

# **Percepção de gestantes sobre suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal conforme diretrizes do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>1</sup>**

Marcela Otoni Pereira<sup>2</sup>  
Marileny Boechat Frauches Brandão<sup>3</sup>  
Marina Mendes Soares<sup>4</sup>  
Suely Maria Rodrigues<sup>5</sup>  
Carlos Alberto Dias<sup>6</sup>

## **RESUMO**

Este tem por objetivo conhecer a percepção de gestantes sobre suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal conforme diretrizes do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal qualitativo, com dados coletados em entrevista domiciliar realizadas com gestantes usuárias da Estratégia de Saúde da Família e cadastradas no SISPRENATAL a partir de Julho de 2013, avaliados conforme “Análise de Conteúdo” (Bardin, 2011). As gestantes percebem positivamente o suporte familiar. Consideram que na maioria das ESF faltam atividades de apoio além de consultas e exames.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Família. Suporte familiar. Pré-natal. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

## **SESSÃO TEMÁTICA:**

Demografia

---

<sup>1</sup> Este artigo é um recorte da pesquisa “Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares”, apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Processo APQ 02524-14; Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).

<sup>2</sup> Mestre em Gestão Integrada do Território, Psicóloga Clínica.

<sup>3</sup> Doutora em Odontopediatria, professora do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

<sup>4</sup> Mestre em Gestão Integrada do Território, professora da Faculdade Mantense dos Vales Gerais.

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva, professora do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce.

<sup>6</sup> Doutor em Psicologia, professor do Curso de Turismo da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

## INTRODUÇÃO

Quando se fala em família, a tendência é ainda de pensá-la envolvendo pai, mãe e filhos, sendo este o modelo tradicional o mais valorizado. Conceitos comumente associados à definição de família como: consanguinidade, morando na mesma casa, relação heterossexual, relacionamento duradouro; por si só não conseguem abranger a definição atual (CANO et al., 2009).

Família é considerada um lugar de unidade que cuida dos seus membros, responsável pelo atendimento de necessidades básicas e formação dos referenciais de vida (SILVA, SILVA, 2009). Na atualidade, ela se baseia em torno da afetividade, interligando os sujeitos desprezando, dessa maneira, o liame da consanguinidade/parentalidade, sendo necessário apenas que a relação seja pautada pelo amor, amizade e companheirismo (COSTA, 2012).

Quadro 1: Caracterização dos tipos de configurações familiares

<b>Tipo</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Nuclear ou Simples</b>	Uma só união entre adultos e um só nível de descendência	Pai, mãe, filho(s)
<b>Alargada ou extensa</b>	Co-habitam descendentes e/ou colaterais por consangüinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s)	Avós morando com netos, tios, primos, cunhados
<b>Reconstruída, combinada ou recombinada</b>	Nova união conjugal, com existência ou não de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros	Homem separado casado com outra mulher separada que possui um filho da outra relação
<b>Homossexual</b>	União conjugal entre duas pessoas do mesmo sexo, independente do restante da estrutura	Dois homens casados ou duas mulheres morando juntas
<b>Monoparental</b>	Progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendentes, não tendo relação conjugal de co-habitação permanente	Viúva com filhos ou homem separado com filhos
<b>Dança a dois</b>	Duas pessoas com relações ou não de consangüinidade e inexistência de relação conjugal	Duas irmãs, dois primos, avó e neto
<b>De co-habitação</b>	Homem e/ou mulher que vivem na mesma habitação, com inexistência de laços familiares ou relação conjugal	Universitários, imigrantes
<b>Consangüínea</b>	Existe uma relação conjugal consangüínea, independente do restante da estrutura	Casal de primos
<b>Acordeão</b>	Um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes	Família com um migrante para o exterior ou de militares em missão
<b>Múltipla ou dois em um</b>	Um elemento integra duas ou mais famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos	Homem com duas esposas que moram em casas diferentes

Fonte: Caniço et al., 2011

A família é um grupo primário mantido pelo parentesco e pelas relações interpessoais entre os membros do grupo familiar, sustentados pela afeição, apoio, partilha de tarefas domésticas, cuidados com os filhos e cooperação mútua em diversas atividades (ZAMBERLAN, BIASOLI-ALVES, 1997). A melhor e mais abrangente definição foi criada por Petzold (1996, p.39),

chamada de definição ecopsicológica. Segundo esse autor família “é um grupo social especial, caracterizado por relações íntimas e intergeracionais entre seus membros”. A partir desta definição pode-se trabalhar com os inúmeros tipos que começam aparecer na sociedade.

A partir da metade do século XX, algumas importantes transformações começam a aparecer no cenário familiar. Muitos tipos não são relativamente novos, mas a partir deste período começam a se multiplicar. A família moderna se diferencia das de outrora, em que se privilegiava a eternidade dos vínculos matrimoniais e a marca da ancestralidade. Hoje se prestigia o afeto acima de tudo, o que permite a complexidade dos laços familiares (COSTA, 2012).

Para mostrar algumas configurações de família, presentes na atualidade, utilizou-se o estudo de Caniço et al. (2011), classificadas de acordo com a estrutura e dinâmica global. Este trabalho classifica as famílias em diversas configurações, contudo para melhor compreensão foi selecionado apenas alguns tipos que se encaixariam melhor no presente estudo.

### **Importância do apoio familiar no período gestacional**

A gravidez é um processo fisiológico normal na vida da mulher, para tal acontecimento o organismo é lentamente modificado no decorrer do seu desenvolvimento. Por isso é necessário que o profissional de saúde entenda e valorize essas modificações, de modo que, ao longo do atendimento, a gestante se sinta confiante e preparada durante e após o período gestacional. Essas modificações são essenciais para a manutenção da gravidez, o desenvolvimento do feto, o parto e a lactação subsequente (BRASIL, 2001).

Durante o período gestacional são observadas várias alterações no corpo da mulher, as quais alteram a parte física, mecânica, hormonal e psíquica. Dentre as alterações fisiológicas incluem as modificações sistêmicas como alteração das mamas, do abdome, das glândulas endócrinas, do sistema cardiovascular, do sistema respiratório, do peso corporal, do trato gastrointestinal, do metabolismo de carboidratos, do sistema musculoesquelético e da pele (RESENDE, MONTENEGRO, 2013).

Estas mudanças físicas geram reflexos em aspectos psíquicos na vida da mulher e requerem necessidades de afeto, carinho, cuidado e proteção. Nos dois últimos trimestres as alterações psicológicas se acentuam, uma vez que no primeiro trimestre evidenciam-se transformações fisiológicas, como enjoos, mudanças no apetite, entre outros. O segundo trimestre da gestação é considerado o mais estável emocionalmente. Isto muito se deve aos movimentos fetais. No entanto, as alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar quanto mais se aproxima do parto e da rotina da vida após a chegada do bebê (SOIFER, 1980).

A experiência de gerar um filho é um momento especial na vida da mulher com repercussões para todo o seu meio familiar. Desta forma, a gestação, é um período de muitas transformações no corpo e na psique da mulher, além das expectativas e projetos elaborados pela família. Este processo de significação está ligado diretamente ao envolvimento psico-afetivo da unidade familiar (SILVA, SILVA, 2009).

A interação de diversos fatores irá contribuir para uma gravidez, parto e puerpério tranquilos, sem necessidade de maiores intervenções médicas e adequado recebimento e cuidado do bebê, são eles: história pessoal da gestante, contexto existencial desta gravidez, características da evolução da gestação, contexto socioeconômico e o contexto assistencial (MALDONADO, 1985).

O contexto da gestação e do parto é determinante para o desenvolvimento do novo indivíduo, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança a partir das primeiras horas após o nascimento. Tal contexto interfere no processo de amamentação, nos cuidados com a criança e na vida da mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, sendo estas condições básicas para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2005).

A forma como a mulher e sua gravidez são recebidas pela estrutura familiar no qual está inserida, acarretará diversas respostas e sintomas neste período de transformações e fragilidade. O apoio e orientação por parte desta composição familiar será um diferencial para o relacionamento mãe-filho. O nascimento de uma criança é um acontecimento que gera alterações em toda estrutura familiar. Portanto, devem-se verificar todas as interações da unidade familiar, pois cada membro desta unidade sofre transformações significativas sob o impacto da gestação (MALDONADO, 1985).

As atitudes do marido em relação à gestante contribuem muito para sua aceitação ou rejeição da gravidez e para a maneira como irá vivenciar todas as modificações deste processo. Com a chegada do bebê, a mãe precisará de um ambiente tranquilo e acolhedor para conseguir redirecionar todas as modificações na rotina de sua vida e da casa, além disso, este tipo de ambiente favorece a amamentação. O fator crucial para que a mãe consiga produzir leite de forma satisfatória, é a qualidade e o grau de ajuda que esta recebe após a alta hospitalar (MALDONADO, NAHOUM, DICKSTEIN, 1990).

Marin et al. (2009) tem apontado para a importância de pessoas de apoio durante a gestação, puerpério e parto, como forma de ajudar a mulher a lidar com os sentimentos provocados pelas intensas variações vividas neste período. Mães solteiras sem apoio de um familiar colocaram suas preocupações mais sobre elas do que sobre o bebê. Isto ocorre pelo fato da falta desta figura de apoio, não permitir que a mulher possa dividir seus sentimentos em relação à gestação com outra pessoa, não a permitindo centrar sua atenção sobre o bebê. Esta figura de suporte pode ser qualquer pessoa familiar a gestante, mas este apoio para ser sentindo como ajuda deve ser efetivo.

Uma família com suporte eficiente permite que a mulher se adéque ao momento de mudança gerada pela maternidade e se sinta mais confiante e confortável, esta conseqüentemente necessitará de menos intervenções médicas, completará os requisitos exigidos a um efetivo pré-natal e terá um processo mais tranquilo e saudável. As famílias que dão apoio aos seus integrantes são flexíveis às modificações no seu funcionamento, propiciam condições ao indivíduo num processo de crise ou doença em manter a aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação efetiva (GABARDO, JUNGES, SELLI, 2009).

Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo conhecer a percepção de gestantes sobre suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal conforme diretrizes do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal que utilizou uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis.

O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

Enquanto pesquisa descritiva, o estudo explicita as opiniões, atitudes e crenças dos atores envolvidos no PHPN, permitindo uma melhor compreensão do contexto comportamental da saúde e da influência que o programa exerce sobre a vida dos envolvidos. A partir destes elementos, pôde-se criar uma possibilidade de alternativas para o melhor alcance da política a que serve o programa (GIL, 2008).

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares-MG, localizado na região leste do Estado de Minas Gerais na mesorregião do Vale do Rio Doce. Possui uma população estimada de 278.363 habitantes, vivendo a maioria (95%) em perímetro urbano. Nesse município, estima-se uma população feminina de 146.141 habitantes (52,5%), superando, a população masculina de 132.222 habitantes (47,4%) (Fonte: IBGE – Censo 2015).

O Município estudado possui 41 equipes de ESF (37 ESF's e 4 PACS), sendo 39 atuantes na zona urbana (36 ESF's e 3 PACS) e 02, na zona rural (1 ESF e 1 PACS). O seguimento urbano do município é subdividido em 19 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 62 bairros.

O universo deste estudo foi constituído pelas gestantes usuárias dos serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família, cadastradas no SISPRENATAL, a partir de Julho de 2013, uma vez que a coleta se iniciou em Janeiro de 2014 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES, 2013).

A amostra foi constituída pelas gestantes cadastradas no SISPRENATAL que estivessem na 30ª semana de gestação e que fossem atendidas em cada ESF da zona urbana participante do estudo. Na constituição da amostra foram consideradas todas as 36 ESF's da zona urbana do município estudado, uma vez que todas se encontram aderidas ao PHPN.

Para definição do tamanho da amostra, a cidade foi dividida em quatro setores – Norte, Sul, Leste, Oeste. A partir, dessa divisão foi realizado um sorteio aleatório, definindo para cada setor uma ESF. Em cada ESF selecionada foram entrevistadas 06 gestantes.

As gestantes participantes desse estudo foram selecionadas, por um meio de sorteio aleatório, em cada unidade, após a identificação do número total de gestantes cadastradas. Quando as gestantes do mês não preenchiam as seis usuárias determinadas pela amostra total, realizava-se o mesmo procedimento no mês subsequente e assim por diante até completar a amostra total. Este procedimento foi realizado separadamente em cada ESF. A amostra total foi constituída de 24 participantes.

A amostragem dessa pesquisa foi baseada em variedade de tipos (CAMPOS, TURATO, 2009), em uma característica comum a todos os indivíduos selecionados – o critério da homogeneidade fundamental (gestantes inseridas na ESF) – e que possuam outras características diferentes, favorecendo, assim, a diversidade dos tipos.

Incluiu-se na amostra gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes (que não necessitem de acompanhamento nas idas à Unidade de Saúde), com função cognitiva preservada e que se encontravam a partir da trigésima semana de gravidez. Esse fato se justifica por neste período gestacional, a mulher acompanhada pela equipe multidisciplinar da ESF, já deve ter realizado todos os exames preestabelecidos pelo PHPN. Estas condições foram identificadas a partir dos prontuários arquivados na ESF, com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nesses locais (médico, enfermeiro).

Visando testar o método do trabalho, bem como verificar o modo de abordagem das questões inseridas na entrevista e tempo gasto, foi realizado um estudo piloto, com uma equipe de saúde da família da zona urbana do município. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce - (CEP UNIVALE) sob o parecer CEP/UNIVALE 441.089 – 14/10/2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores - detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização para realização da pesquisa nas Unidades de Saúde e agendadas as entrevistas. Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe de ESF para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a possível melhoria da implementação das Políticas Públicas. Foi reforçado que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento das atividades nas Unidades de Saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais e que todos os participantes necessitariam de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização das entrevistas. As datas, locais e horários das coletas de dados foram definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados.

Após a seleção da gestante, a ACS responsável pela supervisão da mesma, acompanhava a pesquisadora até o domicílio da usuária e realizava uma apresentação informal. Em seguida, indagava sobre a disponibilidade em participar da pesquisa. Se não houvesse disponibilidade naquele momento, agendava outro horário adequado.

Objetivando um adequado clima para realização das coletas procurou-se, na residência das gestantes, um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros. A entrevista era realizada sem a presença da ACS, guiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista contendo 29 questões agrupadas nos seguintes temas: a) Identificação da entrevistada; b) Assistência pré-natal; c) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); d) Família. Esta coleta adotou a abordagem quantitativa para caracterização da amostra, dados da assistência pré-natal e composição familiar (perguntas de 01 a 22), e qualitativa para avaliação sobre suporte familiar e caracterização da família (questões de 23 a 29). Os dados referentes à assistência pré-natal (consultas e exames) foram coletados a partir das anotações do cartão da gestante.

Utilizou-se um gravador de voz digital, com o consentimento das entrevistadas para registrar as perguntas de 23 a 29. Tal procedimento visou obter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à fala dos entrevistados e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Em todas as entrevistas foi mantido o caráter de informalidade objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado.

Os dados qualitativos do questionário aplicado em forma de entrevista (perguntas de 23 a 29) referentes às variáveis caracterização e suporte familiar, foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pela pesquisadora. Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Esta técnica de análise é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual se foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Essas são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

Visando preservar a identidade das entrevistadas, foram numerados, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação das equipes. Estes foram identificadas G-(Gestante), seguidas por ordem numérica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados qualitativos, deste estudo, surgiram a partir das informações obtidas na entrevista realizada junto às gestantes. Nessa perspectiva, buscou-se um olhar multifacetado sobre a totalidade das informações recolhidas. Foi considerada a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados.

Os temas abordados com as gestantes foram: significado de família, composição e relacionamento familiar, percepção do suporte familiar, interferência do suporte familiar, suporte pós-parto e atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF.

A partir da categorização dos temas e respectivas questões inseridas na entrevista surgiram diversas categorias. A categorização permitiu reunir um número de informações por meio de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Os temas e as categorias que neles se apresentaram são explicitadas abaixo.

### ***TEMA 1: Significado de família***

Este tema aborda a percepção do termo família e sua definição a partir de vivências da gestante. Entender este significado se torna importante, pois na atualidade existem inúmeras formas, configurações e determinações sobre família.

Para Martins e Szymanski (2004) não é fácil conceituar o termo família. Segundo Salomé, Espósito, Moraes (2006) este não é um conceito unívoco, existem várias formas de caracterizá-la. No estudo desenvolvido por Fukui (1981), fica explícito que família é um conjunto de relações interpessoais que estão interligadas e determinadas pelas ações temporais, territoriais, sociais e históricas.

O significado de família depende de inúmeras variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas ou religiosas em que está inserida e da forma como as relações pessoais se estabelecem dentro desta, assim é difícil encontrar um enunciado integrador (OSORIO, 2002).

### **Categoria 1: Tudo**

Nesta categoria a família foi definida como *Tudo*. Este conceito apresentou dois significados: Sentimentos – sensações afetivas positivas desencadeadas por meio da relação com um semelhante; e Tipo de configuração familiar - retrata a quantidade e lugar dos indivíduos dentro do grupo. Possivelmente a definição de família como *Tudo* para este grupo esteja relacionada à importância desta instituição para si e para a sociedade.

“... tudo, respeito, amor, carinho, educação ...” (G 03).

“É tudo né, alicerce, é meu filho e meu marido” (G 15).

“É meu mundo, meu marido, minhas filhas, minha família é minha base, meu projeto realizado” (G 01).

Na atualidade a família é percebida como a célula primordial constituidora do caráter e da formação psíquica do sujeito. Desta forma, é retratada como algo positivo e essencial. Abordar as configurações familiares existentes na atualidade representa um desafio, tendo em vista a complexidade do tema. Às vezes considera-se que a família está passando por um processo de extinção, mas, o que provavelmente está ocorrendo é uma mudança na sua configuração. Embora o conceito atual de família seja diferente do de épocas passadas, ainda continua sendo a família o núcleo com que as pessoas se identificam e aprendem sobre a vida.

O significado de família como tipo de configuração, também foi pesquisado por Delgado (2005). Relata que a experiência familiar se fundamenta na coexistência possibilitada pela convivência entre pessoas. Desta forma, cada relação existente forma um tipo familiar específico que depende das características individuais e compartilhadas, cada um ocupando seu lugar e funções dentro do grupo.

## **Categoria 2: Apoio/ Ajuda**

Essa categoria aborda os sentimentos de família relatados pelas gestantes. O apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais - a família-; os grupos informais – autoajuda- e os formais e institucionalizados – profissionais (CANESQUI, BARSAGLINI, 2012).

Para Dessen (2010), independente da estrutura familiar, o que caracteriza a família é sua relação de compromisso, suporte social e financeiro. Segundo Gabardo, Junges, Selli (2009) em qualquer tipo de arranjo familiar pode ocorrer um fenômeno comum denominado significado antropológico. Este significado está relacionado com a percepção de união, suporte, proteção, segurança e sustentação no seio da família.

O conteúdo das entrevistas demonstrou que para as gestantes esse sentimento está relacionado a um grupo de pessoas com quem se pode contar emocionalmente ou financeiramente. Bem como um espaço de proteção e auxílio para enfrentamento dos eventos de vida.

“Ah, família é bom que você tem um, cê tem um companheiro pro cê, né, alguém que te ajuda, te apóia, que tá ali do seu lado pra qualquer coisa, família pra mim é isso” (G 02).

“Família é benção de Deus, é as pessoas que a gente busca apoio” (G 22).

Provavelmente estas mulheres destacaram que a função da família é dar suporte ao indivíduo devido às diversas transformações físicas, emocionais e nas relações sociais que vivenciaram

durante o período gestacional e que podem torná-las frágeis ou fragmentar questões estruturais, bem como dificultar o apoio social (afetivo, material, moral, informativo) nas relações entre indivíduos e grupos. É na família que estas mulheres procuram apoio e se sentem possivelmente protegidas e acolhidas.

O apoio social pode ser considerado como teias de relações e trocas entre indivíduos não somente pelos vínculos e ligações afetivas entre eles, mas também, em alguns casos por obrigações impostas pela organização social e cultura. Para Canesqui, Barsaglini (2012), a frequência e a intensidade dos contatos sociais expressam o maior grau de integração social e o sentimento de pertencimento, beneficiando o bem estar social, a saúde e a proteção contra os comportamentos desviantes, ou seja, os que fogem às normas sociais aceitas.

A família representa o alicerce fundamental para a vida e o desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, principalmente nos momentos de crise, sendo essencial para a manutenção da saúde mental (HAYAKAWA et al., 2010). No estudo desenvolvido por Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005) com 70 puérperas atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da cidade de São Paulo, o apoio familiar foi relacionado como fator de proteção contra a depressão pós-parto, demonstrando a importância deste suporte em momentos de mudanças.

## ***TEMA 2: Composição e relacionamento familiar***

Este tema aborda os componentes que constituem a família e como se estabelecem suas relações e convivência. A família pode ser considerada como um sistema constituído por etapas e ciclos de vida assim como o indivíduo. Cada etapa de sua formação é um período específico que requer cuidados especiais. Há vínculos afetivos e psicológicos envolvidos numa relação familiar, e ao mesmo tempo espaços de privacidade, de autonomia e de individualidade que devem ser respeitados. Um desequilíbrio entre vínculos psicológicos e espaços de individualidade pode comprometer o relacionamento familiar saudável.

### **Categoria 1: Família nuclear**

Essa categoria se refere a uma forma de organização da família contemporânea (pai, mãe e filhos dos mesmos pais) decorrente das mudanças ocorridas nas últimas décadas. Para Wagner et al. (2005), a estrutura familiar é determinada por uma complexa integração de fatores econômicos, sociais e culturais, que nos remete, de um lado, a uma determinação histórico-estrutural, de outro lado, à forma específica de organização interna do grupo familiar. As transformações paradigmáticas, ocorridas principalmente a partir de meados do século XX, no que diz respeito à configuração e ao funcionamento familiar, provocaram alterações na estrutura e na dinâmica de suas relações, contribuindo para a concepção contemporânea de família. Essas modificações têm acarretado mudanças nos padrões de funcionamento entre seus membros, levando a um processo de assimilação e de construção de novos modos de relacionamento.

Algumas gestantes consideraram que Família Nuclear é aquela composta pelo companheiro e filho(s), incluindo o que irá nascer.

“Meu esposo, eu, minhas duas filhas e meu filho que vai nascer” (G 01).

“Eu falo essa agora né, que é eu e o meu marido, né, e agora o meu filho” (G 06).

Este dado demonstra que possivelmente as gestantes entendem e valorizam a estrutura familiar que possuem e estão inseridas. O que realmente importa é fazer parte da essência familiar, do seu interior, existindo esforços de todos para o alcance de um bem comum.

A composição familiar, normalmente, vem associada às pessoas que vivem no mesmo domicílio. Para a Demografia e a Sociologia, a família abrange somente o grupo residente na mesma unidade doméstica. No entanto, para a Antropologia, são consideradas todas as pessoas com quaisquer laços de parentesco independente do domicílio (MEDEIROS, OSORIO, VARELLA, 2002).

De acordo com Baptista et al. (2009) a família é essencial para o desenvolvimento global do indivíduo devido às influências que pode exercer sobre a formação de seu caráter, sendo mediadora entre o sujeito e a sociedade. Essa relação é construída de acordo com a qualidade do relacionamento interno existente entre os membros. Quando esse ambiente não é propício para o desenvolvimento do indivíduo há maior chance de ocorrer problemas psiquiátricos. Desta forma, o suporte e o bom relacionamento familiar funcionam como proteção para transtornos mentais, desvios de comportamentos e adaptação em momentos de crise.

Para as gestantes o grau de satisfação estabelecido nas relações e convivências constituídas dentro do contexto familiar é considerado bom.

“A relação com o meu filho é muito boa, é uma relação de companheirismo assim, muito amigo nós dois” (G 07).

“É bom, tem hora que dá um pega aí, mas é bom” (G 13).

Esse bom relacionamento presente no contexto familiar das gestantes pode estar relacionado à existência de valores, crenças e referenciais quanto à família assimilados nas etapas iniciais da vida (com os pais) e alguns adquiridos no decorrer do seu processo de transição de vida.

A família, desde os tempos mais remotos, se constitui em um grupo social que exerce marcada influência sobre a vida dos indivíduos. Em relação à convivência pode ser considerado um grupo de organização complexa, inserido em um contexto social amplo com o qual mantém constante interação. O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar (PRATA, SANTOS, 2007).

## **Categoria 2: Família extensa**

Nessa categoria a Família extensa é descrita como uma ampla rede de indivíduos além do marido e filho(s). São considerados participantes da estrutura familiar mãe, pai, sogros, irmãos, tias, sobrinhos, avó.

“Agora é minha filha e meu marido, e minhas tias” (G 22).

“A minha família é hoje, a minha filha né, o meu esposo Eduardo, minha mãe, meus tios, minha avó. Acho assim que a família no geral né completam não tem como você colocar família, só eu e ele e ela, é completo todo mundo, a mãe dele também, o pai dele que se tornou parte da família pra mim” (G 19).

Observa-se que as gestantes dessa pesquisa possuem com sua família extensa um vínculo afetivo. Provavelmente há uma formação de rede de apoio adequada e não de dependência. Segundo Valente (2012) família extensa refere-se a uma estrutura de parentesco, que mora no mesmo lugar e constituída por diferentes gerações. Neste tipo de família há uma rede de anseios iguais, que tem uma participação como comunidade fechada. Incluem pais, filhos, irmãos de pais com seus filhos, avós, tios avós, bisavós (gerações acima). Pode, eventualmente, incluir parente não consanguíneo, tais como meio-irmão e filhos adotivos.

Independente da configuração, o relacionamento no contexto familiar para maioria das gestantes é descrito como bom.

“Com a minha mãe, ela é, a minha relação com ela é muito boa, porque desde criança quem me criou foi ela, ela criou eu e o meu irmão, assim como ela criou os outros filhos dela também, e porque quando ela ficou grávida, o meu pai .... eles se separaram, ele foi embora” (G 19).

Para Fonseca (2005) a rede familiar se estende no espaço além da casa. Abarca uma ampla rede de relações que se ampliam no tempo por meio de diversas gerações. Essa rede pode incluir consanguíneos, parentes, padrinhos, compadres e amigos. Assim, define laço familiar como uma relação assinalada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuas. Em classes sociais menos favorecidas, essas redes de ajuda mútua, provavelmente são criadas para amparar os indivíduos que teriam dificuldades para sobreviver.

De acordo Amazonas et al. (2003) as famílias das classes populares possuem uma maneira particular de funcionamento, apesar de estarem inseridas em um mundo globalizado. Essas famílias necessitam desenvolver estratégias de sobrevivência e todos precisam participar da manutenção (provimento financeiro e cuidados entre os membros) do grupo. Para tanto, promovem uma lógica de solidariedade que caracteriza a existência do grupo familiar.

Quando as entrevistadas descrevem o relacionamento familiar como bom, provavelmente estão se referindo ao sentimento de solidariedade e ajuda mútua que permeia e mantém as relações grupais desta camada da sociedade.

A família é, por um lado, um fenômeno da natureza humana, e, por outro, considerada uma instituição arquitetada socialmente. Concebe-se a família como um sistema de relações que inclui pessoas ligadas por parentesco e/ou que se sentem pertencentes a um determinado contexto (GOMES, PEREIRA, 2005), e pode sofrer modificações em sua estrutura de acordo com o contexto histórico e cultural bem como a partir de um emaranhado de emoções e de ações pessoais, familiares e culturais (PELISOLI, TEODORO, DELL'AGLIO, 2007).

Tanto a família quanto o território incorporam dimensões que estão em transformação, ou seja, são considerados fluxos. Possuem dimensão simbólica, ou cultural e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política. A ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Isto aponta para novas propostas teórico-metodológicas, cuja base está na perspectiva da operacionalização do conceito de território usado de Santos e Silveira (2001) na

escala social do cotidiano. Com forte apelo antropológico, esta abordagem de território abre possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários.

### ***TEMA 3: Percepção do suporte familiar***

Este tema averiguou a presença do suporte familiar entre as gestantes, quem são os sujeitos que possibilitam esse apoio e qual modalidade é efetivado. Aquino, Baptista e Souza (2011) consideram que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção, a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é benéfico para o componente da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório. Essa percepção permite que o indivíduo sintam-se reconhecido, amado, acolhido e participante de uma rede em que há trocas de informações, os recursos são partilhados, favorecendo assim bem-estar psicológico.

Segundo Valla (1999) o apoio social constitui-se de qualquer informação (falada ou não) ou auxílio material fornecido por sujeitos com as quais se tem contato constante, gerando efeitos emocionais e comportamentais positivos. É um processo que suscita resultado para os dois lados (para quem recebe e para quem oferece), permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

#### **Categoria 1: Responsável pelo suporte**

Esta categoria engloba os sujeitos considerados responsáveis em proporcionar suporte às gestantes. Os sujeitos mais citados foram a mãe e o companheiro. Porém com menor frequência apareceu sogra, cunhada, irmãos, tia, pai, avó e primos. No entanto, algumas relataram não receberem nenhum tipo de apoio. Dessa forma, a partir das entrevistas, podem-se evidenciar esses sujeitos:

“Minha mãe, minha tia. É da minha mãe e da minha tia” (G 10).

“Meus esposo é quem mais me dá né” (G 13).

“Todo mundo, a família toda, mãe, pai, irmãos, todo mundo mesmo graças a Deus” (G 14).

Pode-se considerar que neste estudo a maioria das famílias provavelmente percebe a importância do período gestacional e oferecem suporte às gestantes. Observa-se que os vários indivíduos que compõem o grupo familiar buscam proporcionar ajuda e desta forma, possivelmente, constroem uma rede de apoio consistente a partir da dinâmica das relações sociais. Ou seja, a influência de distintas distribuições de responsabilidades e modelos de comportamentos.

O suporte por parte da família e companheiro durante a gestação parece essencial, podendo diminuir a incidência de depressão, transtorno comum nesta fase. Além disso, influencia diretamente a saúde e bem-estar materno. Diversos estudos demonstram que a mãe e o companheiro são as pessoas mais citadas como fonte de suporte (MOREIRA, SARRIERA, 2008). De acordo com Dessen, Braz (2000), a rede de apoio é composta por várias pessoas, que desempenham diversas funções e oferecem apoio instrumental (financeira, ajuda nas tarefas, informações) ou emocional (afeição, aprovação, preocupação).

## **Categoria 2: Modalidade de suporte**

Nessa categoria modalidade de suporte se refere ao tipo ou forma de apoio que o indivíduo da rede oferece à gestante. O suporte pode ser considerado financeiro, quando há doação de objetos, bens e dinheiro; ou psicológico, quando há uma comunicação assertiva que permita expressar o afeto e compartilhar tarefas diárias.

“Porque quando a gente tá, é, neste período assim, gestacional, a gente fica muito sensível, então qualquer pessoa que venha e te faça algum benefício, então tá te ajudando, é tipo um carinho, você recebe carinho das pessoas que você gosta” (G 01).

“todos eles, meu filho faz a partezinha do jeito dele, o meu marido financeiro, a minha mãe ali me dando apoio” (G 18).

“Bom, no geral, as minhas irmãs, a família inteira praticamente, eles têm ajudado, quando não é financeiramente com pouco, porque todo mundo tem pouco também, alguns trabalham, alguns não, e ajudam como podem né, outros emocionalmente também, me dá muito apoio, muito conselho pra mim formar uma mente melhor sobre família” (G 19).

Independente do tipo de suporte recebido observa-se que a gestante demonstra necessidade de ser acolhida, segura e amada pelos membros de sua família. Provavelmente, esse suporte poderá proporcionar uma gestação tranquila, favorecendo níveis de saúde e proteção, refletindo na qualidade de vida da mãe e bebê.

A gestante ao vivenciar o processo gestacional, ou seja, uma situação de transição necessita de vínculo, suporte e confiança. Esse suporte pode ser proveniente de indivíduos que lhe seja significativo e estejam disponíveis para oferecer-lhe suporte, pois isso lhe proporcionará maior segurança no enfrentamento de dificuldades durante o processo gravídico-puerperal (TSUNECHIRO, BONADIO, 1999).

### ***TEMA 4: Interferência do suporte familiar***

Esse tema está relacionado com a interferência do suporte familiar na aceitação da gestação e na efetivação do pré-natal. O suporte familiar pode ser compreendido como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas da massa anônima da sociedade. É considerado como um círculo social constituído por traços de afinidade, formando uma teia que une as pessoas. Tem um caráter dinâmico, modificando-se com o decorrer do tempo e com as mudanças ocorridas na vida dos indivíduos, uma vez que é constituída pelo conjunto de seres com quem interage de maneira regular e os tornam reais.

## **Categoria 1: Aceitação da gestação**

Esta categoria retrata o entendimento das entrevistadas à respeito da interferência do suporte familiar na aceitação da gestação. De acordo com Schoeps et al. (2007) a não aceitação da gestação pela família constitui fator de risco para mortalidade neonatal. Esses estão associados à mortalidade neonatal precoce e incluem além dos fatores biológicos maternos e do recém-nascido, as condições de vida da família e seu contexto social.

Entre as gestantes participantes dessa pesquisa, várias compreendem que o suporte familiar pode interferir na aceitação da gestação.

“Acredito que sim, eu fico imaginando igual quando eu vou pro posto aqui vejo umas meninas novinhas até mesmo da minha idade, você vê que é aquela pessoa sofrida, que tá carregando aquela barriga ali por carregar entendeu? Eu acho que deve ser muito complicado” (G 01).

“Interfere né, porque no caso quando você tem apoio aí você não fica né, como se diz: ‘ah se eu não tivesse engravidado’” (G 08).

Para Jussani, Serafim, Marcon (2007) a aceitação da gestação pelos familiares já constitui um tipo de suporte emocional para a gestante. A família, independentemente do arranjo ou estrutura, propicia os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. É nesse lugar que se encontra o ambiente privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência para iniciar o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos.

Algumas gestantes consideraram que o suporte familiar não interfere na aceitação da gestação e na efetivação do pré-natal.

“Eu acho que não, que independente ele é meu filho” (G 11).

“Não, eu ia aceitar porque eu sou doída com um menino, era doída pra engravidar, desde o meu primeiro namorado eu era doída pra engravidar ...” (G 21).

A pouca ou nenhuma influência do reconhecimento da interferência do suporte familiar dessas gestantes na aceitação da gravidez pode estar relacionado à cultura do sistema social que estão inseridas. Esse sistema, às vezes, não discrimina a mulher que possui vários filhos e considera comum e rotineiro contar com ajuda e abrigo dos pais. Para Andrade, Vaitsman (2002) as relações sociais podem contribuir para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade sob o olhar e ações dos outros, já que se percebe que “estamos aí para alguém”.

## **Categoria 2: Realização do pré-natal**

Nessa categoria foi abordado o reconhecimento das gestantes sobre a influência do suporte familiar na realização do pré-natal preconizado pelo PHPN. O suporte familiar foi considerado fundamental para realização efetiva do pré-natal e o bem-estar da maioria das gestantes desse estudo. A adaptação ao papel materno pode ser difícil para algumas mulheres devido à falta de clareza das especificidades dessa nova função. Esse novo papel é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho.

“Ajuda muito. Ajuda sim, é aquela coisa de você poder dividir né, você ter alguém pra conversar, você poder tá dividindo. Ele tá ciente das coisas que tá acontecendo, preocupando, você ver que é uma preocupação que tem com você, entendeu? Com o seu filho. Então, é muito importante” (G 07).

“Interfere. Porque muitas vezes, a pessoa até esconde, e aí, não procura o médico, não tem acompanhamento, entendeu? ‘Porque você vai no médico todo mês?’ Como é que a pessoa vai explicar o porque?!” (G 20).

Estes relatos reforçam a importância da rede social para a saúde física e emocional do indivíduo e, conseqüentemente, da família. Porém, pode também demonstrar uma função/ação fiscalizadora da família cobrando da gestante a correta realização do pré-natal proposto pela equipe da ESF. Segundo Pesamosca, Fonseca, Gomes (2008) a gestação deve representar um momento de adaptação para o desempenho dos novos papéis que deverão assumir com a chegada do novo membro familiar. Desta forma, a participação da família e principalmente do pai durante o pré-natal, constitui fator importante para esta adaptação. A mulher com apoio familiar apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto e consegue uma melhor adaptação no pós-parto, necessitando desta forma, de menos intervenções médicas.

No entanto, algumas gestantes relataram que o suporte familiar não interfere no acompanhamento do pré-natal:

“Não, não interfere não” (G 08).

Este fato pode estar relacionado com a preocupação da gestante em ter um bebê saudável e, portanto, assumindo essa responsabilidade. Bem como, pode estar ligado a questões moral e/ou religiosas sobre a origem da vida, ao considerar o feto um indivíduo com direitos e interesses a serem protegidos. Segundo Penna, Carinhonha, Rodrigues (2006) a sociedade reforça o peso da maternagem, exigindo uma postura de “mãe-perfeita”, dificultando a capacidade de perceber seus reais sentimentos e necessidades. O que ocorre é uma supervalorização do bebê e uma conseqüente desvalorização das necessidades e cuidados com a mulher. Possivelmente a tradição e a cultura de responsabilização da mulher pelo cuidado do recém-nascimento ainda esteja arraigada nos seus modos de vida.

### ***TEMA 5: Suporte pós-parto***

Este tema considera a continuidade do suporte familiar após o nascimento do bebê, ou seja, durante o puerpério. Essa nova fase experimentada pela mulher pode sofrer influência do ambiente físico e estrutura social quando de volta ao lar. De acordo com Zagoneli et al. (2003) o início de adaptação à maternidade promove nos pais sentimentos de incapacidade, levando à busca de apoio. O envolvimento da família nos cuidados à mãe e ao bebê deve ocorrer de forma gradativa, percebendo onde há maior precariedade de informações, estimulando a autoestima e aprendizado de forma construtiva e motivadora para que a gestante se sinta capaz de cuidar de seu filho.

### **Categoria 1: Estrutura física**

Nessa categoria fica estabelecido o ambiente físico que a gestante optou para sua recuperação após saída da maternidade. A maioria das gestantes relatou que após o parto o local preparado para receber o bebê e que atendesse as necessidades de ambos foi sua própria casa.

“Aqui na minha casa” (G 08).

“Em casa” (G 15).

A própria residência foi escolhida possivelmente por ser considerado um ambiente tranquilo e confortável, facilitando as rotinas diárias da família e dos cuidados complexos com o bebê, além de favorecer o processo de reabilitação da mulher.

A escolha da residência pode ser percebida como um território, ou seja, um signo cujo significado é compreensível a partir dos códigos culturais. De acordo com Haesbaert (2007) trata-se de um território “socializado e culturalizado”, que se interpõem como significado entre o homem e o seu meio natural. O território pode então ser conceituado como um espaço intensamente apropriado de forma simbólica que, nessa concepção, confere a idéia de territorialidade – como a dimensão simbólica do território – tem mais força do que o próprio conceito de território.

No entanto, algumas citaram a casa da mãe ou da avó como local temporário escolhido para recuperação após o parto

“Eu vou ficar aqui na casa da minha avó” (G 09).

“Com a minha mãe” (G 23).

Essa escolha pode estar relacionada à falta de infraestrutura física na sua residência e conseqüentemente desconforto para mãe e bebê. Pode também ser decorrente do despreparo e pouca informação do familiar que irá realizar assistência de cuidado. E dessa forma não contribuir efetivamente para o processo de reabilitação com rotinas de alimentação e higiene adequadas.

## **Categoria 2: Rede social**

Essa categoria identifica a rede social disponível à gestante durante o puerpério, visando garantir maior bem-estar e segurança nessa fase.

Rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. São considerados rede a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar. É uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem laços sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. As dimensões que compõem a rede social são: tamanho (número de pessoas com as quais se tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre indivíduos tais como: idade, condição socioeconômica e outros); simetria (grau de reciprocidade dos relacionamentos); enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio) (PEDRO, ROCHA, NASCIMENTO, 2008).

Diversos sujeitos foram citados pelas gestantes como rede social. A mãe foi o componente da rede mais citado.

“Minha mãe” (G 07).

“É minha sogra, minha mãe” (G 10).

“A prima do meu marido. A minha mãe eu nem conto com ela coitada, porque ela já tá com 78 anos” (G 05).

Essas falas demonstraram que as gestantes desse estudo possuem recursos de rede de apoio possibilitando suporte no pós-parto. Para Pedro, Rocha, Nascimento (2008) esse apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos, protegendo-os ou não.

Observa-se que apesar de várias gestantes permanecerem em suas residências no pós-parto, podem contar com uma rede de apoio pessoal que possibilita cuidados com o bebê e auxílio nas tarefas domésticas, permitindo possivelmente uma melhor adaptação à nova fase de vida. Poucas gestantes relataram não possuírem nenhuma modalidade de apoio.

“Olha, no momento eu não tenho ninguém” (G 02).

A falta da rede social de apoio observada em algumas gestantes desta pesquisa pode demonstrar a dificuldade de relacionamento e interação de algumas gestantes com familiares, amigos, vizinhos. De acordo com Dessen e Braz (2000) os indivíduos necessitam uns dos outros e, por isso, quando o apoio social diminui há um comprometimento do sistema de defesa do corpo. A sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem ser relacionadas com o processo de saúde-doença, aumentando a suscetibilidade individual para as enfermidades.

### ***TEMA 6: Atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF***

Neste tema investigou-se a existência de atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF. O Ministério da Saúde recomenda que um pré-natal de qualidade deva abordar, além de técnicas, os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. Deve-se considerar a gestante uma usuária do serviço de saúde como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento; não apenas como objeto da ação, mas como detentor de um potencial de proatividade.

#### **Categoria 1: Atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF**

Essa categoria aborda a realização de atividades desenvolvidas com as gestantes pela equipe da ESF. É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora e enriquecedora. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o fortalecimento como ser e cidadão. As atividades de educação em saúde é um dos componentes das ações básicas de saúde e tem como objetivo levar a população à reflexão sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças (RIOS, VIEIRA, 2007).

Para Hoga, Reberte (2007) as atividades desenvolvidas nos grupos de gestantes oferecem suporte para uma melhor vivência do período gestacional e puerperal, bem como o preparo e adaptação para a maternidade.

Observou-se nessa pesquisa que a maioria das gestantes desconhece a realização de atividades desenvolvidas pela equipe ESF.

“Aqui não” (G 04).

“Que eu saiba não” (G 07).

“Não, até hoje não” (G 10).

Percebeu-se a partir dos relatos das gestantes que na maioria das ESF pesquisadas não há nenhum tipo de atividade desenvolvida para as mesmas. Desta forma, essas usuárias não podem dispor do benefício que a equipe poderia estar oferecendo, além de proporcionar maior adesão ao pré-natal.

Segundo Delfino et al. (2004) a gestação vem sendo atendida pelos profissionais de modo intervencionista, sendo a assistência e atividades educativas aplicadas de maneira fragmentada, sem que a realidade da gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade. Esta concepção reducionista de educação em saúde dificulta a consciência de suas potencialidades pela população. As interações construídas em grupos de gestantes formam teias que possibilitam a promoção da saúde integral com repercussões no individual e coletivo. Desta forma, o grupo funciona como propagador de conhecimento para o território atendido pela ESF, empoderando as gestantes e toda a comunidade. Uma população bem informada adoce menos e requer menos intervenções médicas, como consequência diminuem-se os custos financeiros para atendimento da saúde local e aumenta a qualidade de vida desta população.

## **CONCLUSÃO**

A análise qualitativa dos dados obtidos permitiu observar uma articulação entre indicações subjetivas e a organização social em que cada sujeito se percebe inserido. Os resultados mostraram que as gestantes têm uma percepção mais positiva que negativa sobre suporte familiar. Isto quer dizer que apesar de experimentar algumas limitações nas vivências familiares do cotidiano, que pode gerar impacto negativo em suas vidas, as gestantes geralmente dão um valor positivo para família.

As categorias que surgiram a partir da análise da percepção das usuárias do PHPN/GV sobre o suporte familiar demonstraram que as gestantes percebem a importância da família na formação do sujeito e da sociedade. Também reconhecem sua relevância nos momentos de crise e transição que ocorre no percurso da vida.

## **REFERÊNCIAS**

AMAZONAS MCLA, DAMASCENO PR, TERTO LMS, SILVA RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*. 2003; 8(esp): 11-20.

ANDRADE GRB, VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 925- 34.

AQUINO RR, BAPTISTA MN, SOUZA MS. Relação entre Percepção de Suporte Familiar e Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. *Revista Psicologia e Saúde*. 2011; 3(2): 30-38.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. Critérios de Classificação Sócio Econômica Brasil: 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.

CANIÇO H, BAIRRADA P, RODRÍGUES E, CARVALHO A. Novos tipos de família: plano de cuidados. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2011.

CANO DS, GABARRA LM, MORE CO, CREPALDI MA. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009:214-222.

COSTA ASM. Argumentações em torno das famílias caleidoscópio como expressão da pluralidade familiarista moderna. Belo Horizonte: Meritum, 2012; 7(1): 429-468.

CRUZ EBS, SIMÕES GL, FAISAL-CURY A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-188.

DELFINO MRR, PATRICIO ZM, MARTINS AS, SILVÉRIO MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. 2004; 9(4): 1057-1066.

DELGADO JA. Que é o “ser da Família”? *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 2005; 14(Esp.): 86-94.

DESSEN MA. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010; 30: 202-19.

DESSEN MA, BRAZ MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000; 16(3): 221-231.

FONSECA C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(2): 50-9.

- FRANCO MLPB. Análise do Conteúdo. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2007.
- FUKUI L. A família em questão. Cadernos de Pesquisa. 1981; 37: 3-4.
- GABARDO RM, JUNGES JR, SELLI L. Arranjos familiares e implicações a saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica. 2009; 43(1): 91-7.
- GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- GOMES MA, PEREIRA MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 357-369.
- HAESBAERT R. Território e multiterritorialidade: um debate. GEOgraphia. 2007; 9(17): 19-46.
- HAYAKAWA LY, MARCON SS, HIGARASHI IH, WAIDMAN AP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(3): 440-5.
- HOGA LAK, REBERTE LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. 2007; 41(4): 559-66.
- JUSSANI NC, SERAFIM D, MARCON SS. Rede social durante a expansão da família. Rev Bras Enferm. 2007; 60(2): 184-9.
- MALDONADO MT. Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério. Petrópolis: Ed. Vozes. 1985, 11ed.
- MALDONADO MT, NAHOUM JC, DICKSTEIN J. Nós estamos grávidos. Rio de Janeiro: Block Ed. 1990, 8ed.
- MARIN AH, et al. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. Aletheia. 2009. p.57-72.
- MARTINS E, SZYMANSKI H. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. Estudos de Psicologia. Campinas. 2004; 9(1): 177-87.
- MEDEIROS M, OSÓRIO RG, VARELLA S. O levantamento de informações sobre famílias nas PNADs de 1992 a 1999. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
- MOREIRA MC, SARRIERA JC. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. Psicologia em estudo. 2008; 13(4): 781-789.
- OSORIO LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- PEDRO ICS, ROCHA SMM, NASCIMENTO LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2008; 16(2). Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_24.pdf)>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

PELISOLI C, TEODORO MLM, DELL'AGLIO DD. A percepção de família em vítimas de abuso sexual intrafamiliar: estudo de caso. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2007; 59(2): 256-269.

PESAMOSCA LG, FONSECA AD, GOMES VLO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas de pré-natal: um olhar de gênero. 2008; 12.2. Disponível em: <[www.reme.org.br/artigo/detalhes/255](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/255)>. Acesso em 20 de Janeiro de 2015.

PETZOLD M. The psychological definition of “the family”. In M. Cusinato (Org.), *Research on family: Resources and needs across the world*. Milão: LEDEdizioni Universitarie, 1996.

RESENDE J, MONTENEGRO CAB. *Obstetrícia Fundamental*. Ed. Guanabara Koogan, 2013.

RIOS CTF, VIEIRA NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saúde Colet*. 2007; 12(2): 477-86.

SALOMÉ GM, ESPÓSITO VHC, MORAES ALH. O significado de família para casais homossexuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007 set-out; 60(5): 559-63.

SAMPIERI RH, COLLADO CF, LUCIO PB. *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Editora McGraw-Hill, 2006.

SANTOS M, SILVEIRA ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHOEPS D, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6): 1013-22.

SILVA LJ, SILVA LR. Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009; 13(12): 393-401.

SILVEIRA DS, SANTOS IS, COSTA JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2001; 17(1): 131-139. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2011.

SOIFER R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

TSUNECHIRO MA, BONADIO IC. A família na rede de apoio da gestante. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 1999; 1(1). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4853/3717>>. Acesso em 20 de Janeiro de 2015.

VALENTE J. Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012; 111: 576-598.

VALLA VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Caderno Saúde Pública*. 1999; 15(2): 7-14.

WAGNER A, PREDEBON J, MOSMANN C, VERZA F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21: 181-186.

ZAGONELI IPS, MARTINS M, PEREIRA KF, ATHAYDE J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 2003; 5(2): 24-32. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista](http://www.fen.ufg.br/revista)>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

ZAMBERLAN M T, BIASOLI-ALVES ZMM. *Interações familiares: Teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: Editora UEL, 1997.