



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABÍOLA GESSIKA COELHO BEZERRA

**JOGO EDUCATIVO: INSTRUMENTO PARA RETOMADA DA DISCUSSÃO DA
SAÚDE DA MULHER NA GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO**

FORTALEZA

2016

FABÍOLA GESSIKA COELHO BEZERRA

JOGO EDUCATIVO: INSTRUMENTO PARA RETOMADA DA DISCUSSÃO DA SAÚDE
DA MULHER NA GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- B469j Bezerra, Fabíola Gessika Coelho.
Jogo educativo: instrumento para retomada da discussão da saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento. / Fabíola Gessika Coelho Bezerra. – 2016.
133 f.: il. color.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo.
1. Saúde da Mulher. 2. Jogos Experimentais. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 613.0424

FABÍOLA GESSIKA COELHO BEZERRA

JOGO EDUCATIVO: INSTRUMENTO PARA RETOMADA DA DISCUSSÃO DA SAÚDE
DA MULHER NA GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Maciel Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Maria Irismar de Almeida (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^a Dr^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr^a Ângela Maria Alves e Souza (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

À minha família fonte de amor e alicerces da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por proporcionar todas as oportunidades da vida.

Aos meus pais, Fátima e Bezerra, irmão Jadson, tia Denise e prima Lorrany, pelo apoio, amor incondicional e exemplos de força e perseverança.

Ao meu querido esposo, Klercio, pelos constantes incentivos, motivação, confiança e permanente apoio aos meus objetivos e sonhos.

À minha filha, Maria Sofia, um sonho que virou realidade durante essa caminhada do Mestrado, por me fazer conhecer o maior e inexplicável amor, por me permitir vivenciar a maternidade.

À minha orientadora, Professora Dra. Maria Fátima Maciel Araújo, pelo incentivo, paciência, compreensão, apoio e direcionamento dos caminhos a trilhar na busca de atingir os objetivos almejados, pelas suas maravilhosas orientações, que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

À Coordenação e a todos os Professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, que contribuíram para a realização desse Mestrado e por todo ensinamento e dedicação.

À querida secretária Suerda, por sua receptividade, carinho e apoio.

A todos os vinte amigos de turma, Adriana, Aíla, Alyne, Bruno, Cristiane, Cristiano, Danuta, Diego, Dírliã, Eline, Fábio, Gemimma, Joverlânia, Lucenir, Luciana, Malu, Manu, Marielle, Risolinda e Verônica, pelas valiosas contribuições em minha formação profissional e pessoal, e a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

À banca examinadora de qualificação e defesa, pelas contribuições a essa dissertação.

A Coordenadora da Atenção Básica de Caucaia, Silvana Maria Coelho Nascimento, por sua disponibilidade e permitir a realização desta pesquisa.

A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus Ferreira Torres, pela mobilização das mulheres participantes da pesquisa e pela colaboração na realização dessa pesquisa.

As mulheres do estudo que gentilmente aceitaram e se disponibilizaram a participar dessa pesquisa, compreendendo e exercendo seus papéis com autonomia e protagonismo, congregando forças para o desenvolvimento de um cuidado a saúde por meio de estratégias para fomentar futuros da saúde da mulher.

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazer-se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”
(Paulo Freire)

RESUMO

A discussão sobre a saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento retoma reflexões ampliadas sobre o acesso a práticas educativas nos serviços de saúde, no qual a assistência é muitas vezes restrita a consultas de pré-natal individual. Na busca por estratégias eficazes compreendemos a necessidade de empreender esforços para fomentar tecnologias de apoio e educação à saúde. O estudo teve como objetivo elaborar jogos educativos voltado à saúde da mulher com desdobramentos para intervenções na gravidez, parto e nascimento. Trata-se de estudo intervencionista com base na pesquisa-ação, considerando na organização do percurso metodológico as fases sugeridas por Thiollent. Para efetivar esse processo metodológico de pesquisa, utilizou-se o método do arco, de Charles Maguerez. O estudo foi desenvolvido no período Fevereiro a Abril de 2016, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Caucaia-Ceará. Como etapa inicial da coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada com quarenta e quatro gestantes, utilizando um instrumento contemplando os aspectos socioeconômicos e obstétricos. Em seguida, foram realizadas quatro oficinas para produção do jogo educativo seguindo as etapas sugeridas no método do arco de Charles Maguerez onde as informações foram coletadas utilizando a entrevista coletiva por meio da técnica de oficinas. Essa pesquisa respeita os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 1.403.820. Os resultados evidenciaram a elaboração de quatro jogos educativos voltados à gravidez, parto e nascimento. Foi desenvolvido um jogo de tabuleiro, com a sugestão de nome caminhos para o parto, onde apresenta informações referente à alimentação, orientações quanto às queixas, vacinação, diferenças entre parto normal e cesárea e os cuidados pós-parto. Foi proposto um jogo de memória para expor sobre os cuidados com o recém-nascido, um dominó para abordar sobre os métodos anticoncepcionais e um quebra-cabeça sobre a pega correta da amamentação. Apoiados na ideia de que com tecnologias mais simples aproximadas da vida cotidiana os processos educativos com uso de jogos se tornam mais atraentes por ser um elemento socialmente significativo, estando presente na vida da comunidade.

Palavras-chave Saúde da mulher. Atenção Primária à Saúde. Jogos experimentais.

ABSTRACT

The discussion on women's health in pregnancy, childbirth, and birth takes up broader reflections on access to educational practices in health services, where care is often confined to individual prenatal consultations. In the search for effective strategies we understand the need to make efforts to promote technologies of support and education to health. The study aimed to elaborate educational games aimed at the health of women with developments for interventions in pregnancy, childbirth and birth. It is an interventionist study based on action research, considering in the organization of the methodological course the phases suggested by Thiollent. To carry out this methodological process of research, we used the arch method, by Charles Maguerez. The study was developed between February and April 2016, in a Basic Health Unit of the municipality of Caucaia-Ceará. As an initial stage of data collection, a semi-structured interview was conducted with forty-four pregnant women, using an instrument that contemplates socioeconomic and obstetric aspects. Four workshops were then carried out to produce the educational game following the steps suggested in the Charles Maguerez arch method, where the information was collected using the press conference through the workshop technique. This research respects the ethical precepts, being approved by the Committee of Ethics in Research under nº 1.403.820. The results evidenced the preparation of four educational games focused on pregnancy, childbirth and birth. A board game was developed with the suggestion of the name of the pathways for childbirth, where information on feeding, guidelines on complaints, vaccination, differences between normal delivery and cesarean delivery and postpartum care were developed. It was proposed a memory game to expose about the care of the newborn, a domino to discuss about contraceptive methods and a puzzle about the correct handle of breastfeeding. Supported by the idea that with simpler technologies that approximate everyday life, educational processes with games become more attractive because they are a socially significant element, being present in the life of the community.

Keywords Women's health. Primary Health Care. experimental games.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Teoria de Jogos.....	31
Quadro 2 – Representativo da técnica de complementação de frases gravidez, parto e nascimento.....	38
Quadro 3 – Oficinas para cuidado e produção de jogos educativos na saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento.....	44
Quadro- síntese 1 – Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre gravidez. Caucaia – Ceará, 2016.....	60
Quadro- síntese 2 – Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre parto. Caucaia – Ceará, 2016.....	65
Quadro- síntese 3 – Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre nascimento. Caucaia – Ceará, 2016.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Método do Arco de Charles Maguerez adaptado para uso em pesquisa-ação sobre jogos educativos na saúde da mulher: gravidez, parto e nascimento.....	35
Figura 2 – Quadro representativo da cara do grupo. Caucaia – Ceará, 2017.....	54
Figura 3 – Painéis elaborados pelas participantes da pesquisa durante a Oficina de Acolhimento. Caucaia – Ceará, 2016.....	57
Figura 4 – Origami produzido pelas participantes da pesquisa. Caucaia – Ceará, 2016..	58
Figura 5 – Retomada dos painéis elaborados pelas participantes. Caucaia – Ceará, 2016	59
Figura 6 – Representação gráfica da nuvem de palavras sobre gravidez.....	61
Figura 7 – Oficina sobre Parto. Caucaia – Ceará, 2016.....	64
Figura 8 – Representação gráfica da nuvem de palavras sobre parto.....	66
Figura 9 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo.....	67
Figura 10 – Representação gráfica da nuvem de palavras sobre nascimento.....	70
Figura 11 – Temáticas agrupadas durante a realização das oficinas de acolhimento gravidez, parto e nascimento.....	74
Figura 12 – Tabuleiro Caminhos para o parto.....	75
Figura 13 – Caderneta da Gestante 2016.....	76
Figura 14 – Cartas do Jogo de memória cuidados com o recém-nascido.....	77
Figura 15 – Quebra cabeça da amamentação.....	78
Figura 16 – Dominó dos métodos anticoncepcionais.....	79
Figura 17 – Discussão sobre os jogos elaborados. Caucaia, Ceará, 2016.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por aspectos socioeconômicos. Caucaia – Ceará, 2016.....	46
Tabela 2 – Distribuição das gestantes por aspectos obstétricos. Caucaia – Ceará, 2016.	48
Tabela 3 – Distribuição das gestantes por antecedentes clínicos. Caucaia – Ceará, 2016.....	49
Tabela 4 – Patologias na gestação atual. Caucaia – Ceará, 2016.....	50
Tabela 5 – Distribuição das gestantes por atendimento odontológico e participação em atividade educativa. Caucaia – Ceará, 2016.....	51
Tabela 6 – Distribuição das gestantes por queixas na gestação. Caucaia – Ceará, 2016.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RMM	Razões de Mortalidade Materna
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	19
3.1	Contextos e cuidados à saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento...	19
3.2	Educação em saúde	21
3.3	Oficinas educativas	25
3.4	Jogo educativo	29
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	Tipo de estudo	33
4.2	Referencial teórico-metodológico	34
4.3	Cenário da pesquisa	41
4.4	Participantes do estudo	42
4.5	Critérios de inclusão e exclusão	43
4.6	Coleta de dados	43
4.7	Análise e apresentação dos dados	45
4.8	Aspectos éticos	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
5.1	Caracterização das participantes por aspectos socioeconômicos	46
5.2	Caracterização das participantes por aspectos obstétricos	47
5.3	Oficinas como método de pesquisa	53
5.3.1	<i>Oficina de Acolhimento</i>	53
5.3.2	<i>Oficina sobre gravidez</i>	58
5.3.3	<i>Oficina sobre parto</i>	64
5.3.4	<i>Oficina sobre nascimento</i>	68
5.4	Jogos educativos: ferramentas de atenção a saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento	73
5.4.1	<i>Jogo de Tabuleiro: Caminhos para o parto</i>	75
5.4.2	<i>Jogo da Memória: Cuidados com Recém-nascido</i>	77
5.4.3	<i>Quebra-cabeça: pega da amamentação</i>	78

		14
5.4.4	<i>Dominó dos métodos anticoncepcionais</i>	79
5.5	<i>Avaliação</i>	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	91
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	92
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	95
	APÊNDICE C - JOGOS EDUCATIVOS	99

1 INTRODUÇÃO

A atuação na área da saúde da mulher tem sido uma das ações mais significativas na minha vivência como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse desempenho profissional me vejo desafiada a reflexões sobre as práticas de acesso aos serviços de saúde na atenção a esse grupo populacional, possibilitando perceber que a assistência à gestante é muitas vezes restrita a consultas de pré-natal individual. A gravidez ainda é muito conduzida pelos profissionais da saúde enraizada pelo modelo biomédico e de modo intervencionista principalmente em condutas orientadas em queixas e intervenções que muitas vezes se distanciam dos aspectos culturais das comunidades. Outras questões importantes como o acolhimento às dúvidas, queixas, medos, ansiedades são quase sempre negligenciadas.

E todas essas inquietações, transformações e sentimentos também faziam parte da minha história de vida nesse período, pois no decorrer desse estudo pude vivenciar, assim como as participantes da pesquisa, a maternidade, pela primeira vez sendo além de pesquisadora e enfermeira, também gestante.

As mulheres representam 51,03% da população brasileira (IBGE, 2010), constituindo grande demanda para atenção por ser a principal usuária do Sistema Único de Saúde. Mesmo representando avanços significativos nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, os problemas da saúde da mulher ainda apresentam lacunas de atenção integral, acolhimento, escuta qualificada, especificidade biológica e papel social.

Na tentativa de buscar estratégias eficazes e seguras na abordagem da gravidez, parto e nascimento, compreendo a necessidade de empreender esforços e convergir forças para fomentar tecnologias de apoio e educação à saúde no acompanhamento do pré-natal com uso de jogos educativos, abordando temas de interesse das mulheres como também para o cuidado e a educação à saúde, mesmo compreendendo a responsabilidade de tal empreendimento investigativo.

Essas tecnologias na qual ocorre o aprendizado para o autocuidado estão alicerçadas nas ideias de Paulo Freire (1980, 1983, 1994, 1998) que se fundamentam no diálogo, cooperação, solidariedade e consciência para autonomia; se desenvolve na congregação de forças para um cuidado a saúde por meio de estratégias em que o protagonismo é também uma força atrativa para fomentar futuros da saúde da mulher.

