursing goal according to the author. In the physiological mode the common problems of adaptation to the gestation most found were nausea and vomiting, fatigue, sleep deprivation intolerance to activity, stress, anxiety, edema and pain. In role-playing mode most women reported happiness with the new role. In the interdependence mode the support of family members, partners and friends was fundamental to the well-being of the pregnant woman. In our study, regarding the measures that influenced the adaptation of pregnant women, three scenarios were evident: a) effective nursing consultation in the promotion of adaptation; b) ineffective nursing consultation in the promotion of adaptation; c) group of pregnant women as an efficient mechanism to promote adaptation.

Keywords: Adaptation. Pregnancy. Nursing consultation. Prenatal. Adaptation. Nursing Theory

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO A TEMÁTICA	13
1.1	Justificando o estudo	16
2	DEFININDO O OBJETIVO	19
3	APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO	20
3.1	Teoria da Adaptação de Sister Callista	20
3.1.1	A Pessoa	21
3.1.1.1	<i>Estímulos.....</i>	<i>23</i>
3.1.1.2	Mecanismo de Enfrentamento.....	23
3.1.1.3	<i>Modos Adaptativos 25</i>	
3.1.1.4	<i>Respostas</i>	<i>27</i>
3.1.2	O Ambiente	27
3.1.3	A Saúde	27
3.1.4	O objetivo da Enfermagem	27
3.1.5	O cuidado de enfermagem na gestação a luz da Teoria de Callista Roy	28
4	APRESENTANDO A REVISÃO DA LITERATURA	30
4.1	Políticas Públicas voltadas para a Saúde da Mulher	30
4.2	O Processo de adaptação às Modificações da Gestação	33
4.2.1	Adaptações Fisiológicas na Gravidez	33
4.2.2	Adaptações Psicossociais na Gravidez	35
4.3	A enfermagem como facilitador da adaptação a maternidade	39
5	DESCREVENDO A METODOLOGIA	41
5.1	Definindo tipos de estudo	41
5.2	Apresentando local da pesquisa	41
5.3	Conhecendo os participantes da pesquisa	42
5.4	Descrevendo a coleta de dados	42
5.5	Analisando os dados	43
6	APRESENTANDO ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	45
7	APRESENTANDO RESULTADO E DISCUSSÃO	46
7.1	Conhecendo as gestantes da pesquisa	46
7.2	O Processo Fisiológico da Adaptação.....	47
7.2.1	Nutrição	48

7.2.2	Eliminações	49
7.2.3	Proteção	50
7.2.4	Sentidos	52
7.2.5	Balanço Hídrico	54
7.2.6	Atividade e Repouso	55
7.2.7	Função Endócrina	56
7.3	Desempenho de um novo papel	60
7.4	Relações interpessoais como promotoras da adaptação	65
7.5	A enfermagem como mecanismo de promoção da adaptação gestacional	70
8	CONCLUINDO	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A- Entrevista	99
	ANEXO A- Termo de Consentimento Esclarecido	100
	ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP	102

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A gestação é um evento singular, emotivo, repleto de significações e incógnitas que afetam profundamente a vida dos pais e das famílias. É uma fase rodeada por múltiplas e complexas alterações fisiológicas, principalmente hormonais e físicas a fim de conferir um funcionamento ideal do organismo da mulher e provir condições metabólicas adequadas para o crescimento e desenvolvimento fetal (BURROUGHS, 1995; BOBAK, 2002, MOREIRA et al., 2008; LOWDERMILK; PERRY, 2002).

Além das alterações fisiológicas, ocorrem alterações de caráter psicológico próprias do estado gravídico, caracterizada por oscilação do nível de ansiedade e maior vulnerabilidade em situações cotidianas. Em relação as alterações no âmbito social, a mulher se encontra em um ambiente regado de regras sociais, onde a comunidade é a responsável por julgar a forma correta de exercer o papel de mãe, essa mesma comunidade, exige ainda da mulher que não seja negligente em relação as outras funções que desempenha na vida, devendo assim prestar auxílio ao companheiro, ao trabalho e a família (CANAVARRO, 2001; CAMARNEIRO, 2007; LEAL, 2005; MENDES, 2002).

Do ponto de vista emocional, quando a mulher descobre a gravidez, é constituído um padrão de resposta funcional de luta e fuga, onde, dois tipos de emoções podem estar presentes: emoções positivas e negativas. Em relação às emoções positivas temos, por exemplo: felicidade, satisfação, alegria etc; enquanto que as emoções negativas envolvem ansiedade, medo, desespero, hostilidade, negação, entre outros. (FERNÁNDEZ; CABACO, 2004)

O processo de transição para a maternidade, segundo Leal (2005), consiste em um período crise, devido às alterações nos níveis somático (aparência e imagem corporal), fisiológico (hormonal), psicológico (reativação de sentimentos antigos de incapacidade ou de insucesso, da angústia da separação, do relacionamento com os pais) e familiar (parentalidade, reestruturação do relacionamento interindividual, transformações intergeracionais). Por essa razão, se faz necessário que o período gravídico seja conduzido por uma equipe multiprofissional habilitada, a fim de prestar o apoio necessário à mulher, assim como aos envolvidos na gestação (MALUMBRES; BARRETO, 2016).

O acompanhamento qualificado da gestação visa assegurar o desenvolvimento sadio da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido

saudável, que não acarrete malefícios a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. A assistência pré-natal constitui uma etapa fundamental para a evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e para o futuro desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido (BRASIL, 2012).

No Brasil, o pré-natal é considerado de baixa eficácia e as deficiências encontradas revelam um importante problema de saúde pública, sendo relacionadas aos altos índices de mortalidade materna no país (ALMEIDA; TANAKA, 2009). A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu no ano 2000 os Objetivos do Milênio com o propósito de sanar as principais problemáticas existentes no mundo, dentre esses objetivos encontra-se a redução da mortalidade materna¹, no entanto, o país não foi capaz de alcançar o objetivo proposto, desta forma novas metas foram traçadas. Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e 169 metas da Agenda Universal, se constroem sobre o legado dos Objetivos do Milênio, onde visa diminuir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil reduziu a mortalidade materna em 43% entre os anos de 1990 a 2013. Apesar desse avanço, os números ainda estão muito acima do esperado, não sendo o suficiente para ser considerado aceitável pela OMS (BRASIL, 2007; LOZANO et al., 2011).

Apesar do aumento da cobertura, o pré-natal no Brasil deixa a desejar em relação à qualidade da assistência, visto a dificuldade segmento do atendimento (BRASIL, 2009). Uma das iniciativas para melhorar a qualidade da atenção obstétrica é a qualificação dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal, sendo uma medida básica fundamental para a não ocorrência do óbito materno, pois uma equipe capacitada é capaz de reconhecer precocemente os sinais/sintomas de complicações obstétricas e intervir precocemente para um melhor prognóstico da gestante (CARVALHO, 2015).

Dessa forma para que prática do profissional de enfermagem se concretize de maneira adequada, faz-se necessário uma visão holística, humanizada e que o cuidado prestado seja de forma integral para o indivíduo, família e comunidade, onde é dado ênfase aos processos adaptativos, inclusive a gravidez e a transição para a maternidade. O enfermeiro deve instigar a mulher a desenvolver suas potencialidades, maximizando suas capacidades nos processos de transição do estado pré-gravídico para o gravídico (PEREIRA, 2013).

A gravidez e a transição para a maternidade são um estágio na vida da mulher e também de suas famílias, mas para que transcorra com o mínimo de conflitos possíveis, é necessária uma assistência profissional capacitada, sistematizada, que graças à proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a gestante nas consultas de pré-natal, possibilitará ao profissional identificar os estímulos que a mulher está exposta, e a partir daí, intervir, a fim de facilitar a adequação da mesma nesta nova fase (PEREIRA, 2013).

A gestação é um tempo de ajustamento psicológico e de adaptação ao desempenho do novo papel, trata-se de um período crítico para a saúde mental da mulher, e que implicam processos de reajustamento para a sua resolução saudável (ALDERDICE; MACNEILL; LYNN, 2013). Estar grávida significa enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social, que exigem importantes ajustes individuais, assim como outros tantos interpessoais, faz-se necessário então que ocorra um processo de adaptação a essas mudanças, que devem ser assistidas pelo profissional enfermeiro (WILHELM, 2014).

A ciência de enfermagem relaciona-se com o conhecimento básico de adaptação das pessoas para compreendê-las em situações de saúde e de doença, e o que pode ser feito para intensificar sua adaptação (COELHO; MENDES, 2011). O enfermeiro atua como agente de educação em saúde primordial, por se tratar do autor de diversas atividades do pré-natal, possui maior interação com as gestantes, onde queixas e transtornos de ajustamento são repassadas ao profissional buscando alternativas viáveis para as situações problema apontadas pelas mulheres (WILHELM, 2014).

A teoria da adaptação de Sister Callista Roy preconiza que todo indivíduo constitui um sistema adaptável ao meio, e dessa forma é capaz de produzir respostas eficientes aos estímulos, que no caso das gestantes perpassa as modificações sofridas decorrentes a gravidez. Os cuidados de enfermagem segundo a teórica visam promover a adaptação a cada um dos quatros modos adaptativos, devendo o enfermeiro identificar o nível de adaptação, as capacidades de resistência da pessoa e suas dificuldades, a fim de promover a saúde da mulher, como também da criança. Dessa forma temos como objeto de estudo desta pesquisa, o processo de adaptação à maternidade das gestantes e como questões norteadoras: Como ocorre o processo de adaptação da mulher as modificações

relativas à gestação? Qual o papel do enfermeiro na promoção da adaptação da mulher a gestação?

1.1 Justificando o estudo

Este trabalho justifica-se mediante as práticas de Estágio Docência ofertadas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), onde foi possível o acompanhamento dos estagiários do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMA no Ambulatório Maria da Vitória, sob supervisão das professoras da disciplina. Essa vivência proporcionou o conhecimento de questões problematizadoras decorrentes da gestação, principalmente as dificuldades de adaptação a essa nova realidade. Como enfermeira pretendo investigar o processo de adaptação da gestante à maternidade, a fim de promover intervenções na minha assistência que priorizem o cuidado da mulher auxiliando-a na adaptação a gestação.

Além disso, deve-se considerar que ocorrem inúmeras alterações que envolvem mecanismos de adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas no curto intervalo de tempo gestacional. Frisando dessa forma, a necessidade de conhecer o processo de adaptação da mulher no período gestacional e como o profissional enfermeiro está atuando para contribuir de forma positiva na promoção sadia da mesma.

O suporte emocional durante a gravidez é fundamental para minimizar a ação de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, uma vez que já foi observado aumento de sintomatologias, ou até mesmo o surgimento de transtornos psiquiátricos, durante a gestação, quando há transformações no organismo da mulher, alterando o psiquismo e o seu papel social (BAPTISTA, A., BAPTISTA, M., TORRES, 2006; FAISAL, MENEZES, 2007; PICCININI et al., 2008). A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, prevenindo dificuldades futuras para o filho. (THIENGO et al, 2012).

Desta forma, atividades de promoção à saúde devem ter início no pré-natal, mediante orientação antecipatória com relação à transição de papel e ensino efetivo e comportamental das habilidades maternas, facilitando, assim, o alcance do papel materno. A adaptação ao papel materno pode ser difícil para muitas mulheres

pela carência de clareza às especificidades do papel materno como também pelo contexto social em que a mulher está inserida. O papel de mãe é uma construção social e cultural, sendo tidas como as principais cuidadoras infantis, enquanto os pais protagonizam um papel periférico nos cuidados. A adequação da gestante a maternidade, muito depende da capacidade de inserção da mulher nesse novo conceito socialmente esperável. (ABOIM, WALL, CUNHA, 2010; BADINTER, 1985; CHODOROW, 1990; KONIAK-GRIFFIN, 1993; MACHADO, GRANJA, 2013; MEAD, 2010).

O enfermeiro utiliza tecnologias de cuidado para prestar sua assistência. Na saúde da mulher o conceito de tecnologia não invasiva de cuidado tem a característica fundamental de não invasão, do corpo, da mente e da privacidade feminina, ou seja, deve prezar pelo fator relacional e baseado nos conhecimentos científicos do enfermeiro. Devendo proporcionar conforto, empoderamento e autonomia nas mulheres, incentivando-as a desenvolverem suas potencialidades frente a gestação, esse cuidado oportunizará melhor preparo e discernimento das mulheres quanto as modificações no corpo e na vida e assim se propõe a ajudá-las a vivenciar de modo pleno e prazeroso sua gravidez. (NASCIMENTO, 2011; TORRES, 2006; VARGENS, PROGIANTI, ARAÚJO, 2007).

Desta forma, fica claro que há necessidade de maior aprofundamento sobre tais transformações que alteram o emocional, social, fisiológico e o psiquismo da mulher. São, em nosso entendimento, indispensáveis para que possamos cuidar destas mulheres de modo humanizado. A compreensão do processo de adaptação da mulher à gestação, assim como, o papel desenvolvido pelo enfermeiro no pré-natal na visão das gestantes, poderão trazer subsídios favoráveis para nortear os serviços e as práticas do enfermeiro no cuidado humanizado à mulher e sua família durante o ciclo gravídico-puerperal. Este, ao perceber os sentimentos e as transformações vivenciadas pelas mulheres na gestação, como caminhos para o autoconhecimento, como instrumentos de reflexão de conceitos, valores e conflitos, poderá gerar cuidado e assistência de enfermagem, direcionados e de uma forma diferenciada, respeitando desde a questão do gênero até a fisiologia materna, valorizando a dignidade dos sujeitos, principalmente nesta fase única da vida (MATURANA, PROGIANTI, 2007; SCOTT, 2008).

Portanto este estudo mostra-se relevante, por trazer a perspectiva da mulher sobre sua adaptação as vivências da gestação, o que é fundamental para o

cuidado humanizado. O conhecimento adquirido com esta pesquisa poderá complementar a assistência de enfermagem às gestantes, contribuindo de maneira significativa para um melhor planejamento do cuidado.

2 DEFININDO O OBJETIVO

Compreender o processo de adaptação da mulher às modificações da gestação, que realizam o pré-natal em três unidades de saúde em São Luís, Maranhão.

3 APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO

3.1 Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy

As teorias de enfermagem representam atualmente, os esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado (CARRARO, 2001).

Gradativamente, a enfermagem busca aprimoramento, pois torna-se necessário o desenvolvimento de uma identidade e autonomia da profissão, além da construção de um corpo específico e organizado de conhecimentos focando no aprimoramento do cuidado. Para alcançar esse objetivo, observou-se forte empenho da enfermagem na construção de uma prática clínica baseada em conhecimento científico, consumando no surgimento das teorias de enfermagem (OLIVEIRA, 2009).

Nessa perspectiva, o referencial teórico escolhido para consolidar a proposta desta investigação foi o Modelo de Adaptação de Roy, de autoria de *Sister Callista Roy* (2009). Esse modelo despertou muito respeito e interesse, desde quando foi lançado em 1964 e pode ser aplicado à investigação e às intervenções de enfermagem em várias situações clínicas.

Callista Roy nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Obteve seu grau de Bacharel em Enfermagem em 1963, no *Mount Saint Mary's College* em Los Angeles; o de Mestre em Enfermagem, em 1966, e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia. É membro da *American Academy of Nursing* e participa de muitas organizações de Enfermagem, inclusive da *Sigma Theta Tau* e da *International (NANDA-I)*. Roy é autora de inúmeros trabalhos, incluindo *Introduction in nursing: An adaptation Model* e *The Roy Adaptation Model: the definitive statement* (GEORGE, 2000).

As primeiras descrições formais do Modelo de Adaptação de Roy foram feitas por Callista Roy, como parte de seu trabalho de graduação na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, sob a orientação de Dorothy E. Johnson. Roy continuou refinando e redefinindo o modelo e foi premiada com muitas honras por contribuir com as teorias, práticas, educação e pesquisa em enfermagem (ROY; ANDREYS, 2001).

Roy atribui aos trabalhos de Von Bertalanffy (1968), sobre a teoria geral de sistemas, e de Helson (1964) sobre a teoria da adaptação, a formação da base dos pressupostos científicos subjacentes ao seu modelo. Os pressupostos filosóficos provêm de acordo com Roy, do humanismo e veracidade (GEORGE, 2000). Segundo Roy, no humanismo, o indivíduo age com um objetivo, possui holismo intrínseco e luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de realização. Veracidade por sua vez, foi um termo sugerido por Roy, objetiva identificar a finalidade comum da existência humana (BASTOS, 2013).

De forma geral, as teorias de enfermagem incluem os metaparadigmas, a saber: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem; os quais são continuamente inter-relacionados. Segundo a autora, o homem pode ser entendido como um ser biopsicossocial em constante interação com meio que integra.

3.1.1 A Pessoa

Dentro da consulta de enfermagem no pré-natal, por vezes o profissional de enfermagem atribui o bem-estar do recém-nascido, o foco exclusivo da assistência, constituindo assim o principal propósito assistencial, minimizando outros aspectos desta vivência, na qual a mulher deveria ser o sujeito da atenção (MOTA; MOREIRA, 2013).

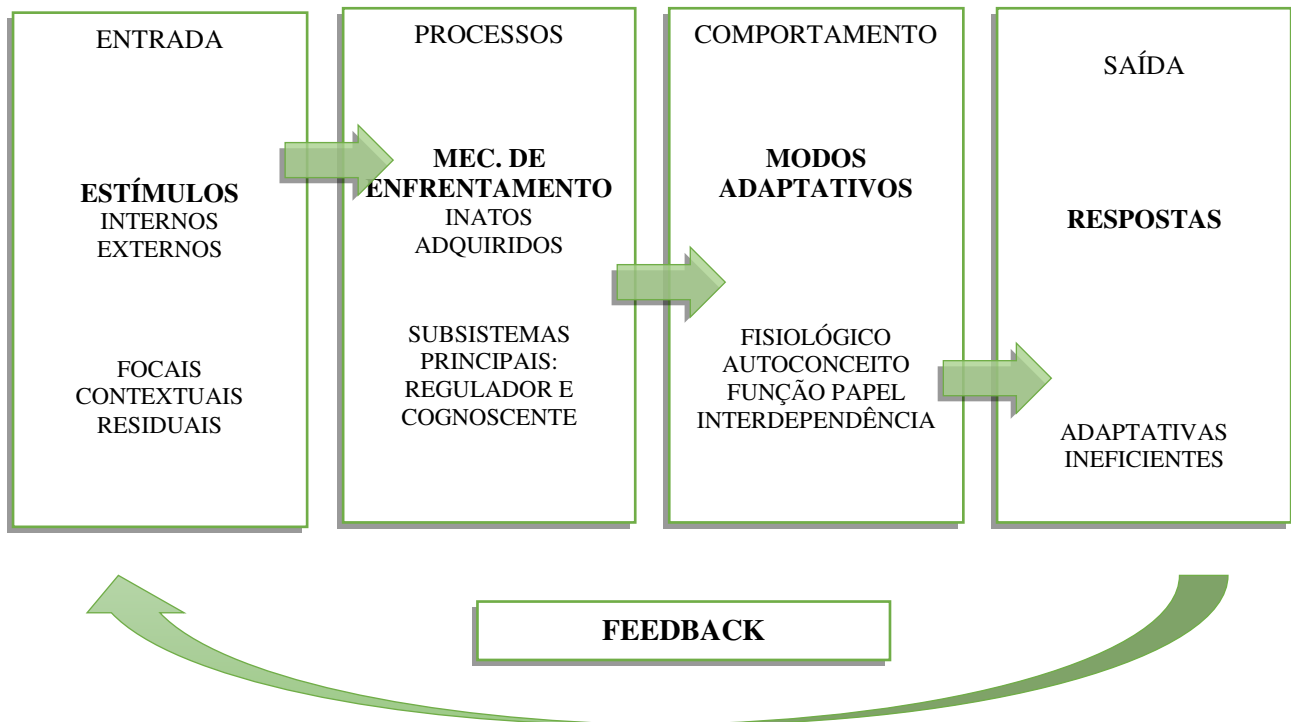
A teórica define pessoa como o receptor dos cuidados de enfermagem, quer seja uma pessoa, uma família ou grupo, uma comunidade, ou a sociedade como um todo. Cada um dos elementos supracitados funciona como um sistema holístico adaptável (GEORGE, 2000).

Conforme a autora, o termo holístico tem sua origem nas suposições filosóficas humanísticas, diz que o sistema humano funciona como um todo e é mais do que a mera soma das partes. Já o termo adaptável significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efetivamente, às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afeta o ambiente (OLIVEIRA, 2009).

Outro conceito destrinchado por Roy para facilitar a compreensão dos sistemas adaptáveis é sistema. Para a autora é definido como um conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tendo em vista determinado objetivo. Isto ocorre graças à interdependência de suas partes. É importante frisar que os

sistemas têm igualmente entradas, processos, comportamento e saídas (OLIVEIRA, 2009) (Ver Figura 1).

Figura 1 – A pessoa como um sistema adaptável



Fonte: Adaptado Oliveira (2009).

De acordo com a teórica, a visão da pessoa, como sistema adaptativo, possui quatro elementos: os estímulos, o mecanismo de enfrentamento, modos adaptativos e as respostas. As entradas são os estímulos e podem originar-se externamente, do meio ambiente, e internamente, do eu. Certos estímulos combinam-se para formar uma entrada específica, entendida como o nível de adaptação de uma pessoa. A resposta da pessoa (saída) é a função dos estímulos de entrada e do nível individual de adaptação. Ao receber um estímulo, a pessoa desenvolve mecanismos de resistência ou enfrentamento (regulador e cognitivo) e é gerada uma resposta (adaptativa ou não adaptativa), que age como um feedback, ou seja, como posterior entrada no sistema e permite que a pessoa decida aumentar ou diminuir esforços para lidar com os estímulos (BASTOS, 2013; GEORGE, 2000; OLIVEIRA, 2009; ROY, ANDREYS, 2001).

3.1.1.1 Estímulos

No seu modelo, Callista Roy define os estímulos como tudo aquilo que provoca uma resposta, sendo o ponto de interação do ser humano com o ambiente. A teórica descreve três classes de **estímulos** que formam o meio ambiente da pessoa:

Estímulo focal é o estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa; o objeto ou acontecimento que atrai a atenção de alguém. [...] é aquilo em que o doente concentra a sua atenção e energia. [...] Estímulos contextuais, são todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo local, isto é, são todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, a partir do interior ou do exterior, mas que não são o centro da atenção da pessoa e ou energia... Estes fatores influenciarão a forma como a pessoa lida com o estímulo focal. [...] Estímulos residuais são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual não são centrais (ROY; ANDREYS, 2001).

Miller e Myers-Halls lista alguns estímulos que atuam como indutores de estresse específicos da gestação e transição para a maternidade. (MILLER; MYERS-WALLS, 1983 apud OLIVEIRA et al., 2005, p.72). Acompanhe do quadro 1.

Quadro 1 – Indutores de Stress

Indutores de Stress Físico	Sintomas associados à gravidez (enjoo, náuseas e fadiga);
	Complicações médicas da gravidez;
	Modificações na intimidade e relacionamento do casal;
	Modificações de rotina, ritmos de sono e vigília, cansaço e mesmo exaustão devido a prestação de cuidados ao bebê.
Indutores de Stress Psicológico	Características da mãe/pai (personalidade, atitudes, expectativas, valores ...);
	Preocupação com a segurança e bem-estar do bebê/filho;
	Características do bebê/criança;
	Diminuição da satisfação e/ou qualidade da relação conjugal; Falta de suporte social.
Indutores de Stress Financeiro	Acréscimo das exigências financeiras após o nascimento de um filho;
	Possíveis modificações no estilo de vida;
	Preocupações com o futuro da família; Desacordos na família acerca da gestão dos meios financeiros.

Fonte: Adaptado de Miller e Myers-Walls, 1983 apud Oliveira et al., 2005, p.72.

3.1.1.2 Mecanismo de Enfrentamento

Ao receber um estímulo a pessoa desenvolve os **mecanismos de enfrentamento** (também conhecido como mecanismos de resistência, controle ou *coping*) para criar uma resposta. Os mecanismos de enfrentamento constituem formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente, onde as experiências contribuem para que o indivíduo dê respostas habituais a um estímulo rotineiro. Esses mecanismos de enfrentamento dividem-se em dois subsistemas: o regulador e o cognitivo.

O subsistema regulador responde através de canais neurais, químicos e endócrinos. Os estímulos do ambiente, interno e externo, atuam como entradas, através dos sentidos, para o sistema nervoso, afetando assim o equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, bem como o sistema endócrino. Esta informação é toda canalizada automaticamente, e uma resposta automática e inconsciente é produzida (ROY; ANDREYS, 2001).

Na gestação, grandes mudanças ocorrem em todo organismo materno, dentro do sistema cardiovascular podendo elencar uma serie de alteração entre as quais: o útero em crescimento eleva o diafragma, os grandes vasos são desdobrados e o coração é consequentemente deslocado para cima como o ápice, movendo-se lateralmente para a esquerda cerca de 15º, a fim de prover espaço necessário ao desenvolvimento do embrião (FRASER; COOPER, 2010).

O segundo processo adaptativo, *o subsistema cognitivo*, responde por quatro canais cognitivo-emocionais: percepção e processamento da informação, aprendizagem, julgamento e emoção. Percepção e processamento de informações inclui atividade de atenção seletiva, codificação e memória. Aprendizagem envolve imitação, reforço e insight. Julgamento inclui a resolução de problemas e tomada de decisão. As defesas são usadas para buscar alívio da ansiedade e fazer avaliação afetiva e apegos através das emoções (ROY, 2009, p.41 *apud* MASTERS, 2012, p.129).

Darvill et al. (2010) e Pereira (2013) salientam, em seus estudos, que o enfermeiro deve facilitar o contato entre as mulheres grávidas para o estabelecimento de uma rede de apoio. Tendo o curso de preparação para o parto e parentalidade, papel fundamental na aquisição de conhecimentos e técnicas acerca desta realidade. A aprendizagem sobre a gestação pode ainda estar associados à própria profissão e formação acadêmica da mulher, como também de informações adquiridos através de outras fontes, nomeadamente a internet.

Para manutenção da integridade da pessoa, o subsistema regulador e o subsistema cognato agem em conjunto sendo essenciais para a resposta adaptativa da pessoa e não sendo diretamente observados, somente as respostas são observadas, mensuradas e subjetivamente comunicadas (ROY; ANDREYS, 2001).

3.1.1.3 Modos Adaptativos

As respostas podem ser observadas segundo quatro categorias ou **modos adaptáveis**, desenvolvidos por Roy para servirem como estrutura para avaliação. Esses quatro modos foram denominados como físico ou fisiológico, autoconceito ou identidade grupal, função do papel e interdependência (ROY; ANDREYS, 2001).

O modo fisiológico corresponde à resposta física aos estímulos do ambiente. Neste modo, o comportamento é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos, e sistemas que compreendem o ser humano. Neste modo são identificadas cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção; e quatro processos complexos: sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina (ROY; ANDREYS, 2001).

No modo autoconceito focaliza os aspectos espirituais e psicológicos do indivíduo. Possui dois componentes: eu físico, que inclui a sensação e a autoimagem corporal; e eu pessoal, que possui componentes próprios de autoconsistência, autoideal e do eu ético-moral-espiritual. Segundo a teórica, autoconsistência é como a pessoa vê a si própria em relação ao desempenho real, enquanto que, o autoideal, seria como a pessoa gostaria de ser ou fazer (ANDREWS, 1991b apud GEORGE, 2000; ROY, ANDREYS, 2001). O modo autoconceito não foi englobados neste trabalho. O mesmo focaliza, especificamente, os aspectos espirituais e psicológicos da pessoa e sua necessidade subjacente é a integridade psíquica e espiritual (ROY; ANDREYS, 2001). Ao longo da gravidez, o autoconceito da mulher vai sofrendo modificações preparando-se para a maternidade e para o desempenho de um novo papel – o papel de mãe. As gestantes deste estudo por não finalizarem a gestação encontra-se no meio deste processo, não sendo possível de ser evidenciado neste estudo.

O modo desempenho de papéis se refere ao papel que o indivíduo exerce socialmente em relação aos demais e engloba as necessidades básicas de integridade social, onde a pessoa busca quem ela é, e de que forma ela se insere na sociedade. Segundo a teórica a pessoa só desenvolve um papel quando se relaciona com o outro, exemplo disso temos que o papel da mãe, que só será desempenhado na presença de um filho, assim como, o papel do enfermeiro só se faz presente na presença do sujeito a ser cuidado. Além da pessoa se reconhecer como portadora desse papel é necessário também que ela responda as expectativas sociais geradas pelo desempenho daquela atribuição. Logo, a forma como a pessoa desenvolve os papéis que se esperam dela é uma indicação do funcionamento do papel, sendo assim, uma indicação da adaptação social daquele sujeito (ANDREWS, 1991b apud GEORGE, 2000; ROY, ANDREYS, 2001).

Em um estudo realizado por Correia e Aquino (2014) apontou que atualmente as mulheres não vinculam a maternidade ao gênero feminino, devido ao desempenho de outros papéis sociais gratificantes, que não a maternidade, como por exemplo, a inserção da mulher no mercado de trabalho. Talvez, as mulheres encontrem dificuldade em conciliar o desempenho do papel de mãe com os papéis anteriormente exercidos, o que eventualmente poderá acarretar sobrecarga em decorrência do acúmulo de funções.

E por fim, o modo de interdependência aponta os relacionamentos interpessoais, onde as necessidades afetivas são englobadas. Está relacionado com reciprocidade de amor, respeito e valor. Baseia-se em dois tipos de relações: outros significativos (as pessoas mais importantes para o sujeito) e os sistemas de apoio (as demais pessoas que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência) (ANDREWS, 1991b apud GEORGE, 2000; ROY, ANDREYS, 2001).

As mulheres que dispõem de uma relação marital estável e proporcionadora de afeto e apoio apresentam menor risco de problemas na gestação e melhores indicadores de adaptação à maternidade (OLIVEIRA; ARAÚJO-PEDROSA; CANAVARRO, 2005). Igualmente, o apoio da mãe é considerado fundamental ao longo da gravidez e após o parto, assim como o de outros familiares e amigos (PEREIRA, 2013).

3.1.1.4 Respostas

É através desses quatro modos que as respostas são dadas e que o nível de adaptação pode ser observado. As **respostas** são classificadas em: adaptativas e inefetivas. As respostas adaptativas são aquelas que favorecem a integridade da pessoa. A integralidade ou totalidade se constitui quando a pessoa se mostra capaz de preencher as seguintes metas: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Caso ela não consiga preencher qualquer uma destas metas no seu cotidiano, a Enfermagem entende que a pessoa apresenta respostas inefetivas/ necessitando de reforço. A partir destes comportamentos inefetivos/ necessitando de reforço, a Enfermagem auxiliará para que este indivíduo atinja as metas (SOUSA, 2014).

3.1.2 O Ambiente

Segundo Roy, o ambiente seriam todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e comportamento de pessoas ou grupos. É o ambiente em mudança que estimula a pessoa a dar respostas de adaptação (CORRÊIA, AQUINO, 2014; ROY, ANDREYS, 2001).

3.1.3 A Saúde

A saúde é definida por Roy como um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa total e integrada. A pessoa integrada é aquela capaz de atender as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Para a teórica a saúde é um reflexo da adaptação, isto é, a interação da pessoa e do ambiente (ROY; ANDREYS, 2001).

3.1.4 O objetivo da Enfermagem

A enfermagem então, se propõe a promover a adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos contribuindo assim para a saúde, qualidade de vida e também no processo de morrer com dignidade, avaliando comportamentos e fatores que influenciam as habilidades adaptativas e para melhorar os fatores ambientais. Ao profissional enfermeiro cabe ainda identificar o nível de adaptação,

as capacidades de resistência da pessoa e suas dificuldades afim de intervir e minimizar as respostas ineficazes, promovendo respostas adaptativas (ROY; ANDREYS, 2001).

3.1.5 O cuidado de enfermagem na gestação a luz da Teoria de Callista Roy

As alterações biopsicossociais e físicas sofridas pelas gestantes são fatores que vão influenciar no processo gravídico e puerperal. Em função disso, a mulher deve se adaptar aos novos estímulos advindos da gestação, exigindo preparo do profissional de enfermagem ao exercer papel fundamental na educação, apoio emocional e manejo dos estímulos sofridos pela mulher (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Callista Roy no seu modelo de adaptação concebe como meta da enfermagem promover a adaptação da pessoa, família ou comunidade sob os cuidados do enfermeiro, nos quatro modos adaptativos o que contribui para o alcance da saúde, inclusive da gestante. Dessa forma, as atividades de promoção à saúde devem iniciar no pré-natal, desde os estágios iniciais da gestação. O cuidado de enfermagem sublinha o papel do enfermeiro como educador, sendo um dos principais componentes do cuidado padrão disponibilizado pelos mesmos. As gestantes reconhecem que o enfermeiro, ao trazer informações relevantes relacionadas com a saúde e a gravidez, influencia as práticas do dia-a-dia, nomeadamente na promoção de hábitos alimentares saudáveis e nas alterações e desconfortos da gravidez (BASTABLE, 2010; PEREIRA, 2013).

O modo como a gestante responde aos estímulos presentes no ambiente, reflete os mecanismos de enfiamentos utilizados pela mesma. Ao se observar o comportamento da gestante frente as modificações gestacionais sofridas, o enfermeiro vislumbra como a mulher responde ao meio, através dos modos adaptativos, cabendo ao enfermeiro reforçar as respostas adaptativas e interferir nas não adaptativas (GEORGE, 2000; OLIVEIRA, 2009; PEREIRA, 2013)

É notório dizer que, os demais modos adaptativos defendidos pela teórica têm participação efetiva no período gestacional. Dentro dos modos adaptativos, talvez aquele que mais abrange a adaptação a maternidade, seja o modo desempenho dos papeis. A adaptação ao papel materno pode ser difícil a muitas mulheres pela carência de clareza às especificidades do papel materno. O papel de

mãe é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho. O alcance de uma identidade materna é caracterizado pela experiência da mãe de um sentido de equilíbrio interno, confiança e competência no seu desempenho de papel (IBIAPINA et al., 2016; ZAGONEL et al., 2006)

O autoconceito é um fator psicológico influente no comportamento, na saúde e no bem-estar do indivíduo, tem um papel moderador no ajustamento psicológico que a transição para a maternidade acarreta, e considera este período a oportunidade ideal para examinar a relação entre as características estruturais do conceito que a mulher tem de si mesma e das suas capacidades como também de sua saúde psicológica. (DALY, 2003; SILVEIRA, FERREIRA, 2011)

Além disso, para o processo de adaptação à maternidade, um adequado suporte familiar, social e profissional, imprime a ideia de interdependência para o prosseguimento saudável da gestação. Mas claro, que a gestação só se torna viável mediante as alterações fisiológicas (GARCIA, 2010; PICCININI et al., 2008)

A abordagem do Modelo de Callista Roy, permite então a integração do processo de adaptação da mulher a gestação dentro da sistematização da assistência de enfermagem, exigindo uma avaliação contínua, visto a interação da mulher com o meio perdura e se remodela com o passar do tempo. Entendemos que este modelo é apto para conduzir a prática dos enfermeiros que atuam na saúde materna e obstétrica.

4 APRESENTANDO A REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Políticas Públicas voltadas para a Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004). O que levou a fervorosas críticas, pelo movimento feminista brasileiro, devido à perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, já que estas ficavam sem assistência na maior parte de sua vida. “A luta contra os programas de controle da natalidade e pelo reconhecimento das necessidades de saúde específicas das mulheres atravessou a década de 1980, encontrando eco dentro do ministério da saúde, ainda sob o governo militar” (MESQUITA, 2010, p.111).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi anunciado ao final do ano de 1983, apontando para mudanças importantes no campo da saúde pública e das políticas de gênero, incorporando as reivindicações do movimento sanitarista e do movimento feminista, na defesa de uma política de planejamento familiar inserida nos cuidados à saúde integral da mulher, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984; MESQUITA, 2010).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem grande influência sobre a implementação do PAISM em virtude das características da nova política de saúde, do processo de municipalização e principalmente pela reorganização da Atenção Básica (AB), por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 1984).

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, foram elaboradas políticas públicas, manuais para a padronização de condutas dos

profissionais de saúde e portarias a fim de sustentar a assistência prestada as mulheres. Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (BRASIL, 2000a).

A fim de metodizar a assistência pré-natal, em 2000, o MS publicou o 1º Manual Técnico, contendo normas de atenção pré-natal, com a finalidade de oferecer suporte para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde (BRASIL, 2000b).

Segundo Brasil, 2004 em razão das dificuldades políticas, técnicas e administrativas enfrentadas pelos municípios na implementação das políticas de saúde da mulher, o Ministério da Saúde (MS) editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Em 2006, a 3ª edição revisada do Manual foi publicada. Nesta, estabelecia que é função dos estados e município garantir atenção pré-natal e puerperal de acordo com os parâmetros a seguir: (1) captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; (2) realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; (3) desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal: escuta da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente; estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; exames laboratoriais; imunização da gestante; avaliação do estado nutricional da gestante; prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento das intercorrências da

gestação; classificação de risco gestacional e detecção de problemas; atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; registro em prontuário e cartão da gestante; atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2005).

Para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país o MS através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 lançou a Rede Cegonha (RC), visando assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças assegura o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem por objetivo promover a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no elemento neonatal (BRASIL, 2011).

O pré-natal deve ser estruturado com o propósito de atender às reais necessidades da população de gestantes mediante a utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. É importante ressaltar ainda que as ações de saúde devem abranger toda a população alvo de uma determinada área, propiciando o seguimento do atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e fetal (BRASIL, 2005).

Em razão de sua importância, a atenção pré-natal é considerada área prioritária na saúde da mulher e constitui-se na primeira linha de ação durante o período gravídico-puerperal. Pode ser desenvolvida quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, em nível primário, com predomínio do uso de tecnologias leves e leves-duras, com acolhimento e escuta, capacitação de pessoal e apoio laboratorial. Permite, assim, orientações, diagnósticos precoces e encaminhamentos adequados a cada momento da gestação, visando a integralidade e longitudinalidade no atendimento, com a garantia da qualidade do cuidado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O principal objetivo do pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (2012) é prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma

distinta, até o período puerperal. Dependendo do grau de risco da gestação a assistência a gestante pode ser efetivada por médicos e enfermeiros.

A Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, do decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, e da resolução COFEN nº 271/2002, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pelo enfermeiro. Visto que, o enfermeiro possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dele o acompanhamento e atenção à população de gestantes (CUNHA, 2009).

4.2 O Processo de adaptação às Modificações da Gestação

A maternidade firma-se dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído, onde os padrões culturais pré-estabelecidos, das representações sociais, crenças e valores se apresentam como pilares para a sua concepção (MOTA, 2011). A mulher nesse sentindo, além de desejar engravidar deverá desejar desempenhar e assumir o papel de mãe, logo ser mãe nos remete a um acontecimento anterior a gestação propriamente dita. (LEAL, 1990; MOTA, 2011)

Adaptação significa, segundo o dicionário Aurélio, torna-se apto, fazer com que uma coisa combine convenientemente com a outra, acomodar, apropriar. A gravidez constitui então um desafio à adaptação da mulher, devido as abruptas mudanças e descobertas decorrentes de novo ciclo. Perpassa uma reorganização de ideais, redefinição de papéis e reestruturação da identidade da mulher, que necessitará de suporte apropriado para efetivo ajustamento biopsicossocial (LEAL, 2005). Adiante vamos expor as modificações inerentes da gravidez e o processo de adaptação da gestante a estas alterações.

4.2.1 Adaptações Fisiológicas na Gravidez

A gravidez é um processo fisiológico que traz ao organismo feminino profundas adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em um curto espaço de tempo. Sendo que estas, iniciam logo após a fertilização e continuam durante toda gravidez, retrocedendo de forma rápida e quase por completo após o parto. (NEME, 2005)

São vários os tipos de modificações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e que podem ser situadas: no sistema reprodutor; no sistema endócrino; no sistema cardiovascular; no sistema musculoesquelético; no sistema respiratório; no sistema gastrointestinal; no sistema renal; no sistema tegumentar; e no sistema neurológico (FRASER; COOPER, 2010).

No sistema reprodutor, o principal local de modificações é o útero, visto que depois da concepção, o útero desenvolve-se para proporcionar um ambiente nutritivo e protetor no qual o feto deve se desenvolver. O órgão modifica-se intensamente em relação a consistência, volume, peso, forma, posição e coloração . Em relação ao volume o útero não gravídico tem capacidade aproximadamente menor que 10 ml, na prenhez sua capacidade aumenta para aproximadamente 5.000ml (FRASER, COOPER, 2010; MONTENEGRO, FILHO, 2008; NEME, 2005).

As alterações no sistema endócrino revelam-se no aumento de estrogênio e de progesterona. O estrogênio torna o corpo da mulher mais vascularizado para aumentar o fluxo de sangue para o feto. Estimula, ainda, o aumento do útero, das mamas e dos genitais. A progesterona provoca o relaxamento do músculo liso reduzindo a motilidade gástrica provocando pirose (azia), regurgitação e obstipação (BURROUGHS, 1995; NEME, 2005).

Alterações profundas na hemodinâmica cardiovascular ocorrem durante a gravidez, sendo uma das principais alterações o aumento da frequência cardíaca materna onde ao final da gestação é possível observar um acréscimo em torno de 20% quando comparado aos valores pré-gravídicos. A partir da sexta semana de gestação o volume sanguíneo também aumenta, atingindo o pico no terceiro trimestre, acarretando risco de descompensação cardíaca, devido ao acréscimo de volume globular e plasmático ocasionando o que denominamos de anemia fisiológica da gestação. (MONTENEGRO, FILHO, 2008; NETTO, 2004).

Em relação as mudanças esqueléticas, durante a gravidez o relaxamento das articulações pélvicas é causado por mudanças hormonais, tais mudanças parecem estar relacionadas com o estrogênio, a progesterona e a relaxina. Esse processo permite certa expansão da cavidade pélvica durante a descida da cabeça do feto no trabalho de parto. Devido as modificações uterinas, ocorre uma alteração no centro de gravidade do corpo da gestante, pende-o para frente, acarretando uma possível lombalgia no final da gravidez (BURROUGHS, 1995; FRASER, COOPER, 2010; NEME, 2005).

No que tange as alterações do aparelho respiratório, à medida que o útero aumenta de tamanho, o diafragma é elevado até 4cm, e a caixa torácica é deslocada para cima. A expansão da caixa torácica faz com que volume corrente aumente 30 a 40%. No entanto a frequência respiratória sofre pouca alteração na gravidez. O aumento do volume corrente e a queda do volume residual, facilitam um aumento de 15% a 20% no consumo de oxigênio, a fim de suportar as demandas da mãe e do feto (FRASER; COOPER, 2010).

As alterações no sistema gastrointestinal são diversas, podendo surgir náuseas e vômitos devido ao aumento de estrogênio e hCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) no sangue (BURROUGHS, 1995). Apesar de muitas mulheres relatarem náuseas no início da gravidez, pode-se observar também um aumento de apetite e da sede. A redução marcante do tônus e da motilidade gástrica e intestinal associada ao relaxamento do esfíncter esofágico inferior predispõe obstipação, azia e hemorroidas. A salivação profusa é uma queixa ocasional da gravidez, assim como aversão ou mesmo o desejo intenso por alguns alimentos (FRASER; COOPER, 2010).

Em relação as mudanças no sistema urinário cerca de 80% das mulheres grávidas tem dilatação significativa de ambos os ureteres e pelves renais, o fluxo plasmático renal ascende cerca de 25% a 50% na prenhez e a taxa de filtração glomerular eleva-se cedo, desde o segundo mês, cerca de 30 a 50%. (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

O sistema tegumentar também sofre alterações, em grande parte devido às alterações hormonais e à dilatação mecânica. As alterações mais frequentes incluem o cloasma (hiperpigmentação na face); linha negra desde o fundo uterino até à sínfise púbica; estrias gravídicas nas zonas de maior dilatação como o abdómen, coxas e mamas; angiomas e aumento do sangramento gengival (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

4.2.2 Adaptações Psicossociais na Gravidez

Não é possível referir os significados e a importância da gravidez e maternidade sem os enquadrar numa perspectiva histórica e sociocultural. Quando uma mulher engravida e tem filhos entra num domínio que ultrapassa a sua

experiência pessoal e se liga ao coletivo. A forma como o tempo, a cultura e a sociedade percebem a maternidade tem grande impacto na experiência da gravidez e maternidade da mulher (KITZINGER, 1996).

A gravidez é uma época que permite a preparação para ser mãe, através do ensaio cognitivo de papéis e tarefas maternas, interliga-se afetivamente à criança, promover o encadeamento de relações para incluir o novo elemento, introduzir a existência do filho na sua identidade (CANAVARRO, 2006). Os nove meses do período de gestação favorecem a construção do projeto de maternidade e a sua consolidação de forma progressiva, sendo exigente do ponto de vista psicológico (MOTA, 2011).

No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, em que há a necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, além da mudança de identidade. (MALDONADO, 2002)

Durante a gravidez, os hormônios femininos, sofrem um aumento em sua concentração, modificando o corpo da mulher para proporcionar o crescimento adequado do bebê, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas para a mulher, inclusive o desencadeamento ou a exacerbação de sintomatologia depressiva, podendo apresentar sintomas como ansiedade, baixa concentração, introversão, passividade, variação de humor, sentimentos confusos, inquietude, nervosismo, irritabilidade, mudança no apetite, perda de energia, hipersônia e até mesmo insônia (KNUPPEL, DRUKKER, 1996; BAPTISTA, A., BAPTISTA, M., 2005).

Alterações significativas ocorrem psicologicamente nas mulheres e em seus parceiros durante a gravidez, onde as relações entre os cônjuges e suas famílias costumam sofrer ajustes. O processo de adaptação normalmente inicia antes da gravidez, quando os casais tomam a decisão de ter filhos, já nos casos em que não ocorreu um planejamento prévio da gravidez, o processo de adaptação da mulher poderá levar mais tempo. (BERGUM, 1989; LEVER HENSE, 1994; MULLIN, 2002; RHAPAELE-LEFF, 1991). Segundo Miranda, Dias e Brenes (2007) e Baptista e Baptista (2005), os fatores predisponentes mais específicos de patologias psi-

quiátricas são, entre outros, gravidez não planejada e insatisfação com a relação do casal.

Em uma revisão integrativa que teve por objetivo analisar os recentes estudos sobre a associação entre apoio social e a depressão gestacional foi observado que a maioria dos estudos encontrou uma associação estatisticamente significativa entre ausência de apoio social e ocorrência de sintomatologia depressiva no período gestacional (THIENGO et al. 2011) Em consonância o estudo realizado por Vieira e Parizotto (2013) que evidenciou a importância do apoio familiar e emocional, já que todas as gestantes que participaram do estudo mencionaram a presença de apoio e sua importância para aceitar e viver o momento da gestação, assim como a relação entre a falta de apoio e a forma de enfrentamento psicológico diante do período gestacional.

No caso de casais que já possuem filhos, período que antecede o nascimento do segundo filho constitui um momento repleto de adaptações e tensões familiares. Mudanças expressivas são percebidas já durante a gestação tanto no nível individual quanto no das relações e do sistema familiar. Enquanto se prepara para a chegada do bebê, toda a família precisa redefinir suas relações interpessoais, as atividades desempenhadas e os papéis e responsabilidades assumidos no grupo. O principal impacto da gestação do segundo filho parece recair sobre a família nuclear, envolvendo a relação conjugal, o relacionamento pais-primogênito e, em particular, o primogênito (PEREIRA; PICCININI, 2007).

Outro quesito importante é a relação parental. Dentre as figuras parentais destaca-se o papel da mãe da gestante como fonte de apoio no período do nascimento de filhos. Tanto antes quanto após o nascimento dos filhos, as gestantes destacaram o apoio recebido de suas próprias mães como um dos mais significativos, estando atrás apenas daquele recebido do marido (DESSEN; BRAZ, 2000).

Embora a gestação seja, geralmente, considerada um período de grande alegria e antecipação, pouco mais da metade das mulheres vivencia emoções positivas. Sendo comum o sentimento de “não estarem prontas” mesmo quando essas mulheres tenham feito a opção por engravidar (RAPHAEL-LEFF, 1991). Do ponto de vista emocional após a confirmação da gravidez, ocorre duas reações: de satisfação/aceitação, caso seja desejada ou de surpresa se não foi programada,

ambas reações geram incerteza em relação ao novo estado (FERNÁNDEZ; CABACO, 2004).

A gestação é responsável também pela adesão de novos papéis, ocorrendo mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando multípara, surgem novas mudanças, com a chegada de outros filhos. A mudança de papéis também pode ser observada no homem, uma vez que a paternidade é considerada como uma transição no desenvolvimento emocional (KNUPPEL, DRUKKER, 1996; MALDONADO, 2002).

Com a redefinição dos papéis devido à gestação, os sentimentos de maternidade e paternidade surgem e podem roubar espaço do relacionamento homem-mulher, interferindo no desejo sexual. A variação do desejo sexual da mulher grávida dependerá principalmente de suas condições psicológicas e do grau de aceitação da gravidez. Sentir-se amada e valorizada pelo parceiro, pode fazer com que a gestante se sintam atraente, independente das alterações corporais advindas da gravidez (LECH; MARTINS, 2003). As alterações na sexualidade e da atividade sexual e o aumento da introversão e da passividade surgem, caracteristicamente, a partir da metade do segundo trimestre, devido ao aumento de fatores orgânicos, aumento do peso e preocupação com o parto, alterando a unidade familiar e gerando ansiedade, na gestante e no parceiro (KNUPPEL; DRUKKER, 1996).

Muitas mulheres apresentam ansiedade em algum momento da gravidez, no entanto Lorraine Sherr (1995) sugere que a ansiedade pode ser uma emoção positiva e protetora diante de agentes estressores, assumindo um grau preocupante caso a ansiedade fique fora de proporção para os estressores. Sendo considerado compreensível a presença de medos e ansiedades decorrentes da gestação.

Diante de todas as mudanças provenientes da gestação e das vivências psíquicas, a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também suscetível a vários distúrbios emocionais (RAPHAEL-LEFF, 1991). Assim, a gravidez pode tanto desencadear uma crise emocionas para as gestantes como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (ARAGÃO, 2006; MALDONADO, 2002).

4.3 A enfermagem como facilitador da adaptação a maternidade

A enfermagem possui uma assistência sistematizada que visa atender as necessidades de cada indivíduo de forma holística; constituem-se em estratégias para melhorar a qualidade, facilitar a interatividade e perceber a multidimensionalidade do cuidado nas práticas de saúde (NASCIMENTO et.al, 2008). O enfermeiro presta assistência qualificada através da consulta de enfermagem, no qual possui um papel imprescindível de atenção à gestante, realizando acompanhamento com caráter científico e respaldo legal (OLIVEIRA et al 2010).

O profissional de enfermagem precisa estar preparado para cuidar das mulheres, o que inclui a habilidade para comunica-se e implementar ações de educação em saúde (BULHOSA; SANTOS; LUNARDI 2005). Na área da saúde, exercer a comunicação terapêutica, faz-se fundamental, já que esta consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios para auto realização, para enfrentar seus problemas (STEFANELLI, 1993).

A enfermagem necessita ser compreensiva, se dedicar mais, falar uma linguagem compreensível, fazer o cuidado da alma, ter noção do que está fazendo, ter personalidade, gostar do que faz e fazer o papel da enfermagem. É necessário que a assistência se adeque ao sujeito a ser cuidado de forma que as ações realizadas pela equipe de enfermagem não fujam da realidade social e simbólica dos indivíduos, não atingindo assim, o alvo do cuidado (STEFANELLO, 2005).

O passo inicial para a efetividade do pré-natal é o estabelecimento do vínculo de confiança entre o enfermeiro e a cliente. Após este contato inicial é prestada uma assistência individualizada e integral a gestante que se apresenta durante esta fase em constante adaptação física e emocional. As intervenções de enfermagem surgem neste contexto para efetivar a sistematização da assistência e melhorar a qualidade de vida. (OLIVEIRA et al 2010).

O acolhimento, a troca de experiências e a formação de laços institucionais e pessoais, configura um rico espaço para as práticas educativas e problematizadoras, dentro do processo dialógico enfermeiro-gestante (PENNA, 2012). No entanto, em um estudo realizado no Ceará, foi possível constatar

insatisfação em relação à educação em saúde, visto que as mulheres participantes deste estudo referiram carência de informações e instruções sobre os cuidados gestacionais. Ressalta-se a necessidade da criação de grupos de gestantes tendo o enfermeiro como facilitador, e nessa conjuntura possibilite a trocar de experiências, assim como sanear dúvidas e serem orientadas de acordo com suas necessidades como mulheres e mães (GUERREIRO, 2012).

O papel do enfermeiro, na transição para a parentalidade, passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planejamento de intervenções para reduzir os efeitos estressantes da transição na saúde da família. Assistir as famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem-sucedidos e competentes é uma preocupação dos enfermeiros porque, deste modo, estarão a contribuir para a promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos (SOARES, 2008).

Para identificar as necessidades das mulheres, assim como de suas famílias, os enfermeiros devem construir uma boa relação com os sujeitos durante todo o período gestacional, visando à construção efetiva da parentalidade (BASTON; HALL, 2010). O enfermeiro deve conhecer o contexto familiar que a gravidez se insere, assim como as interações entre os membros da família, a fim de realizar um planejamento de cuidados e uma intervenção efetiva que permita a aquisição de identidade parental (SOARES, 2008).

Portanto a relação de confiança e de proximidade firmada entre o enfermeiro e a grávida/família permitem identificar as suas necessidades, a fim de juntos, encontrar recursos e estratégias para satisfazer as necessidades, ultrapassando as dificuldades, propiciando o acompanhamento na concretização dos projetos de vida individuais (SOARES, 2008).

5 DESCRREVENDO A METODOLOGIA

5.1 Definindo tipos de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, qualitativa. Este estudo faz parte de um projeto intitulado: Retrato da assistência do pré-natal em São Luís-MA. Optou-se pelo estudo qualitativo por ser “flexível e elástico, capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados” (POLIT; HUNGLER, 2004). A abordagem qualitativa provê ao pesquisador um conhecimento mais profundo de um fenômeno e produz um alto nível de detalhes, sendo o contexto intrínseco ao fenômeno (CRESWELL, 2007).

Minayo et al. (1999, p.21) afirma que:

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

5.2 Apresentando local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Distrito Itaqui Bacanga, nas Unidades: a) Centro de Saúde Vila Embratel; b) Centro de Saúde Embrião e c) Unidade Mista Itaqui Bacanga, no município de São Luís, estado do Maranhão.

O Distrito Itaqui Bacanga é localizado no oeste de São Luís, entre Rio Bacanga (leste), Oceano Atlântico (norte) e a Baía de São Marcos (oeste), sendo escolhido para esta pesquisa devido baixa cobertura de pré-natal, constatado através de um Diagnóstico Social realizado pelo Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão, por meio do Movimento Nossa São Luís em parceria com a Empresa Maranhense de Administração Portuária (EMAP) (MARANHÃO, 2014).

O município de São Luís ocupa uma área de 828,01 Km² e está localizado no Nordeste do Brasil. De acordo com o último censo demográfico, a estimativa da população do município de São Luís foi de 1.073.893 habitantes. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o município de São Luís está dividido em sete Distritos Sanitários, dentre eles o Distrito Itaqui-Bacanga. Cada distrito é composto por várias unidades de atendimento, entre eles os Centros de Saúde (CS),

Unidade Mista (UM) e as Unidades de Saúde da Família (USF), nos quais se realizam as consultas de enfermagem no pré-natal.

5.3 Conhecendo os participantes da pesquisa

Para seleção da amostra foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: gestante no terceiro trimestre de gravidez que tenha realizado no mínimo três consultas de pré-natal; gestantes de risco habitual (incluindo menores de 18 anos e maiores de 35 anos); gestantes que gozem de boa faculdade mental e de comunicação, portando cartão de gestante; possuir prontuário na Unidade de Saúde (US) e aceitar participar da pesquisa.

O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação teórica, ou seja, quando as informações contidas nas entrevistas se tornaram redundantes, desta forma, constituíram este estudo, 17 gestantes. A avaliação da saturação foi feita por um processo contínuo desde o início da coleta de dados sempre confrontando com os objetivos do estudo. As semelhanças das informações indicaram o discurso do grupo, sendo compreendidas suas representações em relação ao objeto de pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, quando se perceber a lógica interna do grupo em estudo, a coleta de dados foi finalizada (MINAYO, 2007).

5.4 Descrevendo a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos dias da semana em que ocorreram as consultas de pré-natal, obedecendo as normas das unidades de saúde, de modo a alcançar os participantes da pesquisa e teve início após o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em pesquisa, por um período de três meses, de junho a agosto de 2017, pelas pesquisadoras previamente treinadas para aplicação dos instrumentos, previamente testados. O estudo piloto foi realizado em outra unidade com características similares as escolhidas. Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa de Saúde da Mulher (NEPESM), do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Os instrumentos de coleta foram: 1) entrevistas semi-estruturadas com as gestantes (Apêndice A) e 2) formulário para obter os dados socioeconômicos das gestantes (Anexo B).

Em relação entrevista do tipo semiestruturada, escolheu-se essa técnica por ser adequada aos objetivos do estudo, uma vez que a fala é capaz de revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, de comunicar por meio de um interlocutor as representações de grupos específicos em condições históricas, culturais e socioeconômicas específicas (MINAYO, 2007).

Esse tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que todos os pressupostos sejam cobertos na conversa. O entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à pergunta feita pelo entrevistador (MINAYO, 2007). Por permitir uma maior flexibilidade, o entrevistador pode decidir quando e em que ordem irá realizar quais perguntas, sendo necessário atenção ao que já foi dito no decorrer da entrevista e a relevância para a questão do estudo (FLICK, 2009).

Dessa forma, o roteiro da entrevista semiestruturada foi composto por questões abertas e os diálogos foram gravados em gravador digital de voz com autorização da gestante. Após, as falas foram transcritas com o objetivo de manter a fidelidade das informações. Por fim, para manter o anonimato das mulheres, as participantes receberam pseudônimos de flores.

5.5 Analisando os dados

Como procedimento de tratamento dos depoimentos foi utilizado à análise de conteúdo temática de Bardin. A análise de conteúdo se difere em 3 fases: 1ª etapa, pré-análise, que consiste na organização do material e definir o campo que se deseja centrar; a 2ª etapa compreende aprofundamento, investigando quesitos em comum e divergentes; a 3ª etapa consistiu no tratamento dos dados, a análise a partir dos materiais obtidos. (BARDIN, 1977)

A primeira fase, **pré-análise**, compreende a leitura geral do material eleito para a análise, no caso de análise de entrevistas, estas já deverão estar transcritas. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, tal sistematização serve para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Sendo que esta fase compreende:

- a) Leitura flutuante: é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas;

- b) Escolha dos documentos: consiste na definição do corpus de análise;
- c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
- d) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado;

É importante ressaltar que a escolha dos dados a serem analisados, obedeça a orientação das seguintes regras: exaustividade: representatividade: homogeneidade e pertinência (BARDIN, 1977).

Concluída a primeira fase, acima descrita, parte-se para a exploração do **material**, que constitui a segunda fase. A exploração do material consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (1977) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e **interpretação**, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (BARDIN, 1977). Essa fase foi também fundamentada na teoria de Callista Roy, onde as ideias principais da teoria serviram de sustentação para reunir temas afins.

Posteriormente, a categorização foi realizada. Sendo pautada no Modelo de Adaptação de *Sister* Callista Roy e pela análise de conteúdo de Bardin. Buscou-se identificar os estímulos sofridos pelas gestantes, os mecanismos de enfrentamento gerados por elas, de que forma esses estímulos influenciaram nos modos adaptativos visando caracterizar suas respostas como adaptativas ou não ao processo de adaptação a maternidade. Por último, definir se o objetivo da enfermagem segundo a teórica foi alcançado.

6 APRESENTANDO ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

As autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde foram solicitadas previamente mediante contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e diretores das unidades participantes, que prontamente aprovaram a realização da pesquisa nas unidades selecionadas. A pesquisa obedeceu às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, sob o parecer de nº 1.999.550.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa.

7 APRESENTANDO RESULTADO E DISCUSSÃO

Após o processo de análise dos discursos, a primeira parte dos dados referiu-se à caracterização socioeconômica e obstétrica das entrevistadas e a segunda parte, correspondeu aos resultados das questões norteadoras, as quais foram organizadas em categorias para melhor sistematizar as informações.

7.1 Conhecendo as gestantes da pesquisa

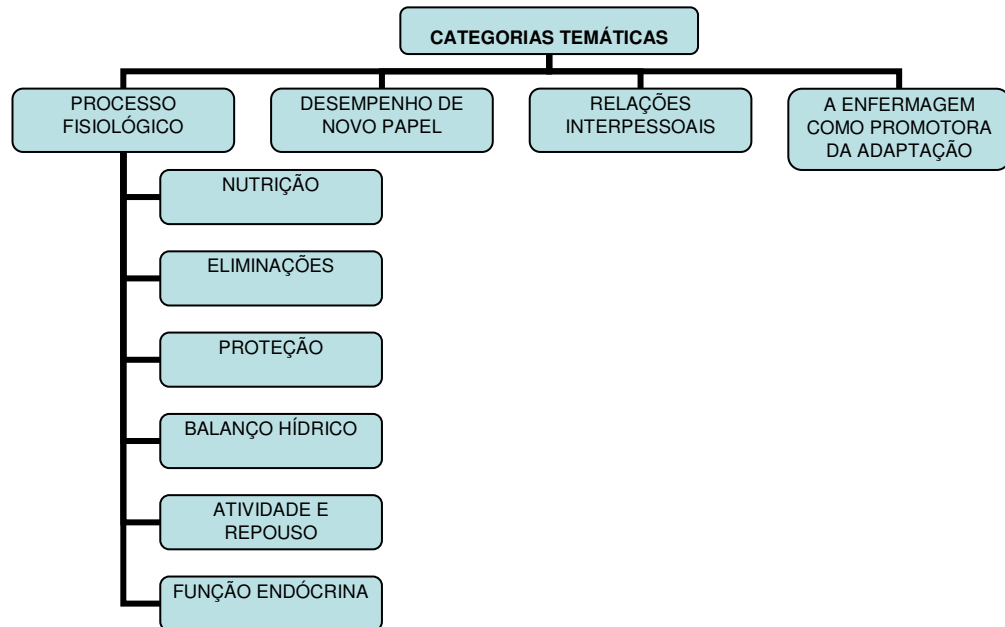
A média de idade das gestantes foi de 24,64 anos, onde a gestante mais nova tinha 16 e a mais velha, 32. Em relação ao estado civil, oito (8) eram casadas, enquanto que cinco (5) descreveram seu relacionamento como união estável e quatro (4) se declararam solteiras. No tocante a raça/cor, treze (13) mulheres, descreveram sua cor como parda e quatro (4) mulheres como pretas. No quesito renda, uma (1) mulher declarou ausência de renda, três (3) renda inferior a um salário mínimo, onze (11) entre um e dois salários mínimos, duas (2) renda superior a dois salários mínimos. Quanto à escolaridade, uma (5,9%) mulher tinha ensino fundamental completo, duas (2) mulheres tinham ensino médio incompleto e quatorze (14) ensino médio completo. Em relação à ocupação, doze (12) gestantes se declararam como do lar, uma (1) era autônoma, uma (1) estudante, duas (2) tinham cargos no setor administrativo e uma (1) no setor técnico.

Com relação às características obstétricas, oito (8) estavam na primeira gestação, seis (6) na segunda e três (3) na terceira gestação. Das nove mulheres que tiveram gestações anteriores, quatro (4) já vivenciaram situação de aborto. Em relação ao tipo de parto, seis (6) mulheres tiveram parto vaginal e uma (1) parto cesariana. Quanto à adesão ao pré-natal em gestações anteriores, sete (7) referiram ter realizado as consultas, dessas, somente cinco (5) referiram ter consultado com o profissional enfermeiro.

A partir da análise de Conteúdo temática de Bardin, sustentando-se na teoria de Callista Roy, foi utilizado os modos adaptativos propostos pela teórica, assim como a meta da enfermagem segundo a autora para constituir as categorias temáticas. Assim, emergiram seguintes categorias: a) O processo fisiológico da adaptação, b) Desempenho de um novo papel, c) Relações interpessoais como promotoras da adaptação, d) A enfermagem como mecanismo de promoção da

adaptação gestacional. O fluxograma a seguir demonstra a subdivisão das categorias (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma da categorização temática do estudo

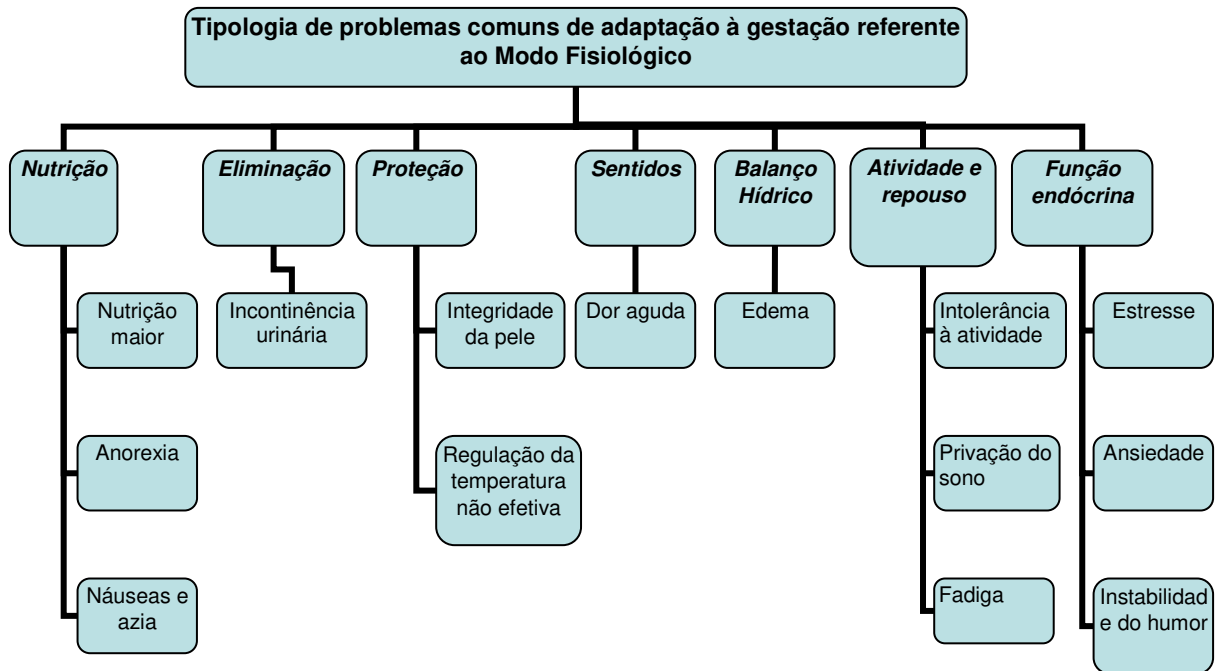


Fonte: Próprio autor (2018).

7.2 O Processo Fisiológico da Adaptação

O modo fisiológico proposto por Roy, se refere a resposta física dos indivíduos frente as adversidades, ou seja, os estímulos internos e externos. As respostas ou comportamentos emitidos pelo sujeito envolve oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção, sentidos, função neurológica, fluidos e eletrólitos e função endócrina (ROY; ANDREYS, 2001). Considerando essa modalidade adaptativa aplicada as gestantes, a Figura 3 sintetiza, os principais mecanismos de enfrentamento das mulheres deste estudo frente as modificações da gestação.

Figura 3 – Diagrama das alterações fisiológicas encontrados na gestação



Fonte: Próprio autor (2018).

7.2.1 Nutrição

Na subcategoria nutrição, que está associado à ingestão e a assimilação de alimentos para a manutenção do corpo, os comportamentos/respostas mais encontradas foram: **ingesta maior de alimentos, dificuldade de alimentação, náuseas e azia**. Conforme exprime as falas as seguir:

[...] eu era magrinha, com a gravidez o corpo vai crescendo, é muito estranho, mudou meu corpo, muito mesmo (Cravo).

[...] tem o fato 'deu' enjoar, eu enjoô bastante. Tem a azia, que incomoda demais (Gloriosa).

Azia, se eu como perto de dormir, fica aquele incômodo 'pra' dormir. Na hora de comer tem algumas coisas que dá enjoô (Lavanda).

Teve o aumento do peso, a fome que aumentou (Tulipa). (Informação verbal) ¹

Conforme foi verificado nos depoimentos, sintomas referentes a nutrição são típicos durante a gravidez. As **necessidades nutricionais** aumentam para apoiar o crescimento e desenvolvimento fetal assim como o metabolismo materno. Desta forma o aumento de peso, é um fator esperado devido as modificações

¹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

próprias da gravidez como: formação da placenta, do líquido amniótico, volume do útero e do sangue, crescimento fetal, tecido mamário e gordura de reserva. No entanto, aumento ponderal desregulado da gestante poderá está associado ao aumento de peso fetal no nascimento como também ao aumento de peso na vida adulta. (PENA-ROSAS et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2014).

Nosso estudo está de acordo com os achados de Teixeira et al. (2014), onde sintomas como **náuseas, vômitos e azia** ocorrem em cerca de 70% das mulheres, como resultado das alterações hormonais, geralmente no início da gravidez. Tais sintomas podem ser aliviados a partir de uma reeducação alimentar da mãe. A orientação do profissional de assistência pré-natal é essencial para modificação de hábitos alimentares maléficos à saúde do binômio mãe-filho, assim como o acompanhamento durante todo o pré-natal, visto que o ganho ponderal, quando extrapola os parâmetros normais poderá constituir uma gravidez de risco elevado.

Em um estudo de coorte prospectivo que objetivou examinar os fatores de risco, tratamento e resultados para náuseas, vômitos e azia durante a gravidez encontrou que 95% das mulheres grávidas experimentaram esses sintomas, sendo que 11% das mulheres com náuseas, vômitos e 47% das mulheres com azia utilizaram terapia farmacológica (NAUMANN, et al. 2012). Em nosso estudo, no entanto, as gestantes não alegaram nenhuma medida farmacológica para diminuir os sintomas, referindo que aguardavam o sintoma passar, é provável que essa medida de enfrentamento esteja relacionada com o medo de efeitos teratogênicos sobre o feto.

7.2.2 Eliminações

Em relação ao equilíbrio hidroeletrolítico, a teórica Callista Roy define um subsistema, eliminações. Foi encontrado na fala uma gestante menção a esta subcategoria ao se queixar do **aumento da frequência urinária**, como um fator problemático da gestação.

[...] toda hora tenho que está levantando para fazer xixi, eu acho que é de quase dois em dois minutos, essa aí é uma das piores alterações (Margarida). (Informação verbal) ²

² Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

Sabe-se que a alteração citada na fala acima, ocorre decorrente à gravidez afetar a força muscular do diafragma da pelve, provocando o aparecimento de sintomas urinários, que interferem na qualidade de vida e nas funções de micção. O músculo do diafragma da pelve, além de sofrerem com a ação hormonal, também ficam sobrecarregados pelo aumento da massa corporal e pelo peso aumentado do útero, resultando em sintomas urinários, sendo os mais comuns a urgência miccional, frequência urinária diurna aumentada, nictúria, incontinência urinaria por esforço e urge-incontinência (HEBERT, 2009). Em um estudo realizado em Belém no estado do Pará teve um alto índice de sintomas urinários onde os mais citados pelas primigestas foram a nictúria, 94,9%, e o aumento da frequência urinária diurna, 85,9% (BRANDÃO, et al. 2017), sintoma também referido na fala da gestante desse estudo.

7.2.3 Proteção

Na subcategoria proteção, através da fala da gestante pode-se ressaltar a integridade da pele prejudicada, mediante o surgimento de **estrias gravídicas**.

[...] algumas estrias que apareceram aqui, mas as estrias foi por que eu mesmo me cocei eu não tive cuidado, não quis usar hidratante, aquelas coisas, eu não quis usar nada (Tulipa). (Informação verbal) ³

Em relação à pele, as alterações fisiológicas da gravidez são esperadas, sendo as estrias particularmente comuns já que resultam de uma rápida mudança de peso e se alojam principalmente no abdômen, nos peitos, e nas coxas. Em relação aos fatores riscos que acarretam o aparecimento de estrias gravídicas, um estudo realizado na França com 800 primíparas, encontrou que além do ganho ponderal durante a gestação, à ocorrência de estrias está associada aos seguintes fatores: idade jovem, fatores familiares, fatores genéticos, peso pré-gestacional (PICARD et al, 2015).

Apesar de suas características benignas, podem ocasionar efeitos emocionais e psicológicos desagradáveis nas mulheres (OAKLEY; BHIMJI; HUGHES, 2017). Em Santa Catarina, um estudo que visou conhecer a prevalência de alterações dermatológicas no período gestacional, encontrou que 55,31% das

³ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

mulheres participantes do estudo apresentaram estrias gravídicas (MILDNER; SCOTTI; BLANCO, 2015). No estudo de Panicker, Riyaz e Balachandran (2017) a frequência de estrias gravídica foi de 72,83%. O que evidencia a alta prevalência destes sintomas dentre a população gestante e condiz com a fala apresentada.

Ainda na categoria proteção, a regulação da temperatura inefetiva foi citada por algumas gestantes.

No começo foi muito difícil 'pra mim' [...] comecei a sentir frio, febre e muito frio mesmo, bota 3 camisas ou 4 e o frio está em cima (Flor de Lotus).

[...] no começo, comecei a ficar com febre (Girassol). (Informação verbal) ⁴

A **febre** é um sintoma reconhecido como uma parte importante dos mecanismos de defesa do corpo, sendo até mesmo usado como agente terapêutico. A febre no início da gravidez é muitas vezes devido a infecções comuns, como as causadas por vírus respiratórios e patógenos urinários. No entanto, em gestantes, é necessário considerar as implicações da infecção aguda para o feto (FRASER, et al., 2015). A presença de febre durante a gestação foi estudada em 81.066 mães em uma coorte no estado da Califórnia, onde foi possível associar a febre ao aparecimento de paralisia cerebral congênita (STREJA, 2013). Vale ressaltar, no entanto, que o estudo de Streja (2013) a presença da febre esteve associada exclusivamente a presença de infecção. Em nosso estudo, a febre foi um sintoma isolado manifestou-se apenas no início da gestação, não sendo referido recidivas, no entanto, grifa-se a relevância do sintoma.

Outros relatos, no entanto, faziam referência ao aumento da temperatura corporal, não associados ao estado febril:

O calor aumentou [...] (Flor de Lotus).

[...] até a minha temperatura mudou, eu sinto tanto calor, e isso me incomoda. Me dá vontade de chorar às vezes. Mudou muito! Então eu penso em nunca mais engravidar na verdade (Amor perfeito). (Informação Verbal) ⁵

⁴ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

⁵ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

A gravidez causa súbita **mudança no mecanismo de termorregulação**, o qual tende a aumentar a produção de calor devido as altas concentrações e atuação do hormônio progesterona, influenciando assim, no aumento da temperatura basal. A atividade motora no meio líquido tem sido incentivada por proporcionar melhor regulação termal com menor temperatura corporal média (EDWARDS, 2006), dessa forma exercícios como hidroginástica e natação tem sido incentivados nos mais diversos estudos, decorrente do baixo impacto da flutuabilidade e os efeitos benéficos sobre o sistema cardiovascular devido à pressão hidrostática, além de ser um excelente dissipador de calor corporal. (POWERS, HOWLEY, 2009; SOULTANAKIS, 2016).

7.2.4 Sentidos

No âmbito dessa investigação, na subcategoria sentidos, as gestantes apresentam respostas adaptativas ineficazes a dor. Dentre a localização da dor, destaca-se a **dor lombar** e a **cefaleia**.

Eu sinto dor nas costas, eu sinto dor nas pernas, não posso fazer nenhum esforço, eu não posso fazer quase nada! Até 'pra' varrer a minha casa eu sinto dor. Já 'tá' no final, mesmo assim não consegui me adaptar [sorri]. (Amor-perfeito)

[...] também tem as dores que a gente sente, nas articulações, na coluna, não poder se abaixar, ficar determinado tempo abaixada, é uma posição meio estranha 'pra' se abaixar e levantar! [sorri] (Gloriosa)

[...] dor de cabeça, que eu sinto demais. (Margarida. (Informação verbal) ⁶

É sabido que os sintomas referidos pelas gestantes são esperados na gestação. A cefaleia tem relação estreita com o ciclo vida normal das mulheres, com destaque nas fases de alteração hormonal, dentre elas a gestação (LUCAS, 2009; MARQUES, FALCAO, 2017). Quanto ao tratamento das cefaleias durante a gravidez, abordagens não-farmacológicas constituem os tratamentos de primeira linha e também devem ser utilizadas para complementar qualquer tratamento de drogas requerido. O paracetamol é o medicamento preferido para o tratamento

⁶ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

agudo ao longo da gravidez, porém deve ser alertado à gestante o risco de toxicidade hepática devido ao uso excessivo da medicação (AMUNDSEN, et al., 2015).

A lombalgia, relatada pelas gestantes, é um sintoma comum da gestação, estando presente principalmente em gestantes mais jovens, assim como naquelas que apresentaram um aumento de peso, pois quanto maior o ganho ponderal na gestação maior a probabilidade ocorrer instabilidade da articulação sacro ilíaca resultando na lordose lombar acentuada que resulta em dor (FERREIRA; NAKANO, 2000).

Os achados do nosso estudo estão compatíveis com os de Carvalho et al (2017), onde as gestantes relataram dor lombar iniciada mais frequentemente no segundo trimestre gestacional. No estudo de Carvalho et al (2017) a idade gestacional, apresentou-se como um fator de risco, ou seja, quanto mais avançada, maior o risco de apresentar lombalgia. A posição ortostática por longo tempo foi identificada como fator de agravo da dor e o repouso relatado como principal fator de alívio. No entanto na fala da gestante abaixo podemos observar um grande desconforto independente do período de repouso.

[...] depois que eu trabalho eu fico bem dolorida, no outro dia, porque assim, eu penso assim, eu vou deitar, eu vou dormir, eu vou descansar, vou relaxar tudo, então quando eu amanhecer eu vou 'tá' melhor. Não! Não parece que desincha nada. Eu acordo toda dolorida, do mesmo jeito, aí com o tempo, digamos que eu fico me movimentando, tipo se eu acordar 7 horas eu fico me movimentando até umas 9 horas, aí vai passando. Aí depois tudo isso volta, aí eu vou dormir, não passa, só passa no outro dia entendeu? (Gloriosa). (Informação verbal) ⁷

A partir da análise das falas emergentes do estudo, foi possível identificar a dor como promotora de uma série de comportamentos ineficazes que afetam os meios de adaptação das gestantes. Os métodos para alívio da dor foram pouco utilizados e orientados para as mulheres do nosso estudo, não ocorrendo ações efetivas para o controle da dor e melhora da qualidade de vida. Nesse aspecto, as gestantes deste estudo não apresentaram mecanismos de enfrentamento eficazes para a promoção de adaptação mediante a dor.

⁷ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

7.2.5 Balanço Hídrico

Além da dor, na última fala apresentada, a gestante refere a presença de **edema**, este tende a surgir no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos, tende a piorar com o ortostatismo prolongado e com a deambulação (BRASIL, 2016). Essa alteração constitui o subsistema Balanço Hídrico. As falas a seguir exemplificam, o sintoma referido.

[...] meus pés incharam, as mãos incharam, acho que só. (Camélia).

[...]meus pés incham bastante, porque eu fico muito tempo em pé (Gloriosa). (Informação verbal) ⁸

A estase venosa apresenta-se com frequência, resultando em edema fisiológico gestacional, por quase todo o período gravídico. A retenção de líquido é comum em membros inferiores, bem como em outras regiões do corpo, ocorrendo acentuação no terceiro trimestre (SPAGGIARI, 2008). No que concerne o tratamento, a drenagem linfática terapêutica apresenta-se como uma boa escolha por constituir uma medida não farmacológica muito eficaz. Esta, auxilia o transporte da linfa, diminuindo assim a dor e o peso nos membros inferiores (ROCHA, 2017). Uma revisão de literatura que propôs demonstrar a aplicabilidade da drenagem linfática manual em gestantes, evidenciou a efetividade da técnica na diminuição do sintoma, sendo as respostas ao tratamento imediatas (EMRICH, 2013).

Algumas das entrevistadas verbalizaram que essas alterações corporais e desconfortos físicos se repercutiram nas suas rotinas diárias, nomeadamente a nível profissional, reduzindo a sua energia física e a capacidade de produção ou, mesmo, impedindo-as de trabalhar. Estes dados são validados pelos estudos de Tulman e Fawcett (2003) que verificaram que com o decorrer da gravidez o nível de energia da mulher decresce do 2º para o 3º trimestre de gravidez e o número de sintomas físicos (edema, astenia, azia) aumenta do 2º para o 3º trimestre de gravidez.

⁸ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

7.2.6 Atividade e Repouso

No que concerne a subcategoria Atividade e Repouso, o sintoma mais citado pelas gestantes deste estudo foi a **fadiga** e a **intolerância às atividades**. Conforme descrito nas falas.

[...] eu sou cabeleireira, no meu trabalho influenciou muito. Porque digamos que eu atendia três pessoas por dia, hoje eu atendo uma só. Por causa da química, por ficar muito tempo em pé, não poder se locomover tanto quanto eu podia antes. Isso usando máscara, sem fazer muito esforço e com uma pessoa ajudando, 'pra eu' conseguir trabalhar (Gloriosa).

O cansaço que aumentou, para fazer as coisas, a gente cansa rápido demais (Orquídea).

[...] porque antes eu conseguia fazer as coisas, lavar roupa ... e agora só algumas coisas que eu consigo fazer, mas como eu fazia antes, não (Jasmim). (Informação verbal)⁹

Os sintomas supracitados são pertinentes a esse grupo. Fazendo um paralelo com outros estudos, observa-se que os resultados deste estudo convergem com os achados de Chou, Kuo, Wang (2008) que constatou aumento da severidade da fadiga no primeiro e terceiro trimestre da gestação.

Outro sintoma que também estiveram presentes nas falas das gestantes foi o **padrão de sono ineficaz**.

[...] a barriga está cada vez maior, porque eu não posso dormir de lado, tenho que ficar assim ó [demonstra como dorme], torta, pra poder dormir, é o que mais incomoda. (Girassol)

Se eu durmo de lado, o neném mexe muito, então eu não consigo dormir, se eu durmo do lado direito dói, mas aí ele para, essa parte é muito difícil de se adaptar. (Violeta)

A modificação pior mesmo é que eu não consigo dormir à noite, é muito ruim [...] no começo eu dormia bem, mas agora não consigo dormir. (Margarida) (Informação verbal)¹⁰

Os achados referidos nas falas acima são decorrentes do estado gravídico. Os distúrbios do sono são manifestações recorrentes da gestação, que influenciam de modo negativo nas atividades de vida diária, sendo uma dessas

⁹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

¹⁰ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

implicações o surgimento do estresse materno, que poderá afetar a saúde do binômio mãe-filho (GONÇALVES, 2011). Um estudo realizado na Finlândia com 78 mulheres grávidas, apontou aumento do número de despertares noturnos, assim como má qualidade geral do sono e dificuldade em cair no sono, aumentaram no final da gravidez (POLO-KANTOLA, et al. 2017).

7.2.7 Função Endócrina

Na subcategoria função endócrina, as modificações encontradas foram: estresse, labilidade emocional e ansiedade. O **estresse** foi a principal modificação encontrada nas gestantes deste estudo, que referiram dificuldade de adaptação a esse sintoma, conforme falas a seguir.

Eu 'tô' muito furiosa! Sem paciência. Eu brigo com meu filho, ele faz zuada [referente a barulho], que me irrita, eu mando ele se calar (Gloriosa).

Eu 'tô' sentindo agora, no final da gravidez, muito estresse, eu fico muito estressada. Eu 'tô' tentando me acalmar. Porque as vezes por besteira, eu tô estressada (Girassol). (Informação verbal)¹¹

Por que as vezes eu não consigo controlar. Sabe assim, eu sinto assim, o meu estresse me faz sentir uma vontade louca de ... de chorar, de desabafar, sabe assim. Dá vontade até de puxar o cabelo às vezes. Então eu não consigo ter uma boa adaptação a isso. No começo eu até fiquei com um pouco de medo, minha mãe, falava: - "Calma Amor-perfeito, não é assim, cada gravidez é diferente! Tu tem que parar com isso, porque tudo tu passa pro teu bebê e tal". Aí eu tento manter um pouco mais a calma, mas me adaptar mesmo a isso [acena negativamente com cabeça] (Amor perfeito).

Estresse! [em tom enfático] Muito! De vez em quando eu me estresso demais. Fico muito sensível, qualquer coisa eu choro, começo a chorar, entendeu? Essas coisas! (Flor de Lótus). (Informação verbal)

¹²

O sintoma referenciado acima esteve presente nas falas de grande parte das participantes deste estudo. Das 17 mulheres, 9 referiram a presença de estresse em algum momento da gravidez. A necessidade de mudança de estilo de vida impostas pela gravidez, acarreta sintomas de ordem psicossocial, como o estresse.

¹¹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

¹² Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018..

O estresse pode ser definido como um conjunto de reações fisiológicas que envolvem o eixo hormonal hipotálamico-hipófisário-adrenal e o sistema nervoso autônomo simpático, frente a situações ameaçadoras a homeostasia do organismo (RETTORI et al, 2012).

Sabe-se que altos níveis de estresse ou ansiedade vem sendo associada a resultados adversos no nascimento tendo uma forte atuação na presença de sintomatologias na mãe e na criança, podendo afetar o desfecho da gravidez, como aumento do risco de morbidade para a criança, menor peso ao nascer e aumento do risco de parto prematuro. Segundo a literatura, é possível pressupor que vulnerabilidades existentes anteriores à gestação da mulher podem interagir com as condições sociais, familiares, culturais, sociais e ambientais da gravidez para aumentar os níveis de ansiedade da gestante (DUNKEL; TANNER, 2012).

Em relação a associação entre semanas gestacionais e sintomas depressivos, a literatura afirma correlação entre sintomas depressivos e o último trimestre de gestação. Onde um estudo prospectivo com 353 mulheres no último trimestre gestacional, realizado na Jordânia apontou prevalência significativa de sintomas depressivos (19%) no pré-natal (MOHAMMAD; GAMBLE; CREEDY, 2011). Resultado também encontrado em Gana, na Costa do Marfim, estudo com 1.030 mulheres, no terceiro trimestre de gestação, nas mais variadas faixas etárias, revelou porcentagens altas de depressão (28,9%) e ansiedade (14,2%) (BINDT, et al. 2013). A mesma premissa é defendida por um estudo realizado na Colômbia com 70 mulheres com gestação de alto risco, onde níveis mais altos de depressão estiveram presentes em mulheres de maior idade gestacional (VILLARREAL; VILLARREAL; RODRIGUEZ, 2013).

Em nosso estudo foi possível identificar a coexistência de estresse e alterações do humor em algumas mulheres. Esse pressuposto é amparado pela literatura, que aponta o estresse como desencadeador de transtornos do humor em sujeitos suscetíveis geneticamente (PINHEIRO et al., 2011). Mediante as falas das gestantes, podemos ratificar a presença destas alterações.

Qualquer coisa eu já chorava, brigava, sentia raiva também, bastante. Mas qualquer coisa eu já chorava, até hoje eu sou assim (Jasmin).

[...] eu sou muito sensível, tudo eu ficava um pouquinho triste, qualquer coisa dá vontade de chorar (Petúnia).

[...] eu me sinto sozinha, aí eu qualquer coisinha eu quero chorar (Violeta).

[...] Mas a gente muda mesmo, às vezes a gente fica triste, chorosa demais, às vezes fica agressiva também, com raiva do nada, enjoa as pessoas, eu enjoei muita gente, entendeu? (Orquídea).

[...] de 4 pra 5 meses que eu enjoei muito meu namorado, enjoei demais a cara dele (Gérbera). (Informação verbal) ¹³

A **labilidade emocional** é uma característica presente na maioria das gestações. Pode ser compreendida de um ponto de vista adaptativo, visto que, funciona como resposta as modificações hormonais decorrentes da gestação, que, por sua vez, modificam o funcionamento psicológico (CAMPOS, 2012). O choro fácil e sem motivo aparente, assinala bem essa alteração. Tal descompensação pode acarretar conflitos com o parceiro, familiares ou pessoas próximas (RICCI, 2013). Nas falas supracitadas, duas gestantes referem “enjoar” pessoas, em nossas buscas, não foram encontrados relatos na literatura referente a este sintoma. No entanto, as alterações no campo comportamental decorrente das mudanças de humor, podem ser uma justificativa viável para o aparecimento deste sintoma.

Ainda na subcategorização função endócrina, a **ansiedade** foi outro sintoma demasiadamente referenciado pelas participantes do nosso estudo. Provavelmente por se tratar de mulheres no terceiro trimestre gestacional, a ansiedade pode estar associada a satisfação em terminar uma gestação bem-sucedida como também pela aproximação com o parto. As falas a seguir evidenciam esse sintoma.

[...] eu ‘tô’ muito ansiosa pra conhecer ela. Não vejo a hora, só na expectativa de conhecer (Camélia).

Não vejo a hora dele nascer, que eu tô esperando, desde a primeira vez que eu olhei a carinha, não tem noção! Não vejo a hora de ver o rostinho dele e dormir com ele no braço, não vejo a hora (Amarílis).

[...] ansiedade, ‘pra’ ele chegar logo, a gente já tá com tudo preparado ‘pra’ ele chegar e muitos sonhos. A gente tem muito sonho na frente ‘pra’ ele (Flor de Lótus).

Ah, ele [se refere ao marido] estava me acompanhando muito ansioso, mais ansioso do que eu! O povo [se refere aos familiares]

¹³ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

me deixou mais ansiosa do que ele, todo mundo esperando (Amarilis).

Todo mundo ansioso (Rosa). (Informação verbal) ¹⁴

As falas acima traduzem o sentimento de ansiedade das gestantes com a chegada próxima dos filhos. Em nosso estudo não foi possível mensurar o nível de ansiedade apresentado pelas gestantes, no entanto, apesar de todas as mulheres referirem presença de ansiedade em algum momento da gestação, por se tratar de gestações de risco habitual, a ansiedade esteve atrelada a boas expectativas, a vontade de conhecer e prestar cuidados aquele novo indivíduo. Essa premissa sustenta-se no estudo de Zeoti e Petean (2015) realizado com 25 mulheres com gravidez com risco e 23 mulheres com gravidez de baixo risco, onde mulheres com gravidez de risco apresentaram valores mais altos de ansiedade quando comparadas ao outro grupo, devido a estarem expostas a uma situação de incerteza e possíveis complicações decorrentes da gestação.

A ansiedade na gravidez trata-se de uma síndrome distinta e definível que reflete os medos sobre a saúde e o bem-estar do bebê, das experiências hospitalares e de saúde, do parto iminente e suas consequências e do papel materno e paterno (DUNKEL, 2011). Durante o período de gestação, mudanças, adaptações e um quadro de ansiedade são esperados. A presença do acompanhamento do pré-natal por profissionais capacitados atua diminuindo sintomas problematizadores com potencial para afetar negativamente o desenvolvimento da gestação.

As alterações fisiológicas decorrentes da gestação encontradas neste estudo são comuns à maioria das gestantes em maior ou menor grau. Segundo a teórica Callista Roy a adaptação ao modo fisiológico é baseada nas respostas geradas pela pessoa, como um ser físico, às alterações ambientais. A necessidade básica deste modo é a integridade fisiológica, tendo os aspectos físicos grande impacto na qualidade de vida. As gestantes por serem sujeitas a uma gama de modificações podem apresentar algum nível de dificuldade na readaptação ao novo corpo. De modo geral, as mulheres deste estudo encontraram dificuldades de

¹⁴ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

adaptação ao modo fisiológico, provavelmente por carência de informação de como atenuar a sintomatologia e receio de acarretar malefícios ao feto.

7.3 Desempenho de um novo papel

A subcategoria desempenho de um novo papel faz referência ao modo adaptativo da teórica Callista Roy, função de papel. Na perspectiva da gestação, esse modo diz respeito à construção da maternidade, assim como o manejo sincrônico com os demais papéis exercidos pela mulher na sociedade. A transição do papel, pode ser definido como o processo de assumir e desenvolver uma nova função, para tanto é necessário uma série de comportamentos esperados, mediante expectativas do meio em que a mulher está inserida (ROY; ANDREWS, 2001).

O processo de constituição da maternidade tem início antes da concepção, perpassando as primeiras relações e identificações da mulher, desde a infância através de atividades lúdicas, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. É notório a influência dos aspectos transgeracionais e culturais no desejo de “torna-se mãe” da mulher, estando associados ainda ao que se espera de uma menina e de uma mulher, no âmbito da família e da sociedade (ARAGÃO, 2008; FERRARI, PICCININE, LOPES, 2007).

Stainton (1985) defende que a relação entre pais e filhos começa desde a vida intra-uterina, configurando, desde já, os papéis paterno e materno, conflitando com outros autores que utilização do termo “nova mãe” somente no período pós-natal. A gestação pode ser descrita como uma transição passível de tornar vulnerável os sujeitos envolvidos. A constituição da parentalidade, então, resulta deste processo de definição de novos papéis, sendo exigido reajustamento e reorganização por parte dos indivíduos (prestadores de cuidado à criança) que irá repercutir no seu processo de desenvolvimento (RELVAS, 2000).

Segundo Relvas (2000) a parentalidade associa a esta experiência sentimentos de alegria e satisfação, onde a função social e afetiva se revela compensadora e um meio através do qual o indivíduo atinge a realização pessoal e se completa enquanto ser humano.

O modo desempenho de papel incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Cada papel está associado aos comportamentos instrumentais e expressivos do ser humano (ROY; ANDREWS, 2001). Neste estudo a maior parte

das gestantes relataram sentimentos de **felicidade** em desempenhar o novo papel de mãe o que reflete na constituição efetiva da parentalidade.

Ah eu me sinto feliz [sorri]. Eu já lavei até as roupas! Vem mais uma pessoinha na minha vida 'pra' mudar. Filho é sempre uma benção! Eu acho que ele vem 'pra' fazer a gente bem mais feliz! [responde eufórica] (Amor-perfeito).

Eu 'tô' só ansiosa 'pra' cuidar, até porque eu já cuidei de criança, eu já trabalhei com isso. Aí cuidar de uma criança que é minha [pausa e respira fundo]. Eu 'tô' muito ansiosa pra vê. 'Pra' conhecer. Essas coisas (Camélia).

Ahhh eu 'tô' me sentindo muito feliz! Desde que eu descobri que fiquei grávida, a sensação de mãe 'tá' me dando uma felicidade muito grande e uma responsabilidade muito grande, mas é uma responsabilidade de amor, de alegria, felicidade muito grande. Eu digo assim, sempre 'pro' meu marido, a partir do momento que chega uma criança nas nossas vidas, entra benção! Criança é benção! Aí a gente sempre sonha, Abraão nasceu, entrou dentro de casa e pronto! Mudou a minha vida, mudou a minha história, mudou tudo! (Flor de Lótus).

Ah, 'pra' mim é tudo, ser mãe de Vitória. É uma filha assim que eu não esperava, mas 'pra' mim é como se fosse a primeira, entendeu? [...] (Orquídea).

[...] eu me sinto apegada a ela, apesar de não conhecer entendeu? É uma coisa assim muito doida, amar uma pessoinha que a gente ... [buscando palavras] É uma coisa muito inexplicável, cara! Muito inexplicável, eu nunca imaginei. Hoje eu entendo, esse amor incondicional, aquela coisa por uma criatura que tu nunca viu (Gérbera).

Emoção grande, porque eu consegui, a gente não sabe se vai poder engravidar ou não, então foi uma emoção grande [...] Emoção de felicidade, muito, muito mesmo (Amarilis). (Informação verbal)¹⁵

Nessa categoria as falas apresentadas exprimem grande entusiasmo e felicidade das mulheres com a chegada próxima das crianças e com o novo papel a ser desempenhado. Segundo Baston, Hall (2010), o início da gravidez é um tempo de grandes alegrias para muitas mulheres e suas famílias. Normalmente, é um marco importante, por significar o cumprimento de algo pelo qual se espera. Para outras mulheres, contudo, a gravidez poderá trazer emoções negativas. A maioria, no entanto, sentirá uma mistura de emoções ao longo de toda gestação, devido à natureza transformadora da gravidez.

¹⁵ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

Algumas gestantes, quando questionadas sobre os sentimentos em desempenhar um novo papel, relataram **dúvidas, incertezas e medos** frente a nova gestação, como atesta as falas a seguir.

[...] eu não sei como vai ser, aí por isso que eu 'tô' contando com a ajuda da mãe, de todo mundo, da família (Tulipa).

Ah, muitos medos [risos]. Da gente não desempenhar bem o papel de cuidar bem da criança, essas coisas (Rosa).

A ficha ainda não caiu, mas eu estou segura, já tive muitos sobrinhos, e eu sempre cuidava deles, e 'pra' mim vai ser a mesma coisa, mas eu sei que sempre vou aprender mais, entendeu (Violeta).

[...] quando eu descobri, foi um susto, fiquei muito emotiva, chorava muito, muito mesmo, mas depois eu fui me acostumando, eu fui entender que a vida é assim mesmo, que essas coisas acontecem. Aí depois me adaptei, 'pra' mim foi normal, natural. No início foi bem difícil (Hortência). (Informação verbal) ¹⁶

Os sentimentos expressos pelas mulheres são inerentes a muitas gestantes. A reação da mulher à gravidez é algo que dependerá de muitos fatores, inclusive suas experiências antes de engravidar. Não obstante a esse fato, no presente estudo, foi possível estabelecer, uma conexão entre os sentimentos supracitados e o planejamento gestacional. O não planejamento da gravidez, pode estar associado a dificuldade de aceitação e de intimidade com o novo papel. Em nosso estudo, o **planejamento reprodutivo** foi um fator importante na aceitação do novo papel, como é destacado nas falas a seguir.

'Pra' falar a verdade, eu ainda nem aceitei que estou grávida, só que, gerou, agora eu tenho que gerar 'pra' frente [...] Não, não foi planejada, foi de repente [...] não foi muito de eu querer entendeu, senti que tem que seguir em frente, mas hoje eu to aí, esperar ele nascer, mas esse aqui é o último [...]eu estava com outros negócios pra fazer entendeu, meu planejamento era a casa, o plano já estava seguindo em frente (Petúnia).

Por medo, por insegurança, por que foi uma gravidez que eu não estava esperando [...] foi uma gravidez que eu não estava planejando, mas aconteceu (Hortência).

Sendo que eu e o meu companheiro pegamos um susto. Eu não quis acreditar. Eu disse: "- Mas isso 'tá' errado! " Como que eu 'tô' gestante, se eu não senti nada? Nada! nenhum sintoma, nada! Eu não queria me conformar, queria fazer outro exame, não me conformando só com o exame de sangue eu bati um ultrassom, por

¹⁶ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

*conta própria [...] já estava com 17 semanas! 17 semanas dá 4 meses! Foi um susto 'pra' mim! (Hortência). (Informação verbal)*¹⁷

Diante das falas, é possível assinalar a importância do planejamento familiar, na chegada de um novo membro da família, assim como na saúde mental das gestantes, e consequentemente o desempenho de um novo papel. A literatura reafirma a relação causal entre a gravidez não desejada, a presença de sintomatologia depressiva e a aceitação da gestação (FELLENZER, CIBULA, 2014; MAXSON, MIRANDA, 2011; MERCIER, et al. 2013). Um estudo de coorte realizado com 688 gestantes nos Estados Unidos, encontrou que mulheres com gravidez não intencional podem ter um risco aumentado de depressão até 1 ano pós-parto, ou seja, os sintomas depressivos podem ter um efeito a longo prazo sobre o bem-estar materno, mesmo quando a mulher opta pela continuidade da gestação (MERCIER, et al. 2013).

Embora muitos fatores possam contribuir para a aceitação da gravidez, em nosso estudo foi possível identificar o relacionamento conjugal com o pai da criança, como um aspecto almejado por maior parte das mulheres. Nas falas abaixo, é possível constatar o desapontamento das mulheres mediante situação de **abandono emocional** dos pais das crianças.

Chorei muito! Achei que minha vida tinha acabado [...] no começo, o menino não me quis mais, eu não me senti muito bem não, eu chorava dia e noite. [...] porque ele me faz muita falta, mas aí eu percebi que 'pra' mim não faz tanta falta mais (Cravo).

*Eu tive muita dificuldade no começo da minha gravidez. Foi muito difícil, era uma coisa que a gente não estava esperando. Mas aí com muita luta, aos poucos, não da minha parte, entendeu? Do meu companheiro. Ele foi aceitando [...] a gente passou muita coisa, foi uma época que eu 'tava' em separação, eu gritava muito pra não matar e ela sempre lutando, lutando. Essa meninazinha aqui é uma guerreira! É uma guerreira! É essa aqui é uma benção e ela sempre lutando, foi rejeitada, ele não queria, não queria, mas Deus é Deus! [Fala muito emocionada e chora] (Orquídea). (Informação verbal)*¹⁸

Ambas falas, se referem as gestantes que se declararam como solteiras quando questionadas sobre seu estado civil. O impacto da gestação não intencional, provavelmente se intensifica, quando há um rompimento do relacionamento afetivo, ou mesmo quando o relacionamento não constitui um casamento ou união estável.

¹⁷ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

¹⁸ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

Um estudo realizado por Parcero et al (2017) constata esse pressuposto, no qual a estabilidade da relação apresentou-se como fator que favoreceu a ocorrência da gravidez. Esta, independentemente do planejamento ou não, modifica as relações entre os casais, podendo aproximá-los ou constituir um fator de rompimento.

Em nosso estudo, as gestações estiveram associadas também a sentimentos de **ambivalência**. A fluutuabilidade de emoções pode decorrer de várias etiologias, entre elas, o planejamento gestacional, apoio do parceiro, as expectativas para o futuro, situação financeira atual, a cultura que a mulher está inserida (RICCI, 2013) como também, o despreparo para assumir um novo papel. As falas abaixo revelam a ocorrência das oscilações emocionais.

Eu senti alegria, depois eu não queria, aí eu aceitei, eu já tenho 28, se chegasse aos 30 não ia ter mais [...] não foi planejado, mas foi bem-vindo (Tulipa).

No começo eu fiquei bastante assustada. Depois que eu já tinha aceitado, aí eu fui ficando feliz com as consultas, com que a médica ia dizendo, aí foi melhorando (Camélia).

Eu chorei, porque primeiro, eu ainda não queria ter um filho, não era planejado. Mas eu fiquei feliz depois, aceitei! (Girassol). (Informação verbal)¹⁹

Nos discursos apresentados, observamos que apesar da presença de sentimentos conflituosos, com o decorrer da gestação houve uma maior aceitação da gravidez por parte das mulheres. Segundo Lederman e Weiss (2009) aceitar a gravidez, entretanto, não significa que a mulher esteja preparada para ser mãe, pois o desenvolvimento do papel materno está associado a motivação pela qual a mulher deseja a gestação e sua preparação para a vida como mãe.

Um estudo conduzido por Silva et al (2011), avaliou a adaptação psicossocial na gravidez, por intermédio da tradução e adaptação de um instrumento específico, para ser usado em gestantes brasileiras, onde o domínio com pior adaptação encontrado, foi a identificação com o papel materno. Nesse contexto, a literatura enfatiza a relevância da constituição da adaptação ao papel de mãe, visto que a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade constitui fator de risco grave para o desenvolvimento infantil. Isso porque alterações

¹⁹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

no comportamento de quem exerce a função materna se refletem já na protoconversa  o inicial da d  ade m  e-beb   (BELTRAMI; MORAES; SOUSA 2014).

O estabelecimento de identifica  o com o papel materno,   de grande relev  ncia na constitui  o da maternidade. A preocupa  o em realizar o papel imposto pela sociedade aflige parte das mulheres que compuseram este estudo. Fatores como o apoio do parceiro e planejamento da gesta  o, foi valioso   estas mulheres. O olhar cl  nico profissional   uma ferramenta essencial para identifica  o dos problemas de conflito de papel. Diagn  stico e interven  o es precoces ir  o auxiliar na ades  o de comportamentos expressivos e eficazes na constitui  o do v  nculo m  e-beb  .

7.4 Rela  o es interpessoais como promotoras da adapta  o

A literatura destaca a import  ncia do n  cleo familiar e do apoio social como principal mecanismo de prote  o  o diante da gesta  o, especialmente quando essa se configura como inesperada e em idade precoce (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011). Essa categoria agrega todas as falas em que os participantes da pesquisa expressaram informa  o es dos aspectos relacionados   intera  o  o social e  s rela  o es afetivas.

O modo de interdepend  ncia considera como foco de aten  o  o as rela  o es entre as pessoas, tanto como indiv  duo, como enquanto membro de um grupo, sendo definido como rela  o es estreitas entre as pessoas. Segundo a te  rica para o indiv  duo, as rela  o es envolvem o querer e a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dado pelos outros, o que constituem os sistemas de apoio do indiv  duo, representados por pessoas, grupos ou comunidades que contribuem para satisfazer a necessidade de se sentir parte de um grupo (ROY; ANDREYS, 2001). Nas falas das gestantes observa-se a import  ncia dada ao **apoio ofertado pelos familiares, companheiros e amigos**.

Eu fiquei muito preocupada. N  o sabia, como que eu ia fazer. Nessa fase complicada de muita coisa ‘pra’ resolver. O or  amento, l   em baixo. Essa foi minha preocupa  o  o. A   todo mundo me deu muito apoio, minhas irm  s tamb  m, disseram que me ajudariam de certa forma e que ia d   tudo certo! E est   dando tudo certo, Gra  as a Deus! [Sorri] (Gloriosa).

Da família dele todinha, das minhas colegas, todo mundo, um incentivo muito grande [...] da minha mãe, todo mundo. É uma sensação muito boa. Porque é certo das pessoas gostarem da gente, poder contar, pode ligar a qualquer hora, pode fazer isso se precisar de mim, é excelente (Amarilis).

É aí que a gente vê, a amizade, o carinho que a pessoa sente pela gente, porque até então a gente fica naquela [incerteza]. Aí depois quando a pessoa 'tá' todo tempo presente, aí eu fico muito alegre. "- Ô aquela pessoa ali, tá sempre presente!" [elucida a gestante]. É muito bacana, é muito gostoso (Flor de Lotus).

[...] é muito bom, porque se não tiver apoio da família e do companheiro é ruim, então está sendo muito importante o apoio deles dois (Girassol). (Informação verbal) ²⁰

O relato das mulheres demonstra a satisfação no amparo emocional ofertado pelo seu círculo social. Um estudo realizado com 550 gestantes chinesas de Hong Kong recrutadas de clínicas de baixo risco corrobora com o enunciado, onde o fator adaptação psicossocial esteve relacionado com maior apoio social, como também com maior comprometimento com a gravidez por parte das mães e menor incerteza durante o período gestacional (HUI CHOI, et al. 2012).

A literatura aponta uma forte associação entre os sistemas de apoio social e depressão da gravidez. Suporte social, familiar e matrimonial são fatores importantes para promoção a adaptação psicossocial de gestantes (SCHWARTZ, VIEIRA, GEIB, 2011; AKTAS, YESILCICEK, 2015). Em sequência, os relatos das gestantes salientam a importância do apoio social para o **enfrentamento de sintomas depressivos**.

'Pra' mim [o apoio da amiga da igreja] foi tudo, eu entrei até em depressão [fala emotiva]. Minha vontade só era de, acabar com tudo. E ela sempre me ajudando, sempre me dando força dizendo: Não, não é assim, tudo vai passar. Às vezes a gente pensa que não vai passar, mas passa. A gente pensa que é o fim, mas não, não é o fim, só a gente ter fé e acreditar que a gente consegue (Orquídea).

É importantíssimo, até mesmo 'pra' não enfrentar uma depressão. Quando a gente não tem apoio, a gente se sente fraco, inseguro. E mesmo tendo todo esse apoio, eu me sinto fraco, entendeu? esse apoio é muito importante 'pra' mim, é o que me faz me segurar, às vezes. Aí quando eu 'tô' assim, tão estressada, tão com vontade de chorar, porque vem do nada uma vontade de chorar então, eu me lembro desse apoio (Amor-perfeito). (Informação verbal) ²¹

²⁰ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

²¹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

Apesar de apenas duas gestantes frisarem a questão da depressão, esta, constitui, o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal (WHO, 2017). É provável que muitas mulheres deste estudo não se sintam confortáveis em abordar esse tema, primeiramente por se tratar de um sintoma indesejado e talvez vergonhoso para algumas delas, visto que, a sociedade reafirma o papel social da mulher atrelado à maternidade, outra possível justificativa, se apoia no fato do entrevistador ser alguém desconhecido, já que o momento de contato se restringiu ao espaço de tempo destinado a entrevista.

A depressão gestacional está associada a uma gama de fatores, entre os quais destaca-se: antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica (WHO, 2017). Uma revisão sistemática que abordou a relação existente entre a ausência de apoio e a ocorrência de sintomatologia depressiva no período gestacional, encontrou uma associação estatística significativa entre as variáveis (THIENGO et al., 2011).

No Maranhão, uma coorte prospectiva iniciada no pré-natal com 1.140 mães, encontrou que gestantes com sintomas de depressão na gestação e pós-parto apresentaram maior escore do *Postpartum Bonding Questionnaire* (instrumento para identificação de disfunções leves e graves nas relações afetivas entre mãe e bebê), indicando prejuízos na relação mãe/filho. Houve associação também com os fatores: menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e viver sem companheiro (MORAES et al., 2017).

A busca pelo apoio social tem relação inversa com baixos níveis de depressão, enquanto que a reclusão social está associada a um alto nível de depressão, ou seja, o isolamento está relacionado com sintomas severos de depressão (REN, et al 2015; VILLARREAL, VILLARREAL, RODRÍGUEZ, 2013). Dessa forma, o apoio social recebido antes e durante a gestação, principalmente o oferecido pelo cônjuge, mostra-se determinante para o bem-estar mental da gestante (VARMA et al., 2007). Algumas mulheres por não contarem com o apoio familiar ou do companheiro, **a rede de apoio foi formada pelos amigos.**

[...] a minha mãe mora fora, aí praticamente, eu 'tô' sozinha [...] 'tô' separada do pai da neném. Então assim, as minhas amigas, acolheram pra si [...] elas são muito preocupadas comigo. Elas estão sempre junto comigo [...] é agradecer muito a Deus, infinitamente,

por que se não fossem elas acho que estaria chorando todo santo dia (Gérbera).

Aí todo mundo me apoia, todo mundo me ajuda, quando eu preciso de alguma coisa, todo mundo 'tá' lá. E ele não, só brincando na rua (Cravo). (Informação verbal) ²²

O último relato foi descrito por uma gestante ainda adolescente, que refere não ter apoio do pai da criança. A gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada em termos econômicos, profissionais e pessoais, elementos dificilmente encontrados na adolescência (SILVA et al., 2009; MOURA, et al., 2011). A gestação no início da vida reprodutiva, pode ameaçar o bem-estar e o futuro dos adolescentes, devido aos riscos físicos, emocionais e sociais, podendo estar associada à pobreza, à baixa escolaridade e a resultados perinatais negativos, contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza (MOURA et al., 2011). No contexto social, a responsabilidade quanto aos cuidados do filho continua sendo feminina, independentemente do tipo de arranjo familiar em que a criança está inserida, (IBIAPINA et al., 2016) o que se reafirma na fala da gestante.

Ainda referente sobre o suporte do parceiro, Rodrigues, Almeida, Ramos (2011), em seu estudo encontraram que o suporte dado pelo parceiro, destaca-se como fator de risco quando ausente e como fator de proteção quando presente. A literatura enfatiza que a aceitação da família e do parceiro são de grande importância para as gestantes, sendo a melhor fonte de apoio. (NASCIMENTO, XAVIER, SÁ, 2011; ORSO et al., 2016). Este estudo revalida essa afirmativa, onde as pessoas mais citadas como fonte de apoio foram o companheiro e a família núcleo, principalmente a mãe. Sendo que 13 mulheres citaram explicitamente as mães como fonte de apoio e 10 mulheres citaram explicitamente o companheiro como fonte de apoio. Outras fontes referidas foram: amigos (da igreja, do trabalho, vizinhos), irmãos e sogra.

As características do relacionamento apresentam-se como elemento importante para a continuidade da gravidez não planejada. A decisão pelo aborto é associada à recusa da gravidez pelo parceiro, à percepção de um relacionamento ruim, à incerteza sobre o futuro do relacionamento e ao receio de negação da paternidade. Condições econômicas desfavoráveis também têm importante papel na

²²Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

ocorrência e aceitação de uma gravidez não planejada, pois as decisões e expectativas reprodutivas são comprometidas diante de baixos salários; a esse respeito, a literatura destaca principalmente o quesito escolaridade como responsável pela ascensão social e facilitador para a incorporação do conhecimento e autonomia nas decisões reprodutivas (COELHO et al., 2012; PALMA, 2012).

O apoio social apresentou-se como um fator valoroso para a continuidade da gestação neste estudo. As falas a seguir demonstram como o grupo possui influência na tomada de decisões da gestante, mesmo quando a gestação não tinha sido desejada.

[...] é porque o que tem na nossa cabeça quando você não 'tá' planejando é só fazer besteira. Então, por esse lado eu tive muito apoio dos meus amigos do serviço e do meu companheiro. Porque eu me senti desorientada no início, foi uma gravidez que me pegou de surpresa, fiquei muito abalada, muito triste, muito emotiva. Talvez se não tivesse o apoio dessas pessoas [...] tinha feito um aborto. Mas graças a Deus, essas pessoas me deram apoio (Hortência).

A minha família toda, ninguém me julgou nem nada, todos me apoiam. Foi muito importante porque, eu acho que se eles não tivessem me apoiado, teria passado outras coisas pela minha cabeça, de abortar a criança, de tirar, mas como todos me ajudaram, me apoiaram, então eu fico muito feliz com isso (Camélia).
(Informação verbal)²³

Pelas falas apresentadas, observa-se a importância da rede de apoio como um recurso psicossocial importante no período gestacional. Esta, constitui também, mecanismo de enfrentamento, utilizados pelas gestantes em busca de resolutivas para as vulnerabilidades da gestação. O apoio familiar e do parceiro destacam-se como fatores que auxiliam na redução de complicações para a saúde da criança e da mulher, assim como da decisão de dar continuidade a gestação (MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014).

O Modo de interdependência idealizado por Callista Roy, centra-se na reciprocidade das relações interpessoais. A necessidade básica desse modo é a adequação afetiva, infelizmente nem todas mulheres deste estudo, obtiveram o apoio necessário para promover um processo adaptativo eficaz à gestação. Mediante essa realidade, a atuação do profissional enfermeiro e participação de grupos de gestante poderá ser uma alternativa válida, como veremos a seguir.

²³ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

7.5 A enfermagem como mecanismo de promoção da adaptação gestacional

A enfermagem segundo Roy, tem como meta promover respostas adaptativas, reduzir respostas ineficientes, visando adequação de uma situação problemas. Desta forma, faz parte da ação do enfermeiro, a manipulação dos estímulos recebidos pela gestante para promoção de adaptação positiva. Para tanto, conhecer tais estímulos demanda tempo e atenção das enfermeiras prestadoras de cuidado pré-natal a fim de realizar identificação efetiva dos estímulos que atuam na adaptação da mulher à gestação.

Algumas gestantes deste estudo realizaram pré-natal, tanto com o profissional enfermeiro como o profissional médico. No entanto, o foco dessa investigação foi o papel da enfermeira para promoção da adaptação as modificações da gestação, sendo selecionado informações pertinentes ao objeto do estudo.

As alterações decorrentes da gestação já mencionadas nas categorias anteriores podem ocasionar alterações de estilo de vida e comportamento nas mulheres. A identificação desses sintomas demanda tempo, atenção, valorização das queixas das gestantes e criação de vínculo entre os sujeitos do processo. Nesse cenário, as intervenções do enfermeiro durante o acompanhamento pré-natal, irá proporcionar melhora clínica e prevenção de agravos nas gestantes. Neste estudo, quando questionadas sobre o auxílio prestado pela enfermeira na gestação, as mulheres julgaram a consulta de enfermagem como fundamental na promoção de bem-estar e justificaram enfatizando as **ações de orientação** do enfermeiro, como pode ser visto nas falas a seguir.

Ajudou, ela me falou que [a lombalgia] era porque minha barriga estava crescendo, e meus seios também, e eu já tenho um problema na coluna, ela disse que isso só agravou mais (Girassol).

Ajuda! Às vezes até nesses incômodos de azia, os alimentos. Ela vai tirando as dúvidas [...] ensina, o que tem que se comer o que não. Acho que é isso. (Lavanda).

Ela orienta bastante, dá dica de como se cuidar, como se alimentar, 'tá' influenciando pra melhor, bem melhor! Principalmente com a enfermeira. (Rosa).

Ah ajuda sim, tem umas coisas que a gente tem que saber como as vacinas, cuidado alimentar, entendeu? como a gente vai amamentar a criança, nessas formas (Flor de Lotus). (Informação verbal) ²⁴

O aconselhamento nutricional, foi a conduta mais citada pelas gestantes. Cabe ao profissional de saúde a orientação e motivação da gestante no comprometimento com hábitos alimentares saudáveis nesse período. As condutas devem considerar o estado nutricional da gestante e o acompanhamento se faz necessário para a saúde materna e fetal, visto que, a inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 2012).

Outro quesito mencionado, foi a realização dos exames rotineiros do pré-natal, assim como a vacinação durante esse período e a prescrição de suplementação. Em relação a este aspeto, os depoimentos a seguir são esclarecedores.

Olhar o coração do bebê [se refere à ausculta dos batimentos cardíacos fetais com sonar doppler], que antigamente na primeira gestação, eles não realizavam aqui (Petúnia).

Ela dá muitas dicas em relação aos cuidados, fazer o pré-natal direitinho, fazer os exames, tomar a vacina, então me influenciaram sim! (Amor-perfeito).

[...] eu estava totalmente perdida em quantas semanas [gestacionais] eu estava. Aí ela me orientou. Foi a partir daí, que eu fui saber que realmente estava grávida. Me orientou, passou alguns remédios, que eu passei a tomar (Hortência). (Informação verbal) ²⁵

Em relação aos **exames de rotina** citados pela gestante, é preconizado pela Rede Cegonha a realização em cada trimestre gestacional com resultados em tempo oportuno. As instituições selecionadas, entretanto, não disponibilizavam de laboratório para realização dos exames, sendo responsabilidade das gestantes a busca pelo atendimento em outra unidade. A falta de acesso à realização dos exames básicos no pré-natal aponta para uma situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2012).

Uma revisão de literatura analisou na produção científica brasileira, as dificuldades relacionadas ao acesso das gestantes à realização dos exames básicos de rotina durante o pré-natal e apontou um padrão similar com relação à lentidão no

²⁴ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

²⁵ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

processo de liberação dos resultados dos exames. Apesar das mulheres terem acesso a realização dos exames, a demora no recebimento dos resultados levou à procura de instituições privadas por algumas delas. Isso significa que as gestantes de melhor situação socioeconômica obtiveram maior sucesso em garantir a disponibilidade dos resultados na consulta subsequente (CARVALHO et al., 2017).

Outro quesito apontado nas falas das gestantes foi a orientação à **vacinação**. A vacinação era disponibilizada em todas as unidades deste estudo em dias previamente selecionados, mediante rotina da instituição. Esse fator facilita a adesão da mulher a imunização, promovendo a proteção da gestante e do feto. A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) recomenda quatro vacinas no período gravídico-puerperal: Vacina Dupla Adulto (difteria e tétano- dT), Vacina Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche- dTpa), Vacina contra influenza (fragmentada) e Vacinação contra Hepatite B. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre os anos de 1998 a 2000 houve um declínio no percentual de gestantes com esquema de vacina atualizado. Em 2001 os percentuais melhoraram até atingir 96% em 2014, decorrente deste fato, a queda de 85% nos índices de eventos como o tétano neonatal de 2001 a 2011, comprovam a eficácia da imunização da gestante (VIEIRA et al., 2017). No entanto, pesquisas recentes demonstram baixa cobertura de imunização antitetânica (MAIA, 2017), o que destoa dos dados fornecidos pelo SIAB, muito provavelmente decorrente das diferenças sociodemográficas do país, tornando a erradicação do tétano neonatal uma meta de difícil alcance em algumas localidades.

Referente ao uso de **suplementação de ferro** por gestantes, não há consenso sobre a temática na literatura. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral de Saúde (DGS) recomendam a suplementação com ferro desde o início da gestação. No Brasil, a portaria nº730, de 13 maio de 2005, institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que adotou o estímulo a alimentação saudável e a suplementação em doses profiláticas (DGS, 2015; WHO, 2012).

A anemia por deficiência de ferro é um importante problema de saúde pública. Seus efeitos negativos incluem baixo peso ao nascer, parto pré-termo e aumento de morbimortalidade materna (TOWNSLEY, 2013). Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou os efeitos da suplementação oral diária com ferro em mulheres grávidas, isolada ou em conjunto com ácido fólico ou outras vitaminas

e minerais. Em relação à comparação (suplementos com ferro vs sem ferro ou placebo) verificou-se uma redução significativa do risco quase exclusivamente em *outcomes* laboratoriais, como a anemia materna, déficit de ferro e anemia por déficit de ferro no final da gravidez. Em relação aos *outcomes* clínicos (como mortalidade materna, necessidade de transfusões, morte neonatal, parto pré-termo e baixo peso à nascença, entre outros) não foram constatados benefícios significativos (DIAS, 2016). Esse resultado contrasta com o amplo uso da suplementação de ferro no Brasil, sendo necessário novas pesquisas para embasamento desta prática.

Além dos procedimentos básicos do pré-natal, supracitados anteriormente, o olhar holístico da enfermeira é necessário para identificar as gestantes que necessitam de suporte emocional, e dessa forma promover adaptação psicossocial. Na fala a seguir, a gestante aborda o **apoio emocional** prestado pela profissional.

Ela me incentiva muito, entendeu? Ela me aconselha, sobre o tipo de alimentação, me cuidar, não me largar. Não só como enfermeira, mas também o lado mulher. Ela me ajuda, eu converso muito com ela [...] foi uma época difícil, Deus colocou ela na minha vida. Ela sempre me orientando, me dava conselho, além de enfermeira ela também foi minha amiga (Orquídea).(informação verbal) ²⁶

A consulta de pré-natal da enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento que permite sanar dúvidas e esclarecer informações. Através do discurso da entrevistada percebe-se que a comunicação entre a enfermeira e a gestante favorece a compreensão do processo de gravidez, reduz angustias e frustrações e permite a criação de vínculo entre a mulher e a profissional. A postura acolhedora e respeitosa dos profissionais, assim como a escuta qualificada às expectativas e necessidades da mulher podem ser um estímulo para adesão ao serviço pré-natal (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A consulta de enfermagem proporciona ao enfermeiro autonomia para atuar diretamente com o cliente, com o objetivo de identificar situações de saúde/doença e implementar ações de promoção de saúde. No entanto, a metodologia empregada pelo profissional pode não atender as demandas da clientela, decorrente as particularidades de cada um, sendo necessário sensibilidade para constatar o problema e empenho profissional em encontrar um método eficaz

²⁶ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

que atenda às necessidades individuais. Neste estudo, algumas mulheres referiram **pouco ou nenhum auxílio da enfermagem** no seu processo de adaptação a gravidez. As falas abaixo, evidenciam esse fato.

Não ajudou muita coisa não (Margarida).

Eu não aprendi nada durante as consultas. Geralmente eu leio alguma coisa, eu procuro saber, mas na consulta mesmo, não tenho essa informação, a não ser que a gente pergunte (Violeta).

Acho que não [ajudou] A gente mesmo procura saber até porque as consultas são rápidas, é 'pra' falar só o necessário, se a gente for falar tudo que a gente pensa ali, pronto, é um jornal! (Flor de Lotus). (Informação verbal)²⁷

Mediante as falas, observamos que a duração da consulta, foi citado como empecilho em estabelecer um atendimento que supra as necessidades das gestantes. Além da competência técnica, o enfermeiro deve estar disposto a interagir, ensinar e aprender com as mulheres, demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, é requerido sensibilidade para compreender o ser humano e seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012; RIOS, VIEIRA, 2007; SCHNNYDER, 2014).

Nas falas anteriores, as gestantes referiram lacunas de conhecimentos. Afim de sanar dúvidas, a busca de informação foi realizada pelas mulheres, em diversos meios, entre eles os mais citados foram: ferramentas de busca da internet, conversas com pessoas mais experientes, caderneta da gestante e aplicativos destinados a saúde materna e fetal. A internet foi citada como o meio mais utilizado para sanar dúvidas, muito provavelmente pela facilidade de encontrar informações e dos inúmeros sites, blogs e aplicativos desenvolvidos para esse fim.

[...] toda dúvida eu sempre ia no google ou no meu aplicativo, as dúvidas que eu tinha eu olhava e elas só me passavam o que realmente 'tava' escrito lá (Gérbera).

²⁷ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

Eu procuro informação mais com a minha mãe. E assim, algumas coisas eu já procurei na internet, eu pergunto lá no Google rapidinho e procuro alguma coisa (Amor-perfeito).

Eu gosto muito de ir na internet. De lê. Porque eu já tive a primeira gestação, então eu já sei como é mais ou menos, mas nem todas são iguais. Aí normalmente eu vou vê na internet e tiro a dúvida, quando chego no posto com o médico ou com a enfermeira que eu vou consultar (Gloriosa).

Então, ou eu vou na internet, eu gosto de buscar e pesquisar. Negócio de bebê, aqueles blogs. Mas também nessa cadernetinha [se referindo a Caderneta da Gestante] (Lavanda).

Na internet [...] e também tem a caderneta que explica um monte de coisas. (Girassol). (Informação verbal) ²⁸

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são tecnologias que têm o computador e a **internet** como instrumentos principais e devem ser avaliadas como ferramentas de otimização de processos, por exemplo, do cuidado em saúde, da educação permanente e do desenvolvimento de pesquisa (SÃO PAULO, 2010). A facilidade de inserção de diversas fontes informativas, sobre variados assuntos, fez da internet um instrumento de grande divulgação e fonte de inúmeras buscas na área da saúde (MORETTI, 2012).

Apesar de vários aspectos positivos, como empoderamento, disponibilidade imediata da informação e superação de barreiras geográficas, essa mudança no acesso a informações possui aspectos negativos, entre os quais a baixa qualidade das mesmas, o que pode expor os usuários a um grande número de informações falsas e inconsistentes (ALBA-RUIZ et al., 2013; DIVIANI et al., 2015; LIEBL et al., 2015). Os mecanismos de busca devem ser utilizados com cautela, devido às dificuldades em atingir informações seguras mediante uma vasta quantidade de dados presentes na internet, devendo ser priorizado a consulta presencial com o profissional de saúde, por se tratar de uma fonte confiável de informação.

Outro fator que tornou a internet o meio mais utilizado foi a demora na marcação de consulta. O intervalo entre a data da marcação para a consulta propriamente dita, o espaço de tempo pode ser longo, e quando se trata de problemas pontuais as gestantes tendem a optar pelos sites de busca, como mencionado na fala da gestante, a seguir.

²⁸ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018

Na internet, até com as gestantes mesmo na fila, entendeu? Na internet é o que a gente mais procura, se a gente sente alguma dorzinha e sabe que vai demorar a consulta. Porque a gente vem marcar e não tem marcação, como atrasa, a gente procura em outro lugar (Violeta). (informação verbal) ²⁹

O problema apontado pela gestante foi também constatado pelas pesquisadoras. Uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento da pesquisa foi encontrar as gestantes nas unidades, já que em diversos episódios que nos deslocamos para a realização da pesquisa, não estava ocorrendo atendimento, a instituição alegava férias, afastamento e/ou treinamento das enfermeiras que realizam o pré-natal. Assim como foi possível observar as dificuldades de marcação de consulta, por vezes, as mulheres se deslocavam até as unidades e não haviam vagas ou a marcação não estava ocorrendo.

A Pesquisa Nacional em Saúde, que descreveu o uso de serviços de saúde na população brasileira segundo fatores sociodemográficos, aponta que acesso aos serviços de saúde na primeira procura foi praticamente universal. No entanto o estudo aponta importantes diferenças regionais, onde as pessoas residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram maior acesso aos serviços quando comparadas aos residentes de outras regiões. No Nordeste, das pessoas que procuraram atendimento de saúde, 93,7% conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram (STOPA et al., 2017), o que destoa da realidade vivenciada pelas pesquisadoras. Apesar do número de gestantes participantes do nosso estudo ser estatisticamente pequeno, não podendo assim, representar a assistência de saúde global das unidades selecionadas, o problema apresentado deve ser alvo de novos estudos afim de certificação das problemáticas de acesso ao sistema.

Outro instrumento utilizado para busca de informações foi a **caderneta da gestante (Rede Cegonha)**. A caderneta é um importante instrumento de registro para o acompanhamento pré-natal, uma vez que contém as informações primordiais sobre a gestação, tanto para a usuária como para o profissional que realizará o atendimento e atua facilitando os fluxos de informação no atendimento à mulher. O preenchimento correto da caderneta é essencial para que informações valiosas não se percam por falhas de comunicação no processo de cuidar (JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

²⁹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018

Finalmente, as **atividades de natureza grupal**, foram mencionadas como uma estratégia eficaz do processo educativo e de favorecimento a adaptação da mulher a gestação. Estas constituem peças fundamentais para suprir os anseios e necessidades dos indivíduos que precisam de suporte. Nos grupos de gestantes, as trocas referem-se às questões da parentalidade e aspectos do ciclo gravídico-puerperal, comumente. Como referido na fala a seguir:

Acho muito bom, a gente troca dicas, dicas de coisas que a gente não sabia. Então é muito bom, pontos só positivos (Amor-perfeito).

Lá orienta bastante a gente, como a gente deve agir na hora [do trabalho de parto], 'pra' gente não ficar nervosa, com medo, como alimentar o bebê, a importância do leite materno desde o início da gravidez [...] Era ótimo! (Hortência).

As palestras são ótimas, a gente teve com a dentista, com a fonoaudióloga, com a enfermeira, teve com todo mundo, 'pra' mim foi ótimo, foi falado sobre amamentação, de amamentar o bebê pelos 6 meses, pra mim foi ótimo, esclareceu muitas coisas (Amarilis).

Porque a gente aprende muita coisa. E não fica só aqui, a gente vai praticar em casa, na parte da amamentação, da alimentação, na parte de higiene bucal, higiene total mesmo, o que a gente vai fazer. A gente aplica em casa e vê praticamente só quando a criança nasce [sorri] (Flor de Lótus). (Informação verbal) ³⁰

Algumas gestantes referiram participar de grupos de gestantes virtuais, no entanto, através do discurso podemos observar os mesmos efeitos positivos referente a troca de experiências e conhecimentos dos grupos presenciais.

'Pra' mim é bom, porque tira muitas dúvidas. Qualquer coisa que a gente sente, a gente vai lá, e elas tem o que dizer. Quando elas estão com dúvida ou não sabem, elas mandam a gente procurar o médico. Agora, por exemplo, parece que Vitória toda hora quer sair. Aí elas dizem que é normal: Orquídea, é normal, te acalma que é normal. Por exemplo, se ocorrer sangramento, essas coisas, é 'pra' me procurar de verdade, mas até agora nada não (Orquídea- grupo internet). (informação verbal) ³¹

As atividades de educação em saúde nos fornecem ferramentas para que seja possível uma maior aproximação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, contribuindo para a formação dos grupos. O objetivo desses grupos é promover o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. Neste

³⁰ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018

³¹ Informação obtida por meio de entrevista com público alvo da pesquisa em São Luís, 2018.

contexto, a realização da educação em saúde por meio de grupos de gestantes se configura como um espaço para promover a aprendizagem sobre essa nova condição que a maternidade proporciona e para informa-las dos riscos que podem acometer (REVELES, TAKAHASHI, 2007; SILVA, 2014).

O processo grupal favorece, então, a tomada de consciência de que as experiências e as vivências compartilhadas entre os integrantes, ainda que subjetivas e individuais, podem ser comuns a muitos. Isso os identifica e os vincula, mobilizando-os para a realização de tarefas que os congrega para reunirem-se em grupo, fazendo do espaço grupal um lugar privilegiado de escuta e reflexão (FORTUNA et al., 2013).

8 CONCLUINDO

Mediante os resultados expostos podemos concluir que o processo de adaptação da gestante perpassa uma gama de mudanças de caráter fisiológico, psicológico e social. O modelo teórico da Sister Callista Roy nos permitiu uma melhor compreensão das problemáticas envolvendo o ambiente, o convívio social e as modificações fisiológicas próprias da gestação, assim como o processo de adaptação da gestante a essas alterações.

Em nosso estudo, quanto as medidas que influenciaram à adaptação das gestantes, três cenários ficaram evidentes: a) consulta de enfermagem efetiva na promoção de adaptação; b) consulta de enfermagem inefetiva na promoção da adaptação; c) grupo de gestantes como mecanismo eficiente de promoção da adaptação.

Nesse panorama é necessário investimento efetivo na mão de obra da enfermagem, através de qualificação profissional, que deve ser incentivada pelos gestores. Além disso, medidas de *feedback* são essenciais para alcance de metas previamente estipuladas. Desta forma, o objetivo a ser almejado passa a ser de corresponsabilidade de todos envolvidos no processo de pré-natal, inclusive das gestantes. Estas devem ser incentivadas na atuação de forma ativa e como coautores na promoção de sua saúde e da criança. Através das atividades de natureza grupal é possível incentivar a troca de conhecimentos, não somente entre profissional e gestante, mas também entre as próprias gestantes.

Durante este estudo, no entanto, ficou evidente que a maioria das gestantes não fizeram parte de nenhuma atividade grupal. Das três unidades visitadas, somente uma disponibilizava grupo de gestante coordenada pelos profissionais do Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, que realizavam suas atividades nos dias de consulta pré-natal. Das 17 gestantes que participaram deste estudo, 11 não participaram de nenhuma atividade em grupo.

O Modelo de Adaptação de Roy torna-se pertinente na prática do cuidado pré-natal de enfermagem. A enfermeira deve identificar os estímulos, assim como, os padrões de comportamento das gestantes para diagnosticar respostas ineficientes que necessitam de atenção.

Algumas falhas de processo foram apontadas em nosso estudo, que vão além da questão assistencial. O cuidado de enfermagem efetivo necessita de suporte administrativo e de gestão para atender as reais carências dessa população, como também, atualizações e capacitações constantes dos profissionais que atendem essa clientela. Sendo requerido aprimoramento das habilidades de comunicação, didática, sensibilidade e obstinação dos enfermeiros que atuam na atenção pré-natal.

Por fim, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência). Em nosso estudo, podemos observar dificuldades adaptativas, de algumas gestantes nos modos apresentados. Esse resultado é esperado, decorrente das bruscas modificações que assolam as mulheres neste período. O desenvolvimento de atividades educativas, principalmente em grupo, pode ser uma medida eficaz para redução de estímulos negativos e viabilizar uma gestação sem alterações importantes para a saúde mãe-bebê.

Consideramos que este estudo constitui um contributo importante para ampliar o debate sobre as modificações da gravidez e o processo de adaptação da gestante em nível biopsicossocial. Ao mesmo tempo, elucida a importância da consulta de enfermagem de saúde materna e do acompanhamento individualizado do enfermeiro à grávida e a sua importância na transição para o papel de mãe.

REFERÊNCIAS

ABOIM, S.; WALL, K.; CUNHA, V. **A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades**. Lisboa: COMISSÃO PARA A IGUALDADE NO TRABALHO E NO EMPREGO, 2010.

AKTAS, S.; YESILCICEK, C. K. Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v.17, n.9, p.e16640. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601205/>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

ALBA-RUIZ, R. et al. Adapting the content of cancer web sites to the information needs of patients: reliability and readability. **Telemed J e-Health**, Nova York, v. 19, n. 12, p. 956–66, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3850662>>. Acesso em: 1 jan. 2018.

AMUNDSEN, S. et al. Pharmacological treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding. **Nat Rev Neurol**, v.11, n.4, p.209-19, abr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25776823>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

ARAGÃO, R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In MELGAÇO R. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em Psicologia**, Curitiba: Ed. Universidade Federal do Paraná, v. 9, n. 1, p. 155-163, jan./jun. 2005.

BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC**, v.7, n.1, p.39-48. 2006.

BARDIN L. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador: Princípios de Ensino-Aprendizagem para a Prática de Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2010.

BASTON, H.; HALL, J. **O parto: Série enfermagem obstétrica essencial**. Rio de Janeiro: Elsevier, v.3, 2010.

BASTOS, R. A. A. **Processo adaptativo de idosos em tratamento hemodialítico: uma análise à luz do modelo de Roy**. 2013. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2013.

BENNETT, H.A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstet Gynecol**. v.103, n.4, p.698-709. 2004.

BERGUM, V. **Woman to mother: a transformation**, Massachusetts, Granby, MA: Bergin & Garvey. 1989.

BINDT, C. et al. No association between antenatal common mental disorders in low-obstetric risk women and adverse birth outcomes in their offspring: results from the CDS Study in Ghana and Côte D'Ivoire. **PLoS One**, v.8, n.11, p.e80711, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3832471>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

BRANDÃO, L. C. M. et al. Sintomas urinários em primigestas atendidas no centro de saúde escola de uma universidade estadual. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.24, n.3, p.31-34, jul-set. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/624/707>>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. p.230.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p.318.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BULHOSA, M.S.; SANTOS, M.G.; LUNARDI, V.L. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. **Cogitare Enferm**, v.10, n.1, p.42-7, jan/abr. 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4668/3619>>. Acessado 19 fev. 2017.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, mai. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2016.

CAMARNEIRO, A. P. **Gravidez de Risco e Desenvolvimento do Bebê**. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde. 2007.

CAMPOS, B. et al. Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant latinas. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol**. v.14, n.2, p.155–62. 2008.

CAMPOS, R. C. Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. **Análise psicológica**, v. 18, n. 1, p. 15-35, 2012.

CANAVARRO, M. C. Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento, In: CANAVARRO, M. C. (Coord.), **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**, 2ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora, p. 17-49. 2006.

CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (Org). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

CARVALHO, E.M.P. O acesso aos exames básicos no atendimento pré-natal: Revisão Integrativa. **CIAIQ**, v. 2, 2017. Disponível em:

<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1199/1160>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

CARVALHO, M.E.C.C. et al. Lombalgia na gestação. **Rev Bras Anesthesiol**, v.67, n.3, p.266-270. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n3/pt_0034-7094-rba-67-030266.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

CARVALHO, M.L. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **R. Interd**. v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733/pdf_231>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CHOU, F. et al. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimestres, **Kaohsiung J Med Sci**, v.24, n.6, p.306-14, jun. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635416>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

COELHO, E.A.C., et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico das mulheres na área de cobertura de saúde da família. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.3, p.415-22. 2012.

CORRÊA, D. P.; AQUINO, G.B. Inserção da mulher de classe média no mercado de trabalho e sua conciliação com a maternidade sob a ótica de professoras do ensino superior. **Revista Científica Da Faminas**, v. 11, n. 1, jan.-abr. 2015. Disponível em: <www.faminas.edu.br/download/baixar/487>. Acesso em: 19 fev. 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, São Paulo, 2009.

DALY, M. **The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood**. Australian Journal of Psychology. 2003. Disponível em: <http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2003/AJP/02Aug03/11892707.pdf?T=P&P=AN&K=11892707&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLE4zOX0OLCmrlGep69Ssay4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgeyx%2BEu3q64A&D=a9h>. Acesso em: 24 jan. 2017.

DARVILL, R.; SKIRTON, H.; FARRAND, P. Psychological Factors that Impact on Women's Experiences of First-Time Motherhood: a Qualitative Study of the Transition. **Midwifery**, v.26, n.3, p.357-366. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783860>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, dez. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2017.

DIAS, Ana Carlota et al. Suplementação com ferro na gravidez: haverá benefícios clínicos? **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 158-160, abr. 2016.

Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732016000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2018.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). **Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco**, Lisboa: DGS; 2015. Disponível em:

<<https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>>. Acesso em: 02 out. 2017.

DIVIANI, N. et al. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. **J Med Internet Res**, Pensilvânia, v. 17, n. 5, p. e112, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25953147>>.

Acesso em: 24 jan. 2018.

DUNKEL SCHETTER C, TANNER L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. **Current opinion in psychiatry**, v.25, n.2, p.141-148. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447112/?tool=pubmed>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

DUNKEL SCHETTER C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. **Annu Rev Psychol**, v.62, p.531-58. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21126184/>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

EDWARDS MJ. Review: hyperthermia and fever during pregnancy. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, v.76, n.7, p.507-16. 2006. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdra.20277/full>>. Acesso em: 10 jan 18.

EMRICH, M.L. **Drenagem linfática manual em gestantes: Uma revisão da literatura**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Departamento de Estudos Avançados e Formação Integrada. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2013.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch Womens Ment Health**, v.10, n.1, p.25-32. 2007.

FELLENZER, J.L.; CIBULA, D.A. Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. **Matern Child Health J**, v.18, n.10, p.2426-36, dez, 2014. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-014-1481-4>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FERNÁNDEZ, L. M.; CABACO, A. S. Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. **Revista de ciencias y orientación familiar**, n. 28, pg.9-24. 2004.

FERRARI, A.G.; PICCININI, C.A.; LOPES, R.C.S. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol Estud**, v.12, n.2, p305-13. 2007.

FERREIRA, C.H.J.; NAKANO, A.M.S. Lombalgia na gestação: etiologia, fatores de risco e prevenção. **Femina**, v.28, p.435-8. 2000.

FLICK U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publica**. Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017.

FORTUNA, C.M. et al. Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: repensando os grupos educativos. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.21, n.4. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

FRASER, D.M.; COOPER, M.A. **Assistência Obstétrica**: um guia prático para a enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FRAZÃO, C.M.F.Q. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise**: semelhanças entre o Modelo de Adaptação e a NANDA Internacional. 2012. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte. 2012.

GARCIA, A. **Relacionamento interpessoal: uma perspectiva interdisciplinar**. GARCIA, (Org.). – Vitória: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal – ABPRI. 2010. 225 p.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GONÇALVES, F.B.L. **Estresse em Gestantes Primíparas e Multíparas e sua correlação com o cronótipo**. 2011. 71f. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde). Campinas. São Paulo. 2011.

GUERREIRO, E.M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Reme**; v.16; n.3, p.315-323, jul.-set. 2012. Disponível em: < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

HEBERT J. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. **Nurs Times**, v.105, n.7, pg.38-4. 2009. Disponível em: <<https://www.nursingtimes.net/download?ac=1250955>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

HUI CHOI, W.H. et al 2012. The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation. **J Adv Nurs**, v.68, n.12, p.2633-45, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22360348>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

HUNG, C.; CHUNG, H.H. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. **J Adv Nurs**, v.36, n.5, p.676-84. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11737500>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

IBIAPINA, L.G. et al. Assistência de enfermagem às adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. **Enferm. Foco**, v.7, n.3/4, p.46-50. 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/915/345>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

IBIAPINA, L.G. et al. Assistência de enfermagem às adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. **Enfermagem em Foco**, v.7 n.3 p.46-50. 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/915/345>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

JANSSEN, M; FONSECA, S.C.; ALEXANDRE, G.C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000400140&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2017.

KITZINGER, S. **Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade**. Lisboa: Editorial Presença. 1996.

KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto Risco em Obstetrícia: Um Enfoque Multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KONIAK-GRIFFIN, D. Maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**. v.25, n.3, p.257-262, 1993. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15475069.1993.tb00791.x/full>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

KUSAKA, M. et al. Immediate stress reduction effects of yoga during pregnancy. Journal of the Australian College of midwives. **One group pre-post test**, v.29, p.e82-e88. Out. 2016. Disponível em: <[http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)30014-2/pdf](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)30014-2/pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LEAL, I. Nota de Abertura de Psicologia da Gravidez e da Maternidade In: **Análise Psicológica**, p. 365-366. 1990.

LEAL, I. **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**, Lisboa: Fim de Século. 2005.

LECH, M.B.; MARTINS, P. C. R. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 37-46, dez. 2003. Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017.

LEDERMAN, R.P.; WEISS, K. **Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development**. 3rd ed. New York: Springer; 2009.

LIEBL, P. et al. What Cancer Patients Find in the Internet: The Visibility of Evidence-Based Patient Information - Analysis of Information on German Websites. **Oncol Res Treat, Freiburg**, v. 38, n. 5, p. 212–218, 14 abr. 2015. Disponível em: <<http://www.karger.com/?doi=10.1159/000381739>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

LILLIECREUTZ, C. et al. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.16, n.5. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714539/?tool=pubmed>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

LIU, Y.; LEE, C. S.; YU, C.; CHEN, C. **Women Health**; v.56, n.3, pg. 296-311, 2016. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2015.1088116?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

TULMAN, L; FAWCETT, J. **Women's Health During and After Pregnancy: A Theory-Based Study of Adaptation to Change**. Springer Publishing Company, 2003.

LOWDERMILK, A. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2002.

LOZANO, R. et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. **Lancet**, London, v.378, n. 9797, p. 1139-65, 2011.

LUCAS S. Medication use in the treatment of migraine during pregnancy and lactation. **Curr Pain Headache Rep**, v.13, n.5, p.392-8. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728967>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

LIVER HENSE, A. Liverbirth following stillbirth. In: Field, P.A., MARRCK, P.N, (Edit)**Uncertain motherhood: negotiating the risks of the childbearing years**, London, 1994.

MACHADO, H.; GRANJA, R. Paternidades fragmentadas. Gênero, emoções e (des) conexões biogenéticas e prisionais. **Análise Social**, v. 48, n. 3, p. 550–571, 2013.

MAIA, V.K.V. et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, 2017. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-31889?lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALUMBRES, P.C.; BARRETO, I.C.H.C. Grupo de gestantes: o relato de uma experiência. **Enfermagem Revista**. v. 19, n. 1, p. 47-63, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/viewFile/11635/10312>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MARANHÃO, T.A.; GOMES, K.R.O.; SILVA, J.M.N. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.5, p.998-1008. 2014.

MARANHÃO. **Diagnostico Itaqui Bacanga**. Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão e Empresa Maranhense de Administração Portuária. Conhecer para transformar. 2014.

MARCK, P.B. Unexpected pregnancy: the uncharted land of women's experience. In: FIELD, P.A., MARCK, P.B, (Ed): **Uncertain motherhood: negotiating the risks of the childbearing years**, London, 1994, Sage Publications.

MARQUES, A.R.; FALCAO, A.M. Headache in pregnancy: when the family doctor makes a difference. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 33, n. 3, p. 230-236, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732017000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2018.

MASTERS, K. **Nursing Theories: A Framework for Professional Practice**. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. 2012.

MATURANA, H.C., PROGIANTI, J.M. A ordem social inscrita nos corpos: gravidez na adolescência na ótica do cuidar de enfermagem. **R Enferm UERJ**. v.15, n.2, p. 205-9. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a08.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

MAXSON, P, MIRANDA, M.L. Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. **J Womens Health**, v.20, n.8, p.1215-23, ago. 2011. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2010.2379>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MEAD GH. **Espíritu, persona, y sociedad: desde el punto de vista del conductivismo social**. 4ª ed. Madrid (SPA): Paidós, 2010, 393p.

MENDES, I. M. **Ligação Materno-Fetal**. Coimbra: Quarteto Editora. 2002.

MERCIER, R.J. et al. Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. **BJOG**, v.120, n.9, p.1116-22, ago, 2013.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708972/?tool=pubmed>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. 157f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

MILDNER, N.M.; SCOTTI, G.B.; BLANCO, L.F.O. Perfil epidemiológico das alterações dermatológicas observadas em mulheres em período de puerpério imediato atendidas no Hospital São José, em Criciúma, Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.59, n.1, p. 20-23, jan.-mar. 2015. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/59-01/04_1403_Revista%20AMRIGS.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12 ed. Petropolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MIRANDA, G.C.V.; DIAS, F.M.V.; BRENES, A.C. Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério. In: PÉRET, Frederico José Amédeé et al. **Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOHAMMAD, K.I.; GAMBLE, J.; CREEDY, D.K. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. **Midwifery**, v.27, n.6, p.e238-45, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130548>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

MONTEIRO, M.J.S.M. **Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento**. 2012. 208f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior De Enfermagem do Porto, Porto.

MONTENEGRO, C.A. B.; FILHO, J. R. **Rezende Obstetrícia**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

MORAIS, A.O.S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p.e00032016. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000605012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017.

MOREIRA, T.M.M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, jun. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2015.

MOTA, I.I.A.; MOREIRA, M.A. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia. **Health Sci Inst.** v.31, n.1, p.43-7. 2013. Disponível em:

<https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p43a47.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

MOTA, M.R.R.P. **Representações sociais da gravidez:** a experiência da maternidade em instituição. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, 2011. Disponível em :<<http://hdl.handle.net/10400.5/3276>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

MOURA, L.N. et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.3, p.320-6. 2011.

MULLIN, A. Pregnant bodies, pregnant minds. **Feminist Theory**, v.3, n.1, p.27-44, 2002.

NASCIMENTO, K. C.; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo; v.42, n.4, p. 643-8. 2008. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

NASCIMENTO, M. G., XAVIER, P. F., SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saude**, vol.8, n.4, pg.41-47. 2011.

NASCIMENTO, N.M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto:** adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender. Rio de Janeiro. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2011.

NAUMANN, C.R. et al. Nausea, vomiting, and heartburn in pregnancy: a prospective look at risk, treatment, and outcome. **J Matern Fetal Neonatal Med**; v.25, n.8, pg.1488-93. 2012.

NEME, B. (Coord.). **Obstetrícia básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NETTO, H.C. Obstetrícia básica. In: VASCONCELOS, M.J.A. (Ed). **Pré-eclâmpsia: doença hipertensiva vascular crônica**. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 247-57, 365-70.

OAKLEY, A.; BHIMJI, S.; HUGHES, J. **Stretch Marks**. Last Update: May 28, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436005/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

OLIVEIRA, C.; ARAÚJO-PEDROSA, A.; CANAVARRO, M. C. Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a

parentalidade. In: Pinto, A.M.; Silva, A.L. (Eds.), **Stress e bem-estar**. Lisboa: Climepsi. p. 59-83. 2005.

OLIVEIRA, G.K.S. et al. Intervenções De Enfermagem Nas Adaptações Fisiológicas Da Gestação. **Veredas FAVIP**, v. 3, n. 1, jan-jun. 2010. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/29455/mod_resource/content/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20da%20enfermagem%20nas%20adapta%C3%A7%C3%B5es%20fisiol%C3%B3gicas%20da%20gesta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em : 19 fev.2017.

OLIVEIRA, M.F. **Enfermagem em Laboratório de Hemodinâmica: prática clínica de diagnosticar e intervir fundamentada em Callista Roy**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos Em Saúde e Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

ORSO, L. F. et al. Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. **Revista de enfermagem UFPE**, vol.10, n.6, p.4870-4879. 2016.

PALMA I. Las nuevas generaciones de mujeres, el embarazo no previsto, las edades y la segmentación social en la sociedad chilena. **Rev Med Chile**, v.140, p.319-25. 2012.

PANICKER, V.V.; RIYAZ, N.; BALACHANDRAN, PK. A clinical study of cutaneous changes in pregnancy. **Journal of epidemiology and Global Health**, v.7, n.1, p.63-70, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210600616300041>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

PARCERO, S.M.J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. baiana enferm.** (2017); 31(2):e17332. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/17332/14621>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

PENA-ROSAS, J.P., et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v.22, n.7, p.CD004736, jul. 2015.

PENNA, L. H.G. et al. Assistência às adolescentes abrigadas em maternidade sob a ótica de profissionais de saúde. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 121-127, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 fev. 2017.

PEREIRA, A.R.A.S. **Vivência da Gravidez e Importância Atribuída pelas Mães à Consulta de Enfermagem: Um Estudo de Caso numa Unidade de Saúde Familiar**. 2013. 186f. Dissertação. (Mestrado de Educação para a Saúde) - Universidade do Porto, Porto, 2013.

PEREIRA, C.R.R.; PICCININI, C.A. O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. **Estud. Psicol**, Campinas, v.24, n. 3, p.385-395, set. 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. psiquiatr. clín**, São Paulo , v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008 .

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017.

PICARD, D. et al. Incidence and risk factors for striae gravidarum. **J Am Acad Dermatol**, v.73, n.4, p.699-700, out. 2015. Disponível em:

<[http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(15\)01816-2/fulltext](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)01816-2/fulltext)>. Acesso em: 07 out. 2017.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud**, Maringá, v.13, n.1, p. 63-72, mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2017.

PINHEIRO, K.A.T. et al. Chronocity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: A population-based cohort study in southern Brazil. **Infant Behavior and Development**, v.34, n.2, p.371-3, dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638310001347?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Referenciais teóricos em pesquisa. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 3 ed, Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

POLO-KANTOLA, P. ET AL. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.96, n.2, p.198-206, fev. 2017.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. Temperature regulation. In: POWERS, S.K., HOWLEY E.T. **Exercise Physiology: Theory and Application to Fitness and Performance**. 7 ed. Boston. 2009.

SOULTANAKIS, H.N. Aquatic Exercise and Thermoregulation in Pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.59, n.3, p. 576–590, set. 2016. Disponível em:

<http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2016/09000/Aquatic_Exercise_and_Thermoregulation_in_Pregnancy.17.aspx>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RAPHAEL-LEFF, J. **Psychological processo f childbearing**, Edinburgh, Chapman Hall, 1991.

REN, J. et al. Depression, Social Support, and Coping Styles among Pregnant Women after the Lushan Earthquake in Ya'an, China. **Pawluski J**, v.10, n.8, p.e0135809. 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535859/?tool=pubmed>>. Acesso em: 21 out 2017.

RETTORI, E.L.A.; et al. Anti-inflammatory effect of the endocannabinoid anandamide in experimental periodontitis and stress in the rat. **Neuroimmunomodulation**, v.9, n.5, p.293- 303, jul. 2012.

REVELES, A.G.; TAKAHASHI, R.T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.245-250. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/09.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

RICCI, S.S. **Enfermagem Materno Neonatal e Saúde da Mulher**. Tradução Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ROCHA, L.M. **Drenagem linfática terapêutica**. Consultor editorial. 2017.

RODRIGUES, S. M. S.; ALMEIDA, S. S.; RAMOS, E. M. L. S. Suporte familiar e transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas. **Psicol. Argum**, v.29, n.64, p.91-100, jan./mar. 2011.

ROY, S.C; ANDREYS, H.A. **Teoria da Enfermagem**: O modelo de adaptação de Roy, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS**: manual técnico do pré-natal e puerpério. CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C.(Org) – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E.B.L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estud. Psicol**, Campinas, v.32, n. 4, p. 675-683, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2015000400675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, p.2575-2585. 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a28v16n5.pdf>>. Acesso em: 23 jan 2018.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & Realidade**. v.20, n.2, p.86. 2008. Disponível em: <<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/categoriautilanalisehistorica.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

SHERR, L. **The psychology of pregnancy and childbirth**, Oxford, Blackwell Science, 1995.

SILVA, J.L. et al. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.33, n.8, p.182-7. 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800003>. Acesso em: 12 jan 2018.

SILVA, E.B. **Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família**: Gestão Saudável. 2014. 45f. Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Maceió 2014.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p.48-56. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVEIRA, C.; FERREIRA, M. Auto-Conceito da Grávida: fatores associados. **Millenium**, v.40, p.53-67. 2011. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/8219/5834>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**, v.51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf>. Acesso em: 30 jan 2018.

SOARES, H.M. **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem**. 2008. 221f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. 2008.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 11 de out de 2017.

SOUSA, J.L. **Necessidades de saúde no cotidiano de pessoas submetidas ao transplante de células tronco hematopoiéticas**: perspectivas para ação do enfermeiro. 2014. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro. 2014.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 53, p. 25-30, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700004>. Acesso em: 30 nov 2017.

SOUZA, M.L.M. **Rodas de Conversas em Saúde**: Uma estratégia de metodologia participativa no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de um serviço de saúde. 2014. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis. 2014.

SOUZA, W.P.S. et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Bol. psicol**, São Paulo, v.66, n.144, p. 47-59, jan. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432016000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SCHNNYDER, J.K.H. **Importância da consulta de enfermagem no pré-natal da gestante de baixo risco**. 2014. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SPAGGIARI, C.W. **Os efeitos da drenagem linfática manual em gestantes no final da gravidez**. 2008. 75f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – UNICAMP, Campinas, 2008.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente** – teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993.

STEFANELLO J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães**. 2004. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade de São Paulo; 2005.

STREJA, E., et al. Congenital cerebral palsy and prenatal exposure to self-reported maternal infections, fever, or smoking. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 209, n.4, p.e1-332.e10. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512233/?tool=pubmed>>. Acesso em: 07 out. 2017.

TEIXEIRA, D. et al. **Alimentação e nutrição na gravidez**. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. 2014.

THIENGO, D.L. et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 20, n.4, p. 416-426, 2012.

THIENGO, D.L. et al. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.129-38. 2011. Disponível em : <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_129-138.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

TORRES, J. A. **Concepções de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético**. 2006. 98F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TOWNSLEY DM. Hematologic complications of pregnancy. **Semin Hematol**, v.50, n.3, p.222-31. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23953339>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis. Ed da UFSC, 1999. 162p.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M. A humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: QUINTELLA, R.A.; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole; 2007. p. 277-87.

VARMA, D. et al. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. **J Affect Disord**, v.102, n.1-3, p.227-35. 2007.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2559/pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VIEIRA, et al. Indicadores do pré-natal de gestantes atendida na tenção básica no estado do Maranhão In: COIMBRA, L.C.; CALDAS, A.J.M.; SOEIRO, V.M.S. (Org) - **Indicadores de Atenção Básica no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2017, p.226.

VILLARREAL, Y.C.A.; VILLARREAL, C. P.L.; RODRÍGUEZ, A.P P. Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional. **Rev Univ. salud**. V.15, n.2, p.150-164. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012471072013000200006&lng=es>. Acesso em: 19 out 2017.

VIOLA, R.C. Políticas de atenção à saúde da mulher e os 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de sistema único de saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

WILHELM, L.A. **Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidados e superação das dificuldades enfrentadas**. 2014, 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**: fact sheet. WHO. Fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women**: guideline, Geneva: WHO; 2012.

ZAGONEL, I.P.S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/784/880>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

ZAMPIERI, M. F. M. **A Enfermeira Obstétrica**: cuidando e educando no grupo de gestantes ou casais grávidos. Santa Catarina, 2000.

ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v.10, n. 3, p. 359-367, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2018.

APÊNDICE A- Entrevista

1. Durante a gravidez, a mulher, sofre diversas modificações no corpo, como essas modificações influenciaram no seu dia a dia? Você conseguiu se adaptar as essas modificações? Se sim, como?
2. Além das mudanças corporais, algumas mulheres relatam mudanças emocionais na gravidez. Você sentiu alguma mudança no seu estado emocional quando comparado ao período que você não estava grávida? Se sim, quais foram essas mudanças? O que você fez para amenizar esses sintomas?
3. Como a gestação mudou sua vida?
4. A sua gestação foi planejada? Quais foram as suas reações quando soube que estava grávida?
5. Você tem recebido apoio de alguém durante a gravidez? De quem? E pra você, qual a importância desse apoio?
6. Quando você tem alguma dúvida em relação a gestação, como você busca informações?
7. Daqui a pouco você irá desempenhar um novo papel na sua vida, o papel de mãe, como você se sente em relação a isso?
8. Como você acha que a chegada dessa criança irá afetar a família?
9. Em relação a consulta de pré-natal realizada pela enfermagem. De que forma essas consultas estão influenciando no cuidado com você mesma e no cuidado do seu bebê?
10. Que ações do enfermeiro ajudaram você a se adaptar as modificações da gestação?
11. Você faz parte de algum grupo de gestantes? Se sim, o que você pode apontar como pontos positivos e negativos de participar desse tipo de grupo.

ANEXO A- Termo de Consentimento Esclarecido

Título da pesquisa: **RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**”, que tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual na Atenção Básica de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pela pesquisadora, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou em seguida fazer a validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “**RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador

Nome completo da entrevistada

Assinatura (ou digital) da entrevistada

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP

UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA

Pesquisador: Lena Maria Barros Fossêca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64544116.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.999.550

Apresentação do Projeto:

Uma assistência pré-natal de qualidade deve prever consultas regulares, com início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, a hipertensão arterial como causa mais frequente de morte materna no Brasil e uma grande parcela das gestantes inscritas no pré-natal não conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza mista e descritiva. Terá como referencial a teoria de Donabedian. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde (CS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Mistas (UM) as Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa será desenvolvida com gestantes que realizam pré-natal nas unidades selecionadas, profissionais médicos, enfermeiros e gestores vinculados às respectivas instituições, no município de São Luís. O tamanho amostral de 433 gestantes, 84 profissionais de saúde e população total de gestores. O processo de coleta de dados foi organizado em três etapas, fundamentada pela sistematização de Donabedian, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. As análises estatísticas serão realizadas nos

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1956 CEB Velho		
Bairro: Bloco C, Sala 7, Centro de Física	CEP: 65.050-040	
UF: MA	Município: SÃO LUÍS	
Telefone: (98)3272-8708	Fax: (98)3272-8708	E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Projeto: 1.999.593

programas SPSS versão 12.0, com intervalos de confiança de 95% e nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ($p < 0,05$). A análise da entrevista aberta será realizado através técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedecerá às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto a adequação para a assistência pré-natal; b) Compreender a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos às gestantes de risco habitual; c) Conhecer as limitações do trabalho dos enfermeiros, médicos e gestores, assim como a qualificação destes para a assistência; d) Analisar a adequação das consultas de pré-natal quanto ao início do pré-natal, número de consultas realizadas, intervalo entre as consultas e procedimentos mínimos segundo a PHPN; e) Identificar a qualidade dos registros do atendimento pré-natal; f) Caracterizar os participantes quanto ao perfil socioeconômico e demográfico; g) Compreender a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

A participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista

poderá ser suspensa.

Benefícios:

Este estudo trará para as gestantes melhor atendimento pré-natal e de qualidade, satisfazendo suas necessidades, reduzindo os índices de morbimortalidade perinatal, e aos profissionais acerca de incentivo para capacitação profissional e desenvolvimento de serviços favoráveis a todos os envolvidos na assistência pré-natal.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1956 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Correlé de Ética CEP: 65.060-040
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)3273-8708 Fax: (98)3273-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.899.552

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE2.docx	23/03/2017 00:32:20	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.docx	23/03/2017 00:31:32	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 00:31:08	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodoc.pdf	23/03/2017 00:27:52	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	23/03/2017 00:21:57	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	23/03/2017 00:21:04	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/12/2016 00:30:06	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/12/2016 00:20:20	Lena Maria Barros Fonseca	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bico C. Sala 7, Centro de Ética CEP: 65.060-040
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (98)3272-8700 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

Assinado por:

FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEBI Velho
Bairro: Rodo. C. Rota 7, Comb. da Ética CEP: 65.050-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: ceputma@ufma.br