Essa concepção de cuidado a saúde é também social, que prescinde da atenção baseado na ciência e especificidade biológica da mulher, mas não tangencia abordagem da

arte, da religião, da filosofia que na dimensão ampliada de saúde baseia-se na lógica do cuidado sensível, contagiado também da esperança do entusiasmo, na invenção e reinvenção de alternativas que possam trazer um repertório apropriado para tomada de decisões.

Os conceitos que fundamentam esse estudo são:

Saúde da mulher- definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes a vida, gênero, família, trabalho e ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, que implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, 1994).

Pré-natal- período de acompanhamento que a mulher tem desde o início da gravidez até o parto. Compreendido nesse estudo como um processo que acontece desde a captação precoce da gestante; garantia dos necessários recursos à atenção pré-natal; solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos resultados dos exames preconizados no atendimento pré-natal; acesso a práticas educativas, que podem ser realizadas de modo individual ou coletiva, por meio de grupo de gestantes (BRASIL, 2012). Inclui as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto social e familiar em que vivem, agem e reagem.

Cuidado- um sentimento natural, um comportamento universal, que perpassa toda a existência humana possuindo ressonâncias em diversas atitudes importantes; pode ser identificado nos modos de se relacionar, que enfatiza cuidar de si, de outras pessoas; E mais que um ato é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro; em seu sentido maior, ajudá-la a crescer e se realizar. Esse cuidado privilegia algumas dimensões: o amar como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a confiabilidade, a compaixão (BOFF, 1993).

Autocuidado- é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar (OREM, 2000). Uma atitude de cuidar de si em toda a sua complexidade: com o corpo físico, mental, emocional, espiritual, auto-imagem, auto-estima, preservação da própria saúde e destreza corporal, mobilidade cerebral e da inteligência para que ocorra equilibrado funcionamento de todas as atividades mentais básicas de linguagem, atenção, memória, sensação, percepção, emoção e pensamento, cuidado espiritual para viver o ciclo gravídico-puerperal pleno e saudável.

Pesquisa- Para efeito de conceitual foi selecionado como referencia a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que tem como pressuposto “*respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais*” (BRASIL, 2008, p. 13).

A justificativa do estudo envolve a saúde da mulher em sua dimensão ampliada representando uma interface de grande importância para o cuidado ao considerar a gravidez, parto e nascimento como eventos do processo de atenção integral que acontece desde a captação precoce da gestante; garantia da atenção pré-natal; acesso universal como direito de todas e dever do estado assegurado às práticas educativas como um dos pontos principais instituídos pela Rede Cegonha.

Assim a produção de jogos educativos tornam-se empreendimentos seguramente imprescindíveis para promover dialogo apoiado em metodologias ativas e significativas apresentando-se como uma tecnologia educativa eficaz, na promoção da saúde da mulher. Para efeito de sua viabilização o estudo se encontra em concordância com a linha de pesquisa “Educação na Saúde” do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará- UFC.

A hipótese se articula com a organização de jogos educativos tendo como eixo central a saúde da mulher com desdobramentos para gravidez, parto e nascimento. Assenta-se na ideia de que com tecnologias mais simples aproximadas da vida cotidiana das mulheres, os processos educativos com uso de jogos se tornam mais atraentes por ser um elemento socialmente significativo estando presente em toda a vida da comunidade. Por tais razões essa mesma hipótese pauta ser o jogo uma tecnologia que desenvolve aspectos importantes para uma aprendizagem ativa e por sua vez proporciona o direito a participação com benefícios interativos, podendo fazer parte do elenco de possibilidades de conhecimentos e vivencias que mediarão a aproximação e interações das mulheres com a equipe de saúde num clima de descontração e prazer, questões interessantes na promoção da saúde que precisam ser incorporadas nos processos educativos voltados a saúde da mulher prioritariamente na gravidez, parto e nascimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor oficinas educativas como ferramentas para subsidiar a construção de jogos educativos a luz de Maguerez.

2.2 Específicos

Levantar necessidades relacionadas às gestantes para compreensão da situação na gravidez, parto e nascimento, apontando interesses e implicações na situação investigada.

Buscar conteúdos pertinentes para a construção do jogo educativo baseado na literatura disponível.

Elaborar jogo educativo avaliando resultados e viabilidades de aplicação em intervenções de educação para saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento.

3 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

3.1 Contextos e cuidados à saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restrita, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2011).

Brasil (2011) afirma que a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as 10 primeiras causas de óbito da população feminina. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmica familiar em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países

desenvolvidos (COELHO, 2003).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a RMM foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2011).

Vale salientar que apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda abaixo do desejado. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Na situação atual, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade da mulher e do recém-nascido no Brasil, institui a Rede Cegonha, a qual representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento. Como também a redução da mortalidade infantil e materna corresponde uma das prioridades do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Um pré-natal de qualidade é compreendido desde a captação precoce; como a garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; assegurando a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal e o acesso a práticas educativas, que podem ser realizadas individual ou coletiva, por meio de grupo de gestantes (BRASIL, 2012).

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

Segundo Mantamala (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em agregar ao enfoqueologista e medicalizador hegemônico tão presente nos serviços de saúde a adoção de práticas cuidativas com foco de saúde integral que considerem as experiências das mulheres com sua própria saúde.

O acolhimento da gestante, a responsabilização pela integralidade do cuidado, a escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social são interfaces a serem abordadas na educação para saúde. Assim o profissional de saúde na sua função educadora cria ambientes de cuidado em que a gestante expresse suas

preocupações e suas angústias, atenção resolutiva e articulação com outros serviços na progressão da complexidade do cuidado. Cabe nesse contexto a disposição de material educativo à equipe de saúde, que fomente as mulheres buscar compreender os múltiplos significados da gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2012).

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal apresentam-se como recurso para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família, os quais são os atores principais da gestação, parto e nascimento. Uma escuta aberta, sem julgamentos/preconceitos, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis (BRASIL, 2012).

Corroboramos com a ideia de que uma proposta de educação para saúde ampliada que articula políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de atenção à saúde da mulher faz a proposta central desse estudo sobre o uso do jogo educativo e a capacidade deste de influenciar o cuidado a saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento como estimuladores do diálogo, debate e trocas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da cidadania da mulher.

3.2 Educação em saúde

Educação para a saúde consiste em prover aos indivíduos, famílias e comunidades os meios necessários para que possam adotar um estilo de vida saudável, tendente a promover e proteger sua saúde. Para alcançar um nível adequado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas devem poder identificar e satisfazer suas necessidades básicas em termos de saúde ter a capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças (BRASIL, 1998).

Por educação em Saúde no pré-natal, parto e nascimento compreende-se um conjunto amplo de diretrizes e práticas que se propõe a nortear tanto a formação quanto a qualificação dos profissionais nesse campo de atividades assim como, mediante propostas educativas em formato de “jogos educativos” que possam nortear a condução da gestão do cuidado a saúde da mulher tendo na educação, um conjunto de tecnologias elencadas como essenciais a todo e qualquer trabalho realizado no contexto do pré-natal parto e nascimento para fomentar a problematização dos processos de cuidado a saúde da mulher na atenção básica respeitando-se as especificidades e singularidades humanas e culturais nas relações de

cuidado.

A educação em saúde tem um lugar significativo na conquista dos níveis de qualidade da atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde. Vale nesse registro reafirmar que em alguns desses serviços, algumas experiências pioneiras permitiram avanços na visão ampliada do cuidado a saúde da mulher, influenciando a superação do caráter mercantil, biologista. São experiências esparsas e pontuais geralmente influenciadas pelos movimentos de sociais organizados por mulheres e alguns homens que a cada época foram acolhidos ou ameaçados.

No registro das três primeiras décadas do século XX as mulheres lutaram por educação, tratamento igual no trabalho, pelo direito ao voto e a participação política. Essas conquistas se deram mais é válido ressaltar que aconteceram sob fogo cruzado. Mesmo com os avanços alcançados as mulheres ainda continuavam no final do século XX sem a garantia dos direitos sociais e políticos e a cidadania plena. Até a década de 2000 do mesmo século mulheres da academia estudaram, pesquisaram, escreveram sobre as trajetórias daquelas que foram pioneiras na ruptura de fronteiras da invisibilidade feminina e responsáveis pelas mudanças sugerindo reflexões teóricas e metodológicas de produzir conhecimento.

Um novo feminismo ressurgiu entre as mulheres cuja bandeira soa a liberdade a diversidade e defesa das minorias. A ousadia e irreverência faz parte das muitas manifestações. Atualmente, o feminismo é um movimento social que defende igualdade de direitos e status entre homens e mulheres em todos os campos (ALVES; PITANGUY, 1991) cuja reivindicação que mais caracteriza o momento atual é a luta pelo tempo para se reorganizar no mercado, flexibilizar horários e locais de trabalho tanto para homens quanto para mulheres.

Ao pensar a educação para a saúde da mulher com uso de jogos educativos no ciclo gravídico-puerperal é recusar os códigos pré-estabelecidos e pensar que em meio a crises que desafiam profícuos debates para romper as amarras segregadoras e deflagrar em cada espaço, cada canto, pequenas revoluções cotidianas no debate instigador que articula passado (memória), presente (visão) e futuro (expectativas) e nesse movimento vai se desvelando a consciência histórica dos indivíduos contemporâneos em relação os cuidados a saúde da mulher.

Essa conexão entre os tempos sugere que as pesquisas e intervenções nessa área de conhecimento devem chegar a um ponto em que seja apenas o “agora” ou o instante vivido. Este espaço do presente é o que compreende o momento atual, a realidade, e é interessante porque ele aponta que o que importa neste caso, é a atenção, e por consequência

faz perdurar este presente. É a capacidade humana para reter e guardar o tempo que se foi salvando-o da perda total e Segundo Agostinho (1980), nessa conexão há as lembranças presentes das coisas passadas, visão presente das coisas presentes e esperança presente das coisas futuras.

Assim Trevisan (2004) e Gago (2007) colocam a necessidade de se compreender como foi o caminho das diferentes sociedades e comunidades, de perceber a vida e suas concepções numa consciência histórica que nesse estudo busca compreender a saúde da mulher no contexto da gravidez, parto e nascimento e as decisões de cada época verificando sua evolução e como se desenvolve no momento atual e projetos de futuro.

Considera-se nesse contexto investigativo a vivência das mulheres no tempo presente. O tempo vivido de Dilthey (1945) entendido por ele como: a exposição das partes e conexões que se apresentam uniformemente em toda vida psíquica humana desenvolvida, enlaçados em uma única conexão, que não é inferida ou interpolada pelo pensamento, mais, sim, simplesmente vivida, é o agora, o instante vivido. Consiste, portanto, de uma conexão que se nos dá sempre de modo originário, como a vida mesma é, nas regularidades na conexão da vida desenvolvida.

O processo educativo nos serviços de saúde da atenção primária mesmo apoiado em políticas de atenção integral a saúde da mulher onde se integra a assistência as ações de educação para a saúde ainda é carente de propostas que traga elementos mais amplos para o debate da saúde da mulher no contexto do cuidado a saúde na gravidez, parto e nascimento; o que se observa essas práticas que se desenvolvem na centralidade de palestras e conteúdos fragmentados, que mesmo na sua importância pedagógica não tem tido ressonância com a cultura local reduzindo as chances que a realidade da mulher seja tratada na sua integralidade.

Essa integralidade não exclui as singularidades e especificidades próprias do feminino que às vezes são esquecidas em nome do coletivo. Romper essas barreiras somente será possível em meio a propostas educativas ampliadas e vivenciadas em contextos metodológicos mais participativos.

Essa precariedade da atenção no ciclo gravídico-puerperal e especialmente no contexto de carência das atividades de Educação para a Saúde em termos quantitativos e tempo de investimento e na própria qualidade na maneira como é ofertada ainda apresentam lacunas significativas na produção de tecnologias e ferramentas capazes de estimular o debate para pensar a gravidez, o parto e o nascimento como um evento que acontece na família, na vida de seus membros e na própria vida da mulher na sua especificidade biológica mais

também como projeto de estado que atua em sociedade que da conta da defesa do sentido da vida.

Com a visão da educação para a saúde voltada para as carências das mulheres e suas famílias ainda há muito a se fazer para aferir o desempenho profissional e disposição de produtos e tecnologias em uso nas ações implementadas no cotidiano dos serviços de saúde voltados a saúde da mulher, com justificativas dos profissionais pôr assim não fazer na grande demanda de atendimento pré-natal, na insuficiente quantidade de equipes de saúde na ESF, dificuldade de espaço nos serviços de saúde para desenvolver as atividades de grupo, Educação permanente, motivação dos profissionais e principalmente ferramentas educativas e de apoio as atividades de educação para a saúde.

Apontam que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família possuem a responsabilidade e missão de desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, na atenção pré-natal. Porém, muitas vezes, não possuem formação básica em comunicação social, em educação em saúde o que pode favorecer a ocorrência de problemas determinantes no sucesso da comunicação e no ensino-aprendizagem para saúde no âmbito do cuidado a saúde da mulher, realizando de maneira empírica e não apresentado resultados efetivos de transformação da realidade.

A Organização Mundial de Saúde indica que o cuidado na gestação deve ser multidisciplinar e multiprofissional, com atenção integral, levando em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, e não somente o cuidado biológico (BRASIL, 2005).

O Caderno de Atenção Básica nº 32 (BRASIL, 2012), recomenda que durante o pré-natal e no pós o parto, a mulher e sua família devem receber informações sobre a importância do pré-natal; promoção da alimentação saudável; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes; sinais de alerta; preparo para o parto; orientação e incentivo para o aleitamento materno; importância do planejamento familiar; sinais e sintomas do parto; cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido; benefícios legais a que a mulher tem direito; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Apesar das gestantes constituírem o foco principal do processo de aprendizagem, não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares (BRASIL, 2005). Torna-se necessário que o setor Saúde esteja

aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde.

Os profissionais da saúde têm como desafio desempenhar práticas nos serviços, rotulados de serviços de saúde, mas que, em muitas situações ainda estão voltados para o tratamento, isto é, para a doença e não a prevenção ou promoção da saúde que buscam. Temos que nos adequar ao atendimento das necessidades dos usuários, se aperfeiçoando e aprofundando nossos conhecimentos para coordenação de grupos com pessoas que nos procuram para serem escutadas suas dores e alegrias e não só o sofrimento físico e que elas possam ser assistidas por meio dessa modalidade terapêutica (SOUZA, 2011).

Para tanto, a educação para a saúde consiste em prover aos indivíduos e às comunidades os meios necessários para que possam adotar um estilo de vida saudável, tendente a promover e proteger sua saúde. Para alcançar um nível adequado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas devem poder identificar e satisfazer suas necessidades básicas em termos de saúde, devem ter a capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Assim sendo, educar para a saúde com uso de jogos educativos, significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e meios para promover, preservar e melhorar sua saúde (BRASIL, 1998) principalmente no ciclo gravídico-puerperal.

3.3 Oficinas educativas

Ao abordar a oficina como técnica de pesquisa na educação para a saúde considera-se que o grupo é o grande cenário de intervenção e estudo. As descrições modernas para o agrupamento na organização humana atual tratam do tema como uma tendência cada vez significativa revelando que o espaço grupal é um cenário de grandes transformações pelo debate, trocas e socialização de saberes, fazeres e produção de conhecimento.

Para ilustração a respeito dessa ideia Lima (1979) já apontava a tendência moderna para o agrupamento que tem estado presente nas mais diversas formas de organização humana na atualidade. Diz ele ser fato, a crescente organização das pessoas em consórcios, sindicatos, cooperativas, mesas diretoras, conselhos, comissões, comitês, células, assembleias, núcleos que representam alguns exemplos de como nações, instituições, empresas, operários e empregados, consumidores, profissionais, estudantes, trabalhadores da Saúde e Educação tendem a se reunir. As repartições e os governos costumam ser assessorados por comitês.

Essa tendência vem desvelando que o grupo assume cada vez mais, nos espaços

educativos voltados a saúde da mulher, um papel relevante, apresentando-se como uma ação significativa para alcance de resultados na aprendizagem para o autocuidado, sendo oportuno compreendê-lo em sua função educativa nos espaços de saúde da atenção básica.

Entre os métodos e técnicas de trabalho com grupo, as oficinas representam um método significativo no contexto da educação para a saúde mulher, pois parte do princípio do conhecimento prévio das participantes e tem por objetivo investigar, pensar, fazer, sensibilizar ao abordar temáticas variadas podendo proporcionar informação, experimentos e desenvolvimento de pesquisa em clima de interação entre os participantes que vão se organizando, planejando e criando meios e intervenções para cuidar de si- autocuidado.

As oficinas difundidas nos ambientes de formação em saúde como nos grupos sociais e tem ao longo dos tempos contribuindo sobremaneira nos avanços e conquistas na saúde da mulher. No Ceará vem se constituindo como uma ferramenta de intervenção (agir/fazer), pesquisa (investigar/informar/evidenciar) e nesse caso se presta a busca de informações em contextos grupais que tem base na pesquisa- ação.

As primeiras referências registradas sobre oficinas aplicadas à saúde são do século XX. Mais precisamente na década de 70 no alge dos movimentos populares da América latina e mais especificamente as voltadas à defesa da saúde da mulher. Ainda como um produto de impressão rudimentar trazia para as lideranças desses movimentos no Brasil e Ceara uma possibilidade de atuar com propostas pedagógicas mais problematizadas e significativas para as mulheres.

No registro vale o fortalecimento do SOS/corpo por meio de oficinas de capacitação em saúde da mulher, que impulsionou a educação permanente de profissionais com novas metodologias na década de 70/80. A articulação com produtores de material educativo por uma equipe de Alforja- Programa Coordinado de educación Popular, da Costa Rica. Centro de Investigación y Desarrollo de la educación foi nessa época um grande incentivo para os que militavam em projetos de educação popular em saúde e mais especificamente em saúde da mulher, que incluía as de análise estrutural, econômica, política e ideológica recebendo maior refinamento e organização sendo oficialmente publicada em 1990 (VARGAS; NUÑEZ, 1990).

Moccio (1980) registra sua experiência associando esse método às ações que promovem, por meios expressivos corporais, plásticos e dramáticos, o desenvolvimento da capacidade expressiva das pessoas baseada em propostas pedagógicas terapêuticas, por meio de atividades concretas, visando que o indivíduo tenha cada vez mais acesso à vida e à realidade, facilitando a comunicação e o relacionamento com o mundo em seu entorno.

No Brasil, as experiências de oficinas educativas no campo da saúde se concretizaram por meio de movimentos organizados de mulheres, no século XX o que não foi diferente no Estado do Ceará. Foi mais precisamente a partir de meados da década de setenta propostas fortalecidas nas décadas seguintes e a época instituindo como um processo de largo alcance popular e institucional, articulando a ideia da parceria, da multidisciplinaridade, integralidade da atenção à saúde da mulher. Essas experiências contribuíram no envolvimento das mulheres nas lutas e conquistas cotidianas no cuidado à saúde integral em sua concepção mais ampliada (ARAÚJO, et. al. 2011).

As mesmas autoras reconhecem nesse método uma capacidade exploratória, dada a riqueza das vivências pedagógicas de aprendizagem na construção de diálogos e possibilidades educativas de sua adequação em grupos e rodas populares e também para pesquisa. Revelam que as oficinas enquanto método representa uma ferramenta de garantia para criação de um espaço de relações, sendo de relevância significativa para colocação dos problemas que interessam à sociedade e o feminino assim como a produção de conhecimentos intermediados por fazeres de cuidado derivados da experiência das participantes.

No entendimento de Araújo et. al. (2013), a oficina se constitui em uma abordagem propícia a pesquisa, pois ao ancorar-se no ser humano como centro da produção do conhecimento ela pode gerar um potencial de informações que pode provocar reflexões aonde as próprias mudanças vão acontecendo. Enfatiza a ação dialógica nessa situação por meio de elementos simbólicos, mobilizando a dimensão criativa dos participantes no sentido de informar/pensar/resignificar conceitos, valores, estratégias de intervenção, contribuir para a análise mais fidedigna de elementos subjetivos vividos que aparecem nas experiências de grupo com uso do método de oficinas utilizadas nos processos investigativos voltados a saúde da mulher.

Debates nesse contexto de pesquisa tiveram grande influência no poder de influenciar mudar não apenas a vida das mulheres, mas também a organização da sociedade que continua com a luta com novas feministas brasileiras que costuma ter como característica atual uma pauta em prol de ambos os sexos. Lutam por modelos de desenvolvimento, questionam o capitalismo, violações de direitos de minorias.

As fontes que orientam esse trabalho de pesquisa com uso da técnica de oficinas como parte do processo investigativo foram exploradas a partir de autores que desenvolveram experiências com grupo ao longo da história. A esse respeito podemos registrar já em 1905, o surgimento do grupo como recurso terapêutico. A experiência do fisiologista J. Pratt, nos Estados Unidos, ao iniciar encontros grupais com pacientes portadores de tuberculose, cujo

sucesso da iniciativa foi notado fazendo desse trabalho em grupo uma abordagem significativa que o fez prosperar em outras áreas, tornando-se, modelos para outras formas de aplicação em organizações similares ainda hoje se mantem com popularidade crescente (ZIMERMAN; OSORIO, 1997).

Posteriormente, Moreno, criador do psicodrama, fundou as expressões “terapia de grupo” e “psicoterapia de grupo”. Assim como Lewin, em 1930, psicólogo da corrente gestáltica, cunhou a expressão “dinâmica de grupo” (MORENO, 1994; MAILHIOT, 1981).

Nos ensinamentos de Paulo Freire, assim como no círculo de cultura, o método de oficinas pode servir para a libertação do ser humano e promover a emancipação, uma vez que essa abordagem parte do estudo da realidade, do mundo e da própria história, e os conteúdos resultam do diálogo entre educador e educando, que se articulam como sujeitos do ato do conhecimento. Nesse contexto, a educação é um ato coletivo, solidário e afetivo (ARAÚJO, et.al., 2013).

Outras referencias são citadas por Araújo, et.al. (2016) sobre o grupo operativo de Pichon–Riviere (2000), o grupo de encontro de Rogers (1994) que efetivamente tecem influencia na organização das oficinas em contextos de pesquisa de que trata a ferramenta da coleta de dados em formato de oficinas como método utilizado nesse estudo

Mais recentemente estudos sobre o tema discute a oficina como ferramenta de pesquisa (SPINK, et.al., 2014) pelo fato de nesse contexto investigativo também acontecer a negociação de sentidos em clima de interanimação dialógica e coconstrução interpessoal de identidade cujo jogo de posicionamento faz fluir a multiplicidade de contrastes e versões sobre o tema investigado.

Nesse caso vale recuperar os escritos de Holliday (1996) que aponta que a oficina não se limita aos registros de informações para fins de pesquisa, podendo abarcar múltiplos fenômenos, processos e estruturas. É um exercício que gera conhecimento científico, e este se caracteriza porque se baseia em teóricos que procuram compreender e explicar os movimentos e contradições inerentes da temática investigada. Os resultados assim conseguidos podem se avaliar e comparar, que nos permite uma compreensão das determinações mais profundas e essenciais da realidade estudada. A oficina como ferramenta de pesquisa enriquece a interpretação da prática direta com novos elementos teóricos, permitindo um maior grau de abstração e generalização.

3.4 Jogo educativo

O Jogo é compreendido como um recurso que permite discursos plurais e variam de acordo com a diversidade dos atos de linguagens. Não existe um conceito unívoco de jogo pronto para uso (BROUGERE, 1998; HUIZINGA, 1996). Diante das muitas ideias incluídas nessa categoria optou-se por um conceito jogo educativo que considera as evidências diante das redes de significados a eles atribuídos no ensino aprendizagem sobre gravidez, parto e nascimento postulando o caráter de atividade séria de importante significado pedagógico além da expectativa da ludicidade.

Ao propor a visão afirmativa do jogo no processo de educação para a saúde da mulher o interesse está unicamente ligado ao fato de que estar a serviço de uma “boa prática”. Entende-se que não é o jogo educativo em si mesmo que contribui para a educação, mas é o uso do jogo como meio em um conjunto de ações que permite trazer sua contribuição indireta a educação para a saúde entre mulheres.

De início, tomamos como interlocutor Huizinga (1996) que apresenta o jogo como elemento da cultura a partir de sua essência e do seu caráter estético. Para esse autor, o jogo é uma atividade, humana mais não somente os animais brincam tanto quanto os homens. Nesse estudo procuramos considerar o jogo como o fazem os próprios jogadores, isto é, em sua significação primária e assim compreende-lo como fator cultural da vida que joga no limite entre a brincadeira e a seriedade.

Ainda Huizinga (1996) diz haver nele uma tendência para ser belo. Ele lança em nós um feitiço: é fascinante, cativante e está cheio de duas qualidades mais nobres que somos capazes de ver nas coisas: o ritmo e a harmonia, em cuja função na forma elevada que interessa a essa pesquisa pode de maneira geral ser compreendida pelos dois aspectos fundamentais que nele encontramos: uma luta por alguma coisa ou a representação de alguma coisa. O que é importante para a ciência da cultura é procurar compreender o significado dessas figurações no espírito dos povos que as praticam e nelas creem.

Kishimoto (1994) afirma que a função lúdica de diferentes atividades, inclusive do jogo, caracteriza conduta livre, prazer, satisfação, expressão de vontade, exploração, descoberta e divertimento.

Para Macedo et. al. (2000), a intervenção pedagógica por meio de jogos deve ser transformada em material de ensino e pesquisa, para os participantes, a aprendizagem e construção de conhecimento.

No Brasil, um país de grande diversidade sociocultural e acentuada elitização dos meios de comunicação, a efetividade das ações preventivas depende, em grande medida, do uso de meios alternativos como: literatura de cordel, teatro popular ou fantoches, jornais, murais, painéis ou cartazes; mensagem em para-choques de caminhões, vela de jangada, caixas coletoras de lixo; inscrições em muros, pedras, tapumes; faixas; sistemas de som, mensagens em contas. Enfim, toda e quaisquer outras modalidades que o imaginoso olhar popular possa criar (BRASIL, 1998).

Entre outros meios de comunicação encontramos os jogos educativos usados como uma proposta ampla de educação, pesquisa, podendo constituir-se de um instrumento de reflexão adaptado a todos os contextos e situações (BROUGERE, 1998). O autor afirma ter os mesmos um lugar na educação que ampliamos para a educação para a saúde. No nosso entender para isso é necessário conhecer a lógica dos discursos sobre jogo seus limites, ter conhecimento das causas e efeitos e suas características, mais também as suas limitações e assim saber construir um discurso racional sobre seu uso possível evitando o entusiasmo ingênuo e aparência com atividades lúdicas que desafia a passagem da atividade do jogo como fútil a ideia de seu valor educativo.

A comunicação implica em participação, comunhão, troca de mensagens, em emissão e/ou recepção de informações. Essencialmente, o intercâmbio de experiências socialmente significativas, interativas e produtivas, denotando um esforço para a convergência de perspectivas, reciprocidade de pontos de vista e implicando uma ação conjugada ou de cooperação. É, pois, um processo de mão dupla, o que significa que não se pode excluir a participação da comunidade da construção, do uso e da avaliação dos produtos a ela destinados (BRASIL, 1998).

Ao retomar tais questões torna-se oportuno trazer alguns discursos teóricos que articulam a ciência ao jogo visualizado no quadro 1 que se segue sobre as teorias de jogos e as formas voltadas para a educação em saúde para a mulher compreendendo que elas podem trazer elementos de como melhorar as decisões estratégicas para o autocuidado; a tomada de decisões entre indivíduos quando o resultado de cada um depende das decisões dos outros, vivencia cenários onde existem vários interesses em aperfeiçoar decisões pessoais e grupais, onde os próprios ganhos, às vezes apresentam conflitos entre si, fatos cotidianos numa interdependência similar a um jogo.

Quadro 1: Teorias de Jogos

TEORIAS/TEORICOS	CONCEPÇÕES
Teoria do descanso de Lazarus (1883)	O jogo é visto como atividade que serve para descansar e para estabelecer as energias consumidas nas atividades sérias e úteis.
Teoria do excesso de energia de Spencer (1897)	O jogo tem como função a descarga do excesso de energia excedente, portanto sua característica seria provocar cartase.
Teoria da antecipação funcional de Groos (1902)	Concebe o jogo como um exercício preparatório para desenvolver a percepção, a inteligência, a experimentação e instintos sociais. O jogo é visto como um pré-exercício de funções necessárias a vida adulta
Teoria da recapitulação de Stanley Hall (1906)	O jogo é visto como forma de recapitular gerações passadas, caracterizando a função atávica da atividade lúdica.
Teoria de conveniência do jogo para natureza humana e sua subdivisão em 4 teorias MONDIM (1980: 213-216)	<p>1. Teoria da Rejeição: aponta no jogo, relaxamento, sedução, falta de controle de si mesmo, perda de tempo. Rejeita e condena qualquer atividade lúdica.</p> <p>2. Teoria da Tolerância: analisado o jogo pela atitude de tolerância em relação a ele, não rejeita o jogo, mas alguns tipos de jogos especificamente, atribuindo a estes a lógica de fonte de corrupção ou sobrecarga da alma.</p> <p>3. Teoria do Reconhecimento: reconhece o valor positivo do próprio jogo. Essa lógica defendida na concepção antropológica que considera o homem constituído de corpo e alma e esta natureza pode cansar-se. Com o uso do jogo, se consente o relaxar, distrair, descansar, o jogo entra para instigar o cansaço da alma, sendo preciso recorrer a um prazer que interrompa o cansaço da ordem racional. O jogo, nessa lógica, está a serviço do trabalho.</p> <p>4. Teoria da Idealização: atualmente tende a ver o jogo numa nova perspectiva, não a serviço do trabalho, mas como atividade autônoma, ideal, fim da vida humana.</p>

*Adaptado de Negrine, O lúdico no contexto da vida humana: Da primeira infância a terceira idade. Brenelli (1996: 19-28), O jogo como espaço para pensar.

Deve-se optar por uma comunicação horizontal, que deve estar no centro do processo

de conquista da autonomia. Assim, as pessoas não devem ser vistas como objeto da ação educativa, e sim como sujeitos dela e coprodutores e possuidor-ativo da informação. Legitima-se o conhecimento pré-existente das pessoas, criando condições para participação, comunicação, reflexão e tomada de consciência social e política para a mudança (BRASIL, 1998).

O intercâmbio de experiências e conhecimentos com apoio de tecnologias de informação e educação no campo da saúde da família tem sido considerado a melhor forma de promover a compreensão do ser humano na integralidade do cuidado. Proporcionar aprendizagem é a mais frequente importância apontada para o jogo em relação à educação para a saúde da mulher a que o mesmo se destina, considerando ser um meio mais adequado para sua construção processos com base de pesquisa-ação.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudo

Pesquisa-ação cujo autor Thiollent (1988), o descreve como um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual a pesquisadora e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Para que não haja ambiguidade uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte disso, é preciso que a ação seja uma ação não trivial o que quer dizer uma ação problemática merecendo investigação para ser elaborada e conduzida.

Outros autores como Tripp (2005), ressalta a importância dessa abordagem como um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que se aprimora na prática pela oscilação sistemática entre agir e investigar a respeito dela. Planeja-se, programa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança, aprendendo mais, no correr do processo, planejando como monitorar e avaliar a situação atual, fazendo isso e, a seguir, interpretando e avaliando os resultados e planejar uma mudança adequada.

Por tal razão a metodologia em referência foi selecionada por sua potencial riqueza para provocar diálogos e produzir informações, socialização de ideias, liberdade de expressão, relevantes elementos para tomada de decisões sobre a vida cotidiana em todas as necessidades da vida da mulher (ARAÚJO et. al., 2013). Ainda, com base na compreensão e resolução de um problema do contexto que considera os sujeitos socioculturais que considera a libertação e emancipação rumo a plena humanização humana como propósito maior da educação para a saúde (FREIRE, 1983; 1979).

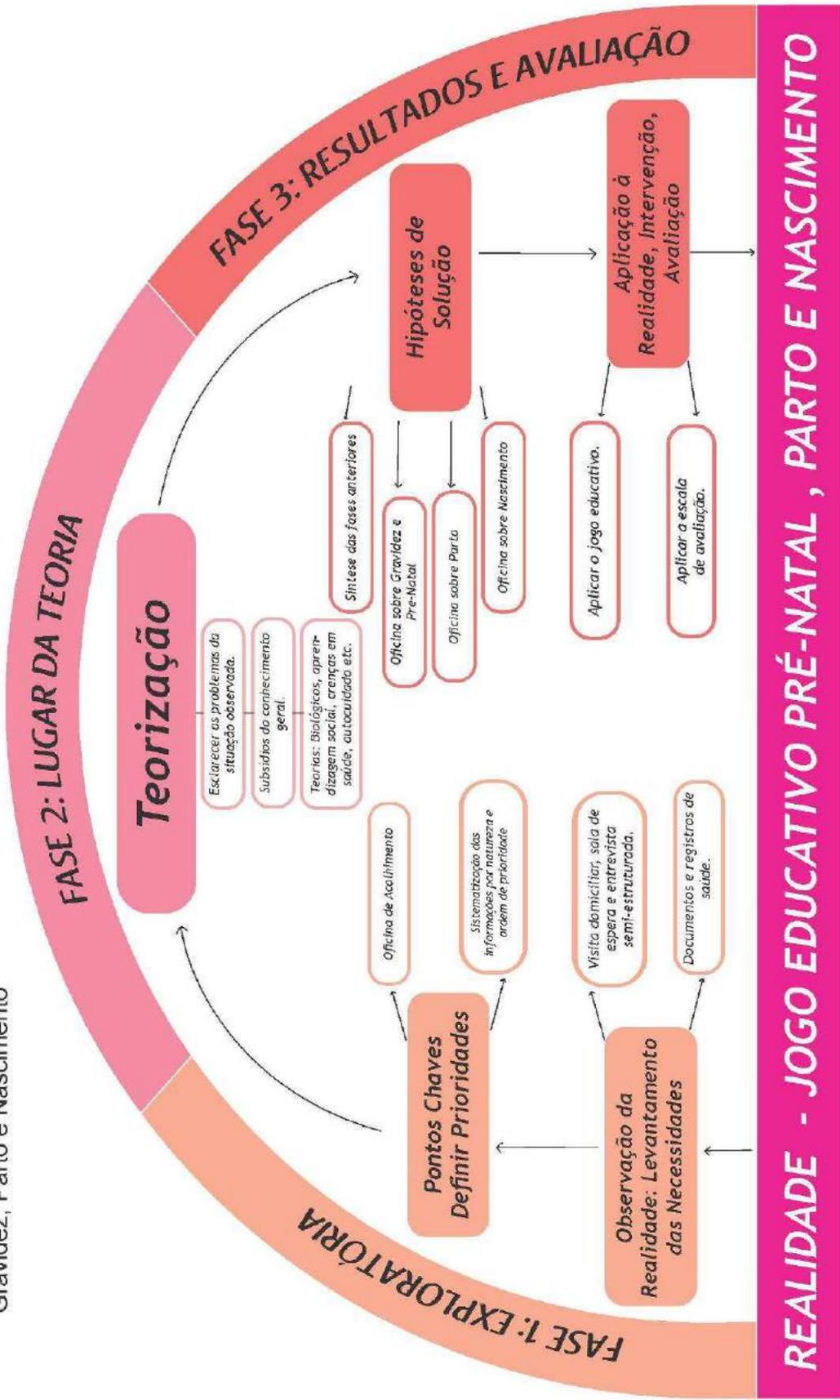
Consideramos assim na organização do percurso metodológico as fases sugeridas por Thiollent (1988): a primeira fase como ponto de partida ou fase exploratória (levantamento da situação atual, visões e expectativas sobre ciclo gravídico puerperal e seus desdobramentos na vida da mulher, gravidez, parto e nascimento e organização dos pontos-chaves); a segunda fase como ponto de chegada ou fase dos resultados e avaliação (soluções apontadas e medidas de avaliação).

Evidenciando que entre essas fases, uma fase intermediária (lugar da teoria), como caminho escolhido pela pesquisadora em função da necessidade de mergulhar em fontes de conhecimento e autores que fomentem o argumento em todas as etapas do processo investigativo e circunstâncias teóricas conceituais que se apresentam.

4.2. Referencial teórico-metodológico

Na efetivação do processo metodológico da pesquisa, utilizou o caminho sugerido por Charles Maguerez, o método do arco, adaptado de Bordenave e Pereira (2008) para o contexto dessa investigação de base intervencionista. A figura.1 representa a materialização do caminho da investigação tendo foco orientado para o processo de planejamento, execução, resultados e conclusões da pesquisa. Para efeito dessa pesquisa se orienta o método em cinco etapas: 1ª etapa – Observação da realidade – levantamento das necessidades; 2ª etapa – Pontos-chaves, problemas e definição de prioridades; 3ª etapa - Teorização – estabelecer campos de atuação; 4ª etapa – Hipóteses de solução – caminhos de intervenção; 5ª etapa – Aplicação à realidade, intervenção, avaliação cujo detalhamento será descrito.

Figura 1 Método do arco de Charles Maguerez adaptado para uso em pesquisa-ação sobre jogos educativos na saúde da mulher: Gravidez, Parto e Nascimento



Fonte: Adaptado das ideias do método do arco de Charles Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 2008) pela pesquisadora.

Fase 1: Exploratória

Consistiu em descobrir a situação de vida das mulheres, suas histórias, modos e estilos, o que pensam suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento de necessidades. Essa fase valorizou experiências de vida, crenças, atitudes, valores, emoções, motivações importantes a condicionarem a percepção das mulheres acerca de fenômenos biológicos, psíquicos e socioambientais que se articulam a gravidez, parto e nascimento. Nessa fase foram considerados dois eixos de exploração.

O primeiro eixo - Observação da realidade: Levantamento das necessidades - contemplou a mobilização das gestantes e o convite àquelas que fazem acompanhamento pré-natal, para engajamento na pesquisa, apresentação do projeto de pesquisa e busca de adesão ao estudo. Para efeito desse eixo consideramos como técnicas de mobilização a visita domiciliar, observação de demandas institucionais de cuidado a saúde, reuniões na unidade de saúde da área de moradia.

Nessa fase compreendeu a realização da entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), contemplando aspectos socioeconômicos e obstétricos visando levantar necessidades relacionadas às gestantes para compreensão da situação na gravidez, parto e nascimento.

Nessa fase ainda se privilegiou a consulta a documentos e relatórios que tem por base colaborar na organização do perfil da saúde da mulher, verificando a população geral, população de mulheres em idade reprodutiva e população de mulheres grávidas em atendimento pré-natal pela equipe da saúde da família cenário de atuação da pesquisadora.

Englobou a organização das informações consideradas pertinentes ao estudo como base inicial da pesquisa-ação a de conhecer a realidade que se pretende investigar cujos resultados têm uma dimensão de intervenção no nível local mesmo considerando que o desfecho pode ser a ampliação a outras situações e cenários de cuidado e tecnologias inovadoras.

O segundo eixo – Pontos chave / Definir prioridades - contemplou a oficina para o encontro de acolhimento entre as mulheres que aderiram ao estudo. É o momento da partilha da experiência do grupo. Como participantes são expostas ao problema prático real. Discutiram sobre a percepção global do tema saúde da mulher e seu desdobramento na gravidez, parto e nascimento a partir da realidade vivida por cada uma. Esse eixo de ação provocado pela relação interpessoal serviu para explorar os elementos essenciais para coleta de informações no contexto grupal/coletivo. Entende-se que a coleta de informações por meio

da oficina abre possibilidades da interação e produção de informação colaborativa (entrevista coletiva) atentando para o registro, em murais, caderno do tipo diário de campo, modelagens, memórias de vida, desenhos, filmagens e fotografias.

Partindo da adaptação da expressão inglesa *workshop* Macedo, et. al.(2009) descreve a oficina como um evento caracterizado pela realização de atividades de caráter intensivo, compartilhamento de experiências concretas, que permite a reflexão sobre diferentes hipóteses e pressupostos contidos nos objetivos da pesquisa. Muitas vezes, empiricamente, a partir de uma vivência cotidiana que pode fornecer subsídios para um diagnóstico-síntese de cada realidade ou temática em estudo.

As ferramentas da arte e tecnologias inovadoras são potencializadas para liberdade de todas participarem, aprenderem e construir saberes e práticas e reunirem informações de maneira colaborativa. Estímulos às formas de expressão foram dispostos (papel, tinta, massa modelar); técnicas (modelagem, fantoches, pinturas, desenhos; músicas de brincadeiras, roda, ciranda) e outras ferramentas inovadoras foram mobilizadas trazendo um certo encantamento para pensamentos mais acolhedores e ternos. Essa etapa objetivou além de reunir informações a respeito do problema (olhar a pesquisa com foco na ação/prática), o empoderamento das participantes na busca de respostas que possam contribuir para superação do problema investigado (olhar a ação com foco na pesquisa e vice-versa).

Para Abreu (2009), saber argumentar na pesquisa ação é integrar-se ao universo do outro com a obtenção do que queremos de modo cooperativo e construtivo. Nesse caso o encantamento ou *maravilhamento* (capacidade de surpreender-se novamente com o que o hábito tornou comum) funcionou como ponto de partida para aproximação na realidade temática e primeiro universo de argumentação para compreensão da experiência das participantes baseado na pura possibilidade, em que nada foi determinado, reinando a liberdade absoluta, baseados na estrutura do real e fundamentados em pontos de vista, pelo exemplo e não na descrição objetiva dos fatos com os recursos de presenças..

Nesse eixo aconteceu a primeira oficina denominada "**Oficina de Acolhimento**". A técnica de dinâmica de grupo escolhida para o primeiro momento foi "com que cara estou chegando?". Cada participante iniciou construindo uma moldura e em seguida a representação visual do momento de chegada. Solicitou-se no final que cada uma atribuísse uma palavra ou frase curta que represente o sentimento de chegada ao grupo. Seguiu-se a apresentação de cada uma ao grande grupo e debate sobre acolhimento na atenção a saúde da mulher no serviço de saúde. Finalizou com a apresentação de todas e a organização das caras em um

quadro representando a cara do grupo.

Com as participantes acolhidas iniciou-se o segundo momento da oficina para construção de um painel representativo das respostas sobre gravidez, parto e nascimento. A técnica de dinâmica de grupo para esse momento foi de “complementação de frases” como recurso de pesquisa por meio da expressão vivencial das mulheres identificando as necessidades ou expectativas e aspectos passíveis de serem manejados em uma possível intervenção por meio de jogos educativos. As frases estímulos foram apresentadas na seguinte ordem indicadas no quadro2.

Quadro 2. Representativo da técnica de complementação de frases gravidez, parto e nascimento.

GRAVIDEZ	PARTO	NASCIMENTO
1. Minhas necessidades na gravidez são...	1. Parto normal é...	1. Após o nascimento do meu bebê eu preciso saber...
2. Estou sentindo...	2. Parto cesáreo é...	2. O aleitamento materno exclusivo é...
3. Seria bom se eu não sentisse...	3. São duvidas que tenho sobre o parto...	3. Os métodos que conheço para evitar uma nova gravidez são...
4. Os cuidados que tenho que tomar são...	4. Vou para a maternidade quando...	

Fonte: organizado e adaptado pela pesquisadora com base na bibliografia referida.

O desfecho dessa fase trouxe como produto a organização de um mural apresentando as expressões vivenciais das participantes sobre gravidez, parto e nascimento material que servira de apoio a fases seguintes da pesquisa.

Fase 2: Teorização – esclarecer os problemas da situação observada

Consistiu na busca de subsídios do conhecimento geral para orientar a solução do problema investigado, ou seja, evidências científicas ou uma explanação teórica do problema, reunindo um acervo teórico-conceitual para encaminhamento das relações entre o que já foi escrito sobre o assunto e as propostas de encaminhamento da solução dos problemas a serem resolvidos. Trata-se de levantamento do conhecimento disponível sobre jogo educativo onde a pesquisadora toma como fontes básicas de referência para realizar suas análises. Seria um esforço de interrogar a produção acadêmica sobre essa área do conhecimento, nível de

desenvolvimento em que se encontra, em um momento determinado, uma técnica, uma ciência (FERREIRA, 2002).

As teorias e os conceitos entram nessa fase apoiada em um eixo. Esse eixo diz respeito a buscar fontes de inspiração e saberes necessária a compreensão do problema no olhar das mulheres participantes do estudo sistematizado de acordo com a natureza dos mesmos estabelecendo prioridades do problema identificado nos pontos-chave. Essa inspiração envolve conhecimento da cultura popular, ferramentas de tecnologia e de conhecimento da ciência, arte, filosofia, religião. Busca acolher a diversidade de experiências já instituídas no campo da promoção da saúde, educação em saúde e educação popular em saúde e tecnologias educativas. Esse desafio incide em constituir o espaço do pensamento aberto à indagação, à análise e à curiosidade, não apenas baseado em evidências científicas e certezas, mas também o que foge de toda sistematização lógica e que se encontra no campo das incertezas, derivado da experiência humana retratada na expressão das mulheres.

Nessa etapa são consideradas para consulta as bases de dados, bibliotecas digitais disponíveis online no site da Bireme, artigos científicos sobre o assunto, em que melhor apresentam os descritores da pesquisa: Saúde da mulher; Atenção Primária à Saúde; Jogos experimentais.

Fase 3: Resultados e Avaliação

Essa fase foi constituída de dois eixos. No primeiro eixo a pesquisadora de posse de todo o material já produzido pelas participantes do estudo na fase anterior foi exposto como recurso necessário e de apoio para a produção de jogos educativos. Nesse eixo se adquiriu um modo instrumental no ato de saber fazer contextualizando objetivos, a que se destina e caráter de inovação tecnológica para a confecção de jogos educativos que englobem os temas gravidez, parto e nascimento.

Santos (1999) afirma que esse tipo de atividade é uma forma do indivíduo integrar-se ao ambiente em que vive, pois por meio dela a participante é incentivada a expressar-se, formar conceitos, formar relações lógicas, relacionar ideias e desenvolver a expressão oral. Garante que o lúdico é uma necessidade do ser humano em qualquer idade e não pode ser vista apenas como diversão.

Nesse eixo está contemplada a realização de três oficinas de produção de jogos educativos:

A **primeira oficina** denominada de “Gravidezl”. No momento de acolhimento do

grupo foi utilizada uma técnica com uso do origami, representativa da arte de dobrar papel, para criar objetos usando vários tipos de dobras diferentes, podendo chegar a formas simples. É uma arte muito popular, importante em situações que envolvem a saúde da mulher, como por exemplo, construir um objeto e depois de feito verificar seus desdobramentos e analisar as possibilidades no contexto da pesquisa. Para isso foi fornecido a cada uma das participantes um papel de formato quadrado (15X15 cm) e orientado pela pesquisadora os passos a serem seguidos para vivencia.

No segundo momento da oficina correspondeu à produção de jogos educativos voltados à gravidez, retomamos o painel construído pelas participantes sobre gravidez e realizamos roda de conversa sobre os temas. A produção do jogo educativo foi de acordo com os temas discutidos no momento anterior.

Nesse momento utilizou-se a técnica de ateliê, termo francês para estúdio artístico, utilizado para caracterizar o estúdio de um educador, um professor, um estudante, um integrante, um participante. Lugar de trabalho, pesquisa, criação, experimentação, manipulação, e produção de material com uso de arte educação. São disponibilizados materiais como, papéis, revistas, figuras, desenhos ilustrativos, caixas, EVA (espuma vinílica acetinada), cartolinas, canetas, papel cartão, durex, cola, pincéis, lápis de cor, giz de cera, argila, tinta, massa modelar, gesso, tecido, tampas, uso de fotografia, vídeo, ilustração, escultura, pintura, peças de roupa, escultura, música, animação, teatro, poesia e outros arsenais de equipamentos utilizados no cuidado com uso da arte e outras opções para produção de informações de interesse da pesquisa.

Adaptado para a pesquisa em educação em saúde, o ateliê na oficina apresenta-se como uma técnica de coleta de dados, um lugar de trabalho de produção de jogos educativos que tem a arte como essência ou foco do processo educativo. Como lugar de cuidado organiza a experiência de pesquisa ao tempo em que fertiliza a imaginação e educa as emoções e os sentidos humanos das participantes, característica básica da pesquisa-ação.

A **segunda oficina** intitulada de “Parto”. Iniciamos o encontro com um momento nomeado de “Minutos de intimidade”. A pesquisadora sugeriu que cada participante durante alguns minutos, procurassem reduzir as tensões do dia-a-dia e dedicassem esse momento a vivencia do vínculo. Solicitando que as participantes relaxem e dialoguem com seu bebê. No final, as participantes em circulo expressaram sobre a vivência do grupo.

Ainda utilizando as expressões vivenciais registradas no mural as participantes foram estimuladas, para a produção dos jogos educativos voltados à temática “o parto” e foi sugerida a construção do caminho do parto. Os materiais disponibilizados para tal atividade foram

aqueles comuns a outras oficinas expresso na descrição de ateliê.

Na **terceira oficina** nomeada de “Nascimento”, a princípio utilizamos um manequim representando um bebê e cada participante pegou no colo e iniciamos uma discussão sobre os cuidados no nascimento com a nova mãe e o bebê. Nesse momento, iniciamos a construção do jogo educativo sobre o tema e desdobramentos de cuidados com o bebê, amamentação e planejamento familiar. O apoio à produção dos jogos foi disponibilizado no ateliê, utilizado pelas mulheres participantes do estudo.

O produto das oficinas (jogos educativos sobre gravidez, parto e nascimento) exposto pelas participantes guiou à pesquisadora no refinamento da proposta e adequação as necessidades expressas pelas mulheres.

O segundo eixo correspondeu à avaliação contemplando a verificação dos jogos elaborados e validação nos processos de educação à saúde da mulher. Para essa ação de pesquisa foi inicialmente observado à qualidade das imagens com apoio de um designer gráfico; os conteúdos postos recebido em estado bruto foram analisados pela pesquisadora recebendo refinamentos, essenciais para seguimentos posteriores da pesquisa.

4.3. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Caucaia - Ceará. O município pertence à macroregião da Grande Fortaleza, mesoregião Metropolitana de Fortaleza e a Microregião de Fortaleza, sendo um dos municípios mais antigos do Estado e da região metropolitana da capital. Dista 16,5 km de Fortaleza e sua população de 324.738 habitantes (IBGE, 2010). O município possui 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais trabalham: 74 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de seis Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), distribuídas em seis Distritos de Saúde, cada um com suas peculiaridades e necessidades de atendimento. Os Distritos são divididos em: I-Sede, II- Praia, III- Sertão e IV- Metrôpole e Sertão, V e VI- Jurema.

A opção por esse município é de conveniência e sensibilização com a realidade local, visto que a pesquisadora esta inserida como Enfermeira da Equipe de Saúde da Família, lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Jesus Ferreira Torres, do bairro Conjunto Metropolitano. Atende 5810 famílias cadastradas na Unidade de áreas cobertas e descobertas pela ESF.

O bairro possui uma história de luta social por moradia, sendo um território com diversas vulnerabilidades e potencialidades. Possui uma população visivelmente carente,

muitos vivem com mínimas condições sociais e econômicas. A população possui característica migratória, ou seja, ora está em uma casa, ora está em outra, ora não está mais no bairro, dificultando a atualização dos cadastros e o acompanhamento contínuo.

A população enfrenta dificuldades, como falta de saneamento básico, carência de lazer e de habitação saudável, dificuldade de acesso a vários tipos de serviços, muitas vezes por falta de transporte para a mobilização, além da violência diária e envolvimento com tráfico de drogas.

A UBS possui duas equipes para atender essa população, possuindo áreas descobertas pela ESF e onde geralmente se concentra os maiores problemas.

As duas Equipes da ESF contam com duas enfermeiras, dois médicos, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de Enfermagem e 19 agentes comunitários de saúde. Essas equipes da ESF de acordo com o consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB – Julho/2015): acompanham 3331 famílias, sendo 12583 pessoas, dessas pessoas 3286 são mulheres em idade fértil e destas 69 são gestantes.

4.4. Participantes do estudo (amostra)

As participantes do estudo foram as gestantes em acompanhamento pré-natal na UBS Maria de Jesus Ferreira Torres do bairro Conjunto Metropolitano, do município de Caucaia-Ceará.

Para o cálculo do tamanho da amostra o “P” foi fixado em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo de amostra; o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 10,4% (erro amostral absoluto = 5,2%). Assim sendo, para uma população de 69, esperando-se o pior resultado aceitável de 55%, a amostra é de 58. As quais foram convidadas a participar do estudo, sendo realizada inicialmente uma entrevista semiestruturada.

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

Desse total, 44 foram as que realmente participaram, pois doze tiveram parto até o início do período da realização da coleta de dados e duas não aceitaram participar da pesquisa.

4.5. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão

Gestantes em acompanhamento pré-natal pela Equipe de Saúde da Família da UBS Maria de Jesus Ferreira Torres.

Critérios de exclusão

Gestantes sem capacidade cognitiva.

4.6. Coleta de dados

Como etapa inicial da coleta de dados foi realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado com as participantes do estudo utilizando um instrumento contemplando os aspectos socioeconômicos e obstétricos.

Segundo Minayo (2007), a entrevista combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

No seguimento da coleta de dados e com as informações disponíveis foram realizadas oficinas de produção do jogo educativo seguindo as etapas sugeridas no método do arco de Charles Maguerez onde as informações foram coletadas utilizando a entrevista coletiva por meio da técnica de oficinas, descritas anteriormente.

Essa forma de coletar dados/informações baseada no diálogo, conversação, socialização de ideias, liberdade de expressão, questões consideradas relevante nesse tipo de pesquisa. Apoiar-se no problema da pesquisa que envolve profissional (uma enfermeira pesquisadora) e usuárias do sistema Único de Saúde (mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal na atenção primária).

O caminho utilizado para realização das oficinas foi baseado no Quadro 3, sendo acionados os mecanismos de adaptação considerando a temática da pauta de cada uma das oficinas.

Quadro 3: Oficinas para cuidado e produção de jogos educativos na saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA	A oficina é um método de trabalho em grupo caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiência que inclui aprendizagem, mas também de construção do conhecimento através da vivência. As participantes são mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal na atenção primária.
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	Reunir informações das participantes sobre gravidez, parto e nascimento, sistematizando o por natureza e prioridade aliado a vivencia cotidiana .
OBJETIVOS DE PESQUISA	Produzir conhecimentos e jogos educativos para mediar o cuidado a saúde da mulher no pré-natal, parto e nascimento.
ETAPAS E PROCEDIMENTOS	Definir com o grupo a participação; as combinações necessárias para serem feitas quanto a horário, local; esclarecer a regra do sigilo (o que é falado no grupo não pode ser comentado fora do grupo sem a permissão deste), a da palavra livre (todos podem se expressar) e outros aspectos que se colocarem como relevantes. O número e a duração de encontros. Porém, é interessante que cada encontro seja estruturado em pelo menos três momentos básicos: 1 – um momento inicial que prepara o grupo para o trabalho do dia. 2 – um momento intermediário em que o grupo se envolve em atividades variadas que facilitem a sua reflexão e elaboração do tema trabalhado. 3 – um momento de sistematização e avaliação do trabalho do dia, acompanhando o desenvolvimento de sua reflexão e o crescimento de seu processo, ao longo da oficina, e ajudando a tomar decisões sobre os encontros seguintes.
OPERAÇÕES MENTAIS PREDOMINANTES	<p>Planejamento de projetos e pesquisas: projeto exige esquema preliminar, plano, grupo, definição de tarefas, etapas, divisão e integração de trabalho, questão ou problema, identificação das questões norteadoras, definição de abrangência, de fontes, definição de instrumentos de coleta dos dados, etapas e cronograma; exige, assim, identificação, comparação, resumo, observação, interpretação, busca de suposições, aplicação de princípios, decisão, imaginação e crítica.</p> <p>Observação: sob a ideia de observar existe o procurar, identificar, notar e perceber. É uma forma de descobrir informação. Compartilhada, Exige objetivos definidos, podendo ser anotadas, esquematizadas, resumidas.</p> <p>Resumo: Apresentar de forma condensada a substância do que foi apreciado.</p> <p>Interpretação: Processo de atribuir ou negar sentido à experiência, exigindo argumentação para defender o ponto proposto. Exige respeito aos dados e atribuição de importância, causalidade, validade e representatividade. Pode levar a um descrição inicial para depois haver uma interpretação do significado percebido.</p> <p>Crítica: Efetivar julgamento, análise e avaliação, realizando o exame crítico das qualidades, defeitos, limitações. Segue referência a um padrão ou critério.</p> <p>Imaginação: Imaginar é ter alguma ideia sobre algo que não está presente, percebendo mentalmente o que não foi totalmente percebido. É uma forma de criatividade, liberta dos fatos e da realidade. Vai além da realidade, dos fatos e da experiência. Socializar o imaginado introduz flexibilidade às formas de pensamento.</p> <p>Decisão: Agir a partir de valores aceitos e adotados na escolha, possibilitando a análise e consciência deles. A escolha é facilitada quando há comparação, observação, imaginação e ajuizamento, por exemplo.</p>

Fonte: Modelo de quadro adaptado pelos autores, tendo como fontes ANASTASIOU, ALVES (2012); AFONSO (2006); RATHS et. al. (1977). ARAÚJO et.al.(2016).

4.7. Análise e apresentação dos dados

Na pesquisa qualitativa, a coleta e análise dos dados não são consideradas divisões estagnadas, fazem parte de um todo contínuo (TRIVIÑOS, 1987). Diante disso, a análise foi realizada ao longo do estudo, baseado na apreensão dos conteúdos manifestos nas falas das mulheres, agrupado durante as oficinas, de acordo com um suporte teórico, sendo compreendido em sua totalidade. Dessa forma, a revisão de literatura não constituiu um capítulo separado, mas a opinião dos autores pesquisados permeou e fundamentou os resultados encontrados, no que tange a temática investigada.

Para proceder à análise dos dados, foi selecionada a análise de conteúdo, a técnica de análise categorial. Para Bardin (2011), a técnica de análise categorial, atua no registro em si, presente na falas das participantes.

Por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz. (p. 201).

Para organização dos pontos-chaves da pesquisa foi utilizado um recurso gráfico por meio de nuvens de palavras (*tag clouds*). A técnica de construção dessas nuvens consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com a frequência das ocorrências das palavras no texto analisado. Esta forma mais visual pode facilitar a compreensão e tem a facilidade de poder ser executada rapidamente através de *website*, como o Wordle (www.wordle.net).

4.8. Aspectos éticos

Essa pesquisa respeita os preceitos éticos regulamentados pela Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que integra os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo aprovado para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número 1.403.820.

Nessa etapa foi esclarecido a respeito dos objetivos da pesquisa e solicitado após a aceitação de participar, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Na oportunidade da coleta de dados foi explicado que a participação seria de caráter voluntário. E que seria preservado anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram divididos em quatro seções, a primeira é referente às questões da entrevista semiestruturada, contemplando os aspectos socioeconômicos; a segunda referente aos aspectos obstétricos investigados; a terceira corresponde à descrição das quatro oficinas utilizadas como ferramenta de coleta de dados e levantando das necessidades relacionadas às gestantes e a quarta sessão compreende a elaboração dos jogos educativos.

5.1 Caracterização das participantes por aspectos socioeconômicos

A primeira sessão corresponde aos aspectos socioeconômicos indicado na tabela 1.

A média de idade das 44 participantes da pesquisa foi de 23,3 anos; 37(84,1%) se denominaram pardas. As religiões predominantes foram católica 21(47,7%) e evangélica 15(34,1%). Em relação à escolaridade, a maioria das participantes tinha o ensino fundamental incompleto 14(31,8%), seguido das que tinham ensino médio incompleto 13(29,5%), 10(22,7%) concluíram o ensino médio, 6(13,6%) concluíram o ensino fundamental e apenas 1(2,3%) cursava ensino superior.

Sendo a baixa escolaridade considerada um fator de risco gestacional (BRASIL, 2012), torna-se necessário um preparo dos profissionais que prestam assistência a essas gestantes para orientações inerentes a esse período repleto de modificações fisiológicas e psicológicas na mulher, portanto a proposta de trabalhar com grupo de gestantes buscar responder as necessidades dessa população.

A maior parte das participantes viviam com companheiro, sendo 23(52,3%) em união estável, 06(13,6%) casadas e 13(29,5%) solteiras. A ocupação predominante de 30(68,2%) participantes é do lar, enquanto 14(31,8%) trabalham fora de casa. A maioria 31(70,5%) mantinha sua família com renda de 01 a 02 salários mínimos, seguidos das 09(20,5%) que viviam com menos de 01 salário.

Tabela 1: Distribuição das gestantes por aspectos socioeconômicos. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade		
Entre 15 e 19	12	27,2
Entre 20 e 35	31	70,5
Maior que 35	1	2,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	14	31,9

Ensino fundamental completo	6	13,6
Ensino médio incompleto	13	29,5
Ensino médio completo	10	22,7
Ensino superior incompleto	1	2,3
Religião		
Católica	21	47,7
Evangélica	15	34,1
Nenhuma	7	15,9
Outra	1	2,3
Raça		
Branca	4	9,1
Preta	2	4,5
Parda	37	84,1
Não sabe	1	2,3
Trabalho fora de casa		
Sim	14	31,8
Não	30	68,2
Renda familiar		
Menos de 01 S.M.	9	20,5
01 a 02 S.M.	31	70,5
02 a 03 S.M.	3	6,7
Mais de 03 S.M.	1	2,3
Estado civil		
Solteira	13	29,5
Casada	6	13,7
Estável	23	52,3
Outros	2	4,5

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora

5.2 Caracterização das participantes por aspectos clínicos e obstétricos

A segunda sessão considera os aspectos obstétricos e clínicos das participantes, apresentados nas tabelas 2 a 6, 21(47,7%) eram primigestas, 8(18,2%) estavam na segunda gestação e 15(34,1%) estavam entre a terceira e oitava gestação. Tinham história prévia de aborto 6(13,7%). Tinham histórico de parto vaginal 15(34%) e 8(18,1%) de parto cesáreo. Vivenciavam uma gravidez não planejada 27(61,4%).

Os resultados desse estudo corroboram com um estudo no extremo Sul do Brasil, onde a prevalência de gravidez não planejada foi de 65%, considerada bastante elevada, apresentando maior probabilidade em mulheres de cor da pele preta ou parda, as mais jovens, as que não vivem maritalmente, as mais pobres, as que vivem com mais de três pessoas em seus domicílios, as fumantes, as que já tinham filhos, as que não tiveram apoio dos pais de seus filhos e as não assistidas por planos de saúde privados. O fato de ter tido um ou mais episódio de aborto prévio mostrou associação de proteção para gravidez não planejada (PRIETSCH, et. al., 2011).

Evangelista, Barbieri e Silva (2015) constataram uma prevalência de 58% de gravidezes não planejadas, verificando que a maioria das mulheres não havia participado do programa de planejamento familiar apesar do mesmo está disponível, apontando para baixa eficiência e adesão ao programa na Estratégia Saúde da Família.

Em um estudo de Coelho et. al. (2012) 66,5% referiram que vivenciavam uma gravidez não planejada, sendo possível afirmar que esse evento é, em parte, resultante de condições adversas, visto que predominam baixa renda, baixa escolaridade, trabalho doméstico no lar ou fora dele e baixa remuneração no âmbito pessoal e familiar, o que leva à dependência do parceiro e dificulta o controle sobre seu corpo, condição para a liberdade reprodutiva e para a autonomia.

Tabela 2: Distribuição das gestantes por aspectos obstétricos. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestações		
Primigesta	21	47,7
Secundigesta	8	18,2
Multigesta (3 ou +)	15	34,1
Partos		
Primípara	11	25,0
Secundípara	4	9,1
Multípara (3 ou +)	7	1
Abortamentos	6	13,7
Partos vaginais	15	34
Cesárea	8	18,1
Gravidez planejada		
Sim	17	38,6
Não	27	61,4

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Referente aos antecedentes clínicos, descritos na tabela 3, 14(31,8%) referiram ter história prévia de infecção urinária, 4(9,1%) Hipertensão Arterial Sistêmica, 2(4,5%) pré-eclâmpsia e nas patologias de Diabetes, Cardiopatia, Tromboembolismo e Eclâmpsia foram apontada uma participante em cada (2,3%). E uma referiu antecedente de infertilidade (2,3%).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais responsável frequentemente por complicação na gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Torna-se necessário o adequado manejo da

hipertensão arterial na gravidez para proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal (BRASIL, 2012).

Bezerra, et. al. (2005) destacou a hipertensão como a principal causa de óbito materno em uma maternidade investigada. Chaim et. al. (2008) evidenciou como principais repercussões perinatais o baixo peso ao nascer e a prematuridade, destacando a prevalência da doença hipertensiva na gestação como uma das principais causas de morte materna em mulheres brasileiras.

Tabela 3: Distribuição das gestantes por antecedentes clínicos. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

<i>Antecedentes clínicos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
HAS	4	9,1
Pré-eclampsia	2	4,5
Eclampsia	1	2,3
Diabetes	1	2,3
Cardiopatía	1	2,3
Tromboembolismo	1	2,3
Infertilidade	1	2,3

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Na gestação atual foi investigado a respeito das patologias, que de acordo com a tabela 4, destacam-se quatorze participantes com quadro de anemia (31,8%), onze com infecção urinária (25%), três etilista (6,8%) e uma tabagista (2,3%). Nenhuma declarou fazer uso de outras drogas. Duas referem ter tido hemorragia no primeiro trimestre de gestação (4,5%), enquanto uma teve no segundo trimestre (2,3%). Uma gestante apresenta hipertensão na gestação atual (2,3%) e uma diabetes gestacional (2,3%). Uma está com oligodramnio (2,3%) e uma teve ameaça de parto prematuro (2,3%).

A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro. Sendo um dos fatores mais evidente a dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais (BRASIL, 2012). Para muitas é difícil seguir uma dieta adequada e equilibrada, devido aos sintomas que algumas apresentam na gestação, como rejeição a certos tipos de alimentos, náuseas, vômitos, ou até mesmo por condições econômicas desfavoráveis para aquisição de frutas e verduras.

O predomínio de 31,8% de anemia entre as gestantes desse estudo é considerado inferior ao índice de importância alarmante pela OMS, que é igual ou superior a 40%. No entanto, prevalências entre 20 e 39% são consideradas de significância moderada no âmbito da saúde pública, sendo aceitos valores abaixo de 5%. Sendo os dados isolados encontrados no Brasil mostram que a situação da anemia durante a gestação está distante do desejado.

Vitolo, Boscaini e Bortolini (2006) discutem quanto à forma mais eficiente de suplementação com sais de ferro, devido à baixa resolutividade, seja pelo frequente abandono, devido aos efeitos colaterais. Constataram que a variável mais fortemente associada à presença de anemia foi a escolaridade, exercendo papel fundamental no contexto da adesão as atitudes vinculadas ao adequado estado de saúde e nutrição. Sugerindo mudanças estruturais nas condições socioeconômicas da população para se modificar o quadro atual quanto à anemia ferropriva.

Em relação à infecção do trato urinário (ITU), Brasil (2012) refere que é a complicação clínica mais frequente na gestação, podendo ser ocasionada por modificações da própria gestação, algumas mediadas por hormônios, ocorre em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. E a respeito do uso de álcool e outras drogas são contra indicados na gravidez podendo trazer consequências para o recém-nascido e aumenta o risco de malformações.

Tabela 4: Patologias na gestação atual. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

<i>Patologias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Anemia	14	31,8
Infecção urinária	11	25,0
Alcoolismo	3	6,8
Tabagismo	1	2,3
Hemorragia 1 T	2	4,5
Hemorragia 2 T	1	2,3
HAS	1	2,3
Diabetes gestacional	1	2,3
Oligodramnio	1	2,3
Ameaça parto prematuro	1	2,3

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Apesar de todas as 44 participantes estarem realizando pré-natal pelas Equipes de

Saúde da Família da UBS Maria de Jesus Ferreira Torres, segundo a tabela 5, apenas 8(18,2%) referiram ter tido atendimento odontológico durante a gestação, 3(6,8%) referiram ter participado de atividade educativa. Contudo 33(75%) manifestaram vontade de participar de grupo de gestante e somente 2(4,5%) haviam realizado visita a maternidade.

O pré-natal odontológico é recomendado para toda gestante, pois o estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência (BRASIL, 2012). Porém, nesse estudo apenas oito gestantes tiveram acesso ao atendimento odontológico, sendo necessário investigar as causas, as quais podem também está relacionada à carência da logística para realização desse tipo de atendimento.

E para uma assistência pré-natal efetiva inclui a garantia de realização de práticas educativas, sendo atribuição de todo profissional da Estratégia de Saúde da Família e podendo ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias etc. (BRASIL, 2012). Nessa pesquisa, apenas três gestantes referiram participar de atividades educativas, infere-se que essa informação pode está articulada a compreensão da atividade educativa relacionada à palestra, grupos e não a uma concepção ampliada que articula os processos educativos como parte do processo de atenção a saúde na relação com os usuários.

Nota-se também a necessidade de uma vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais/maternidades/serviços diagnósticos. Destacando a importância de uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto e, conforme o interesse da gestante, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação (BRASIL, 2012).

Tabela 5: Distribuição das gestantes por atendimento odontológico e participação em atividade educativa. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

	<i>n</i>	%
Atendimento odontológico	8	18,2
Atividade educativa	3	6,8

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Durante o acompanhamento pré-natal, manifestam-se queixas. Entre as mais comuns do período gestacional, as quais foram citadas de acordo com a tabela 6 estão náuseas, tonturas, vômitos, azia, estrias, dor lombar, dor de cabeça, dor abdominal, falta de ar e

câimbras.

No período gestacional ocorrem as alterações fisiológicas mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo (COSTA, et. al. 2010).

Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação. Considerando que a maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo, salvo em casos em que os sintomas sejam associados a patologias clínicas mais complexas (BRASIL, 2012).

Tabela 6: Distribuição das gestantes por queixas na gestação. UBS Maria de Jesus Ferreira Torres – Caucaia – Ceará, Fevereiro, 2016.

<i>Queixas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Náusea	35	79,5
Tontura	35	79,5
Vomito	34	77,3
Azia	33	75,0
Estrias	33	75,0
Dor lombar	31	70,5
Dor de cabeça	31	70,5
Dor abdominal	30	68,2
Falta de ar	28	63,6
Caimbra	25	56,8
Dor nas mamas	23	52,3
Salivação excessiva	21	47,7
Corrimento vaginal	21	47,7
Queixas urinarias	20	45,5
Fraquezas e desmaios	18	40,9
Varizes	17	38,6
Intestino preso	16	36,4
Sangramento gengival	15	34,1
Hemorroida	2	4,5
Manchas escuras rostos	2	4,5

Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

A realidade mulheres desse estudo revela a média de idade das 44 participantes da pesquisa de 23,3 anos; a maioria parda, católica e com ensino fundamental incompleto. Apesar da maior parte que viviam com companheiro, predominou a união estável, sendo a

união civil pelo casamento pouco referenciada. A ocupação predominante foi do lar e mantinham sua família com renda de um a dois salários mínimos.

Predominaram primigestas, sendo que das multigestas seis tinham história prévia de aborto e quinze tinham histórico de parto vaginal. Destacou-se que a maioria vivenciava uma gravidez não planejada.

Evidenciou antecedentes clínicos de infecção urinária, hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes, cardiopatia, tromboembolismo e infertilidade. Na gestação atual, ressaltou gestantes com quadro de anemia, infecção urinária, etilismo e tabagismo, hipertensão, diabetes gestacional, oligodramnio, ameaça de parto prematuro e ainda foi relatado casos de hemorragia.

Salienta a necessidade de atendimento odontológico durante a gestação, participação de atividade educativa e realização de visita à maternidade. Sendo fundamental o acolhimento, acompanhamento e orientação quanto às queixas mais comuns do período gestacional.

5.3 Oficinas como método de pesquisa

A terceira sessão traz a descrição das quatro oficinas utilizadas como ferramenta de coleta de dados, realizadas na seguinte ordem: oficina de acolhimento, oficina de gravidez, oficina de parto e oficina de nascimento.

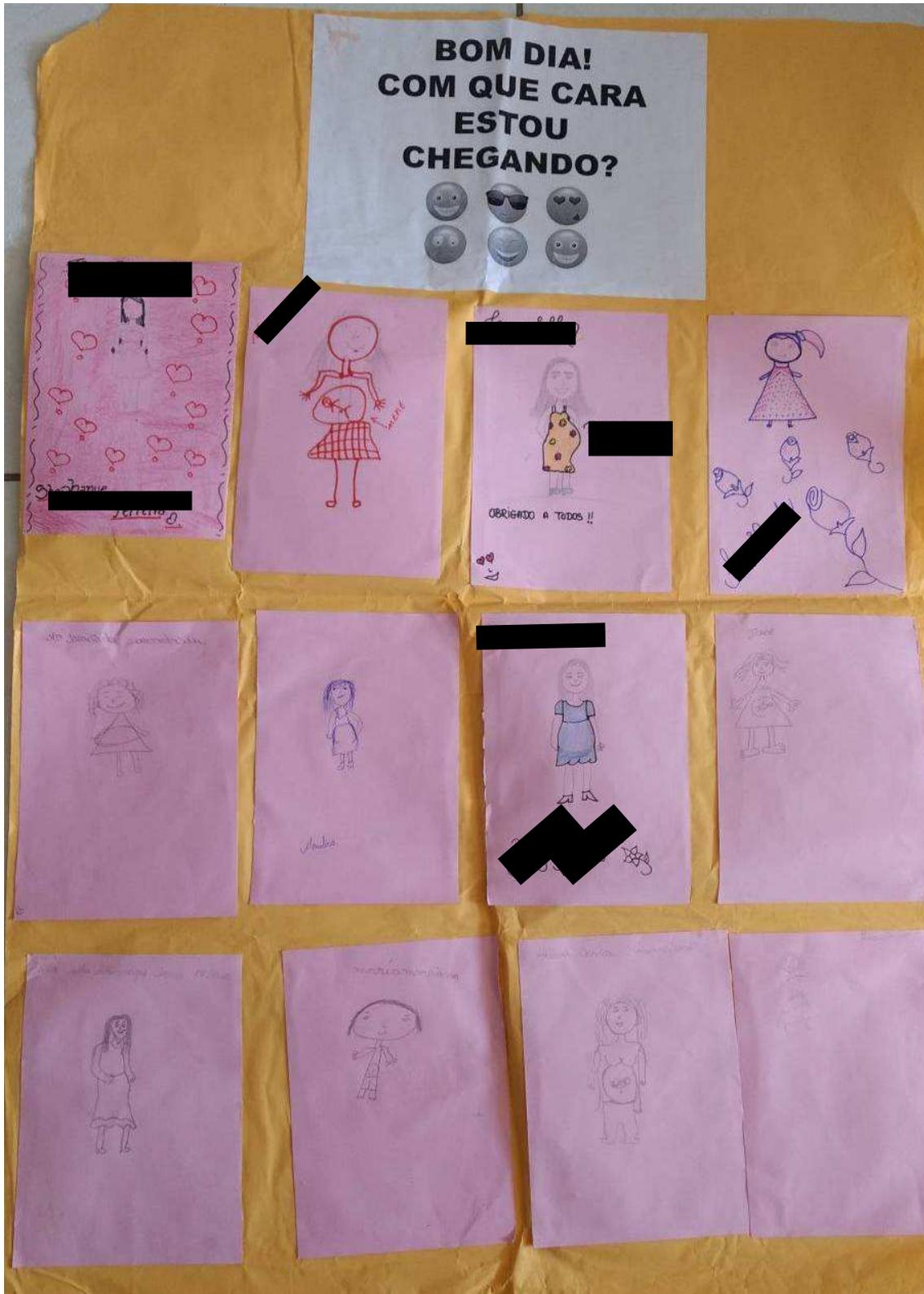
As oficinas aconteceram em quatro encontros, de forma contínua, com a frequência de uma vez por semana. A duração de cada oficina foi aproximadamente duas horas. Essa pesquisa teve o apoio da Equipe de Saúde da Família do bairro Conjunto Metropolitano, a qual pertence a Unidade Básica de Saúde Maria de Jesus Ferreira Torres e com a Igreja Evangélica da comunidade, que disponibilizou o espaço para a realização das oficinas. Durante as oficinas foi ofertado lanche saudável, preparado pela Equipe.

5.3.1 Oficina de acolhimento

A primeira oficina denominada "**Oficina de Acolhimento**" foi realizada com recurso da dinâmica de grupo denominada "com que cara estou chegando?", onde cada participante construiu uma moldura em estilo de porta retrato, seguindo-se a representação visual do momento da chegada no ambiente da oficina. Após essa construção cada uma das participantes atribuiu uma palavra ou frase curta que representasse o sentimento de chegada

ao grupo, seguindo a apresentação de todas e a organização das caras em um painel representando a cara do grupo, conforme figura 2.

Figura 2: Quadro representativo da cara do grupo. Caucaia – Ceará, 2016.



Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Como resultado dessa oficina as palavras positivas favoráveis evocadas pelas participantes por meio das imagens foram: animada, feliz, ansiosa, bem ansiosa para tirar dúvidas, curiosa, emoção, conhecimento, em meio ao debate foi emergindo a ideia de que elas estão ligadas a capacidade de autonomia pelo empoderamento e integração social e como uma coisa boa.

Ao descrever o sentimento *ansiosa ou bem ansiosa* as mulheres se vinculavam muito mais a uma inquietação, desejo ou vontade de fazer descobertas, nada evidenciado como sofrimento psíquico.

Nessa vivencia evidencia-se a significativa importância da comunicação no processo de cuidar/pesquisar. As oficinas como ferramenta de pesquisa recuperando Spink, et.al. (2014) sensibilizam as pessoas, abrem espaços de controvérsias potencializando mudanças que promovem o exercício ético-político, pois ao mesmo tempo em que produz material para análises, cria-se também um espaço de trocas simbólicas na discussão em grupo onde se geram conflitos construtivos com vistas ao engajamento político e de transformação.

No estudo a comunicação é entendida como um processo de interação no qual é possível compartilhar mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura. Realizada de forma verbal e/ou não verbal sendo a primeira responsável por exteriorizar o ser social e a não-verbal o ser psicológico, sendo sua principal função a demonstração dos sentimentos. A prática de investigação exige um maior domínio da habilidade de comunicar-se para o desempenho da função como educadora, prestadora de cuidados, assim como em sua função de pesquisadora (SILVA, et al, 2000).

Os mesmos autores afirmam que a comunicação não verbal exerce fascínio sobre a humanidade, pois envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, organização dos objetos no espaço. Pode ser observada na pintura, literatura, escultura, entre outras formas de expressão humana.

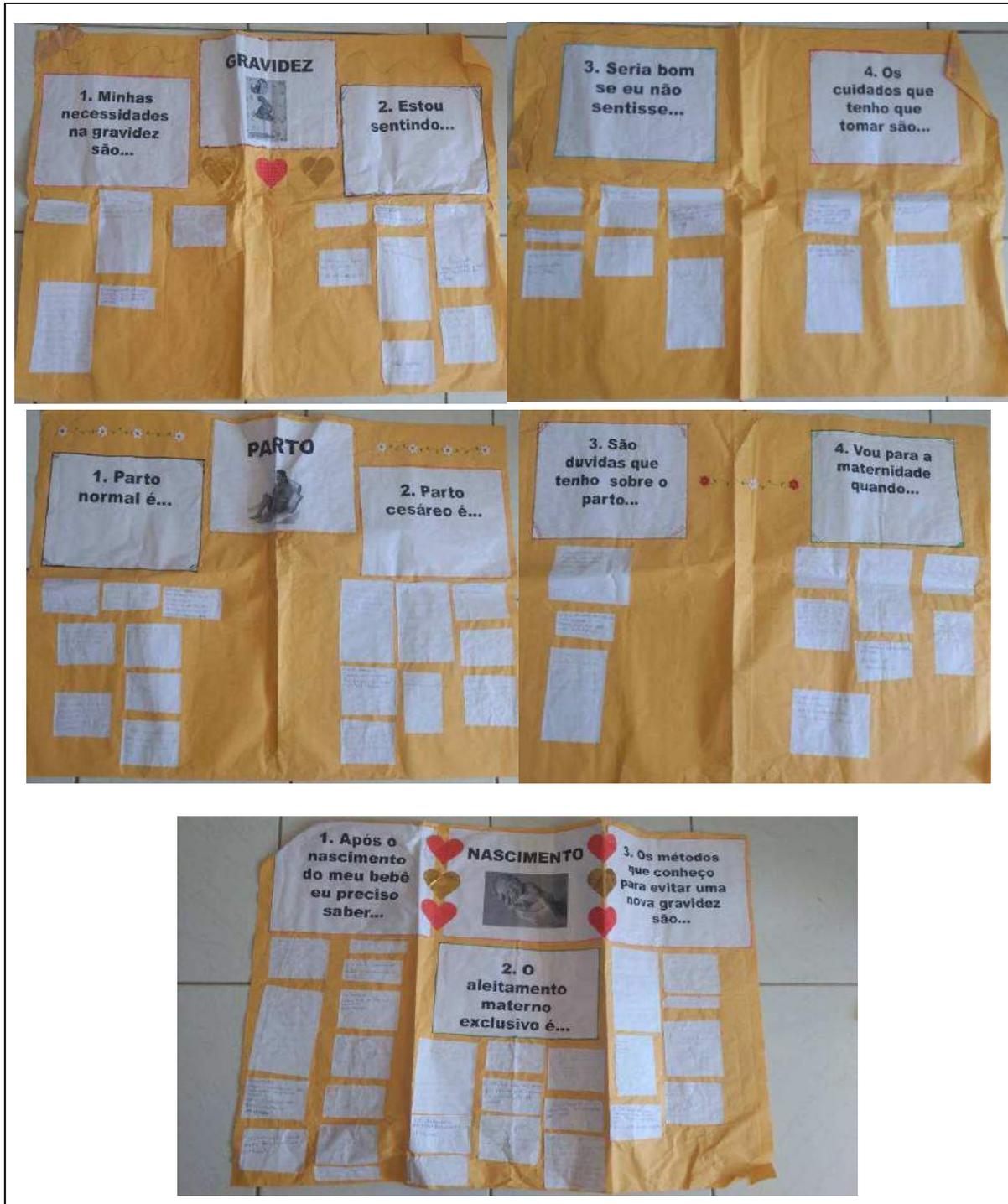
Sendo o desenho também uma forma de comunicação não verbal e aliada as expressões das participantes, mostraram que estavam felizes e dispostas a participar desse processo pedagógico mais dinâmico, assim dando seguimento a pesquisa.

A continuidade da acolhida das participantes se desenvolveu na construção de um painel representativo das respostas sobre gravidez, parto e nascimento, coletados com uso da técnica de “complementação de frases”.

Essa técnica tem sido indicada para o aquecimento de um grupo e tem como objetivos colaborar para que seus membros trabalhem juntos se conheçam em clima descontração; expressando expectativas ou problemas que afetam a dinâmica do grupo em sua estrutura, participação e tomada de decisão; a técnica ainda fomentou a produção de grande número de ideias em prazo curto, atentando para a originalidade dos participantes (MASETTO, 2012; SPINK, et.al, 2014; ARAUJO, et.al 2016;).

A oficina comporta a ideia de aplicação a pequenos e grandes grupos, demonstrando sua flexibilidade no contexto investigativo criando oportunidade a todos de se manifestarem. Nesse instante foi possível fazer um levantamento das necessidades das participantes apresentado em um painel de informações expresso na figura 3. Cujo desdobramento se deu das informações coletadas que foram organizadas em formato de quadro-síntese que abordam as temáticas (gravidez, parto, nascimento) constituindo passo essencial na definição dos pontos-chave que serviram como base de apoio a realização das oficinas subsequentes de composição dos jogos educativos.

Figura 3: Painéis elaborados pelas participantes da pesquisa durante a Oficina de Acolhimento. Caucaia – Ceará, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.2 Oficina sobre gravidez

Durante a oficina “**Gravidez não acontece só na barriga d’gente**” foi utilizada para o momento de acolhimento do grupo a técnica de origami. Foi fornecido as participantes papel de formato quadrado (15x15 cm) e tesoura seguindo-se os passos a serem seguidos: inicia dobrando o papel 03 vezes usando a tesoura para cortar o papel em formato de meia lua, sugerindo a casquinha de sorvete. Em seguida vai desdobrando que se transforma em um coração e continuando se desdobra em flor. Nessa vivencia foi solicitado em cada desdobramento uma palavra representando a primeira impressão daquele momento emergindo durante o formato de sorvete: coisas boas, alegria, bem estar, sensação de felicidade, esperança, paz; no formato de coração sugerindo um momento de afetividade, onde manifestaram palavras: carinho, afeto, amor, saudade, paciência, dedicação, felicidade; e finalizando no formato de flor, onde cada participante foi convidada a escrever uma mensagem para ofertar ao seu bebê, sendo demonstrado na figura 4 o modelo dos resultados dessa vivencia.

Figura 4: Origami produzido pelas participantes da pesquisa. Caucaia – Ceará, 2016.



Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Os conteúdos descritos nas flores são registrados abaixo no registro das participantes.

Vou dar essa flor pro meu filho porque ele vai ser a minha alegria. Espero com muita ansiedade

Eu vou dar essa rosa para minha filha que vai chegar, essa rosa significa que tenho carinho e afeto por voc. Estou muito feliz. Ass: mamãe

Eu guardei essa flor pra te dar que você é a pessoa muito especial pra mim. Te amo

Darei essa flor para minha filha pois está sendo muito esperada, ansiosa para ver sua carinha.

Dedico esta flor para minha filha com todo amor e dedicação.

Posteriormente, retomamos o painel construído pelas participantes sobre gravidez e usando a técnica da roda de conversa dialogamos sobre o tema, visando sistematizar os pontos-chave que apoiariam a elaboração dos jogos educativos.

Figura 5: Retomada dos painéis elaborados pelas participantes. Caucaia – Ceará, 2016.



Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

No painel referente às frases estímulos sobre gravidez, destacamos os conteúdos descritos e registrados na escrita de cada participante conforme quadro-síntese 1.

Quadro-síntese 1: Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre gravidez. Caucaia – Ceará, 2016.

GRAVIDEZ	
1. Minhas necessidades na gravidez são...	<p><i>tomar todas as vacinas me alimentar bem pra minha saúde e a da bebê</i></p> <p><i>necessito de atendimentos como: vacinas que as não encontro onde toma-las</i></p> <p><i>me alimentar bem com fruta, legumes, suco, carne e outros. Porque gosto muito de comer besteira, muita massa, doce e etc e sei que isso não é bom na gravidez</i></p> <p><i>comer queimado de fundo de panela cola a placenta?</i></p> <p><i>tomar café dar cólicas na gravidez?</i></p> <p><i>até que peso a mulher pode engordar na gravidez?</i></p>
2. Estou sentindo...	<p><i>sinto dores de cabeça, enjoos, tonturas</i></p> <p><i>sinto apenas algumas dores de cabeça. Enjoo muito difícil</i></p> <p><i>dores nas costas, peso nas pernas, dor de cabeça, dor nas costas a risco de perde o bebe?</i></p> <p><i>sinto muito sono, gastura</i></p> <p><i>sentindo só fome as vezes dor de cabeça muito chorona</i></p> <p><i>estou sentindo só muito sono, dormência no corpo</i></p> <p><i>estou sentindo dor na barriga, falta de sono, falta de ar</i></p>
3. Seria bom se eu não sentisse...	<p><i>dor de cabeça cansaço</i></p> <p><i>dor nas costas</i></p> <p><i>Dores de cabeça ... abdominais</i></p> <p><i>enjoo, raiva</i></p> <p><i>dores de cabeça, cansaço e azias</i></p> <p><i>algumas dores incomodas na barriga e nas pernas</i></p> <p><i>dor porque eu sinto muita dor no pé da barriga, dor nas costas nos ossos e outras</i></p>
4. Os cuidados que eu tenho que tomar são...	<p><i>tenho que tomar cuidado com a alimentação e ter repouso devido e não ficar tão preocupada</i></p> <p><i>para não cair, não se estressa, não ter raiva</i></p> <p><i>que tipo de alimentação posso seguir?</i></p> <p><i>usar repelente, roupas compridas, beber bastante líquido, protetor solar, dormir com mosquiteiro, não deixar água parada em casa</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa.

com situação vacinal desconhecida deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível e se já é vacinada e a última dose foi há mais de 5 anos, deve tomar um reforço. Tem ainda a vacina contra a hepatite B, que a gestante deve receber após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto, caso não seja vacinada, deve tomar 3 doses para ficar protegida. Além dessas, tem a vacina contra a influenza que é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional disponibilizada na rede pública de saúde a todas durante a campanha anual contra influenza sazonal (BRASIL, 2012).

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez, podendo ter grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. E ainda o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Diante disso, é importante que a gestante esteja consciente e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período (BRASIL, 2012).

No entanto, enquanto a ciência da Nutrição se ocupa em adequar as recomendações nutricionais às necessidades de nutrientes dos indivíduos nas diversas fases do ciclo da vida. Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil revelam que as práticas alimentares de mulheres vivenciando gestação, puerpério e lactação, são permeadas por crenças, prescrições e proibições, tendo grande importância para muitas mulheres grávidas e puérperas em várias culturas. Considera-se a alimentação como um sistema complexo que transcende a questão nutricional (BAIAO; DESLANDES, 2006).

Em relação ao que estavam sentindo corroboram com a pesquisa estatística, permanecendo além das queixas de dores de cabeça, enjoos, tonturas, dor nas costas, destacaram os distúrbios de sono e choro. E o desejo de não sentir essas queixas.

Para Martins e Silva (2005), as alterações hormonais na gestação acarretam mudanças em todo o corpo da gestante, afetando particularmente a estrutura do sistema músculo-esquelético, em estudo realizado por eles quase metade das queixas esteve associada a mais de uma região simultaneamente.

Ressaltaram como cuidados a tomar com a alimentação, necessidade de repouso, evitar preocupação, estresse e raiva, assim como quedas. Trouxe a discussão sobre os cuidados contra o mosquito *Aedes Aegypti*, em vista da sua relação com o Zika vírus e a microcefalia em recém-nascidos e revelaram que antes o cuidado com o filho era depois de nascer e atualmente tem que cuidar antes de pensar em ter filhos.

O Brasil foi o primeiro país a identificar uma possível relação entre a infecção pelo vírus Zika na gestação e a ocorrência de microcefalia em recém-nascidos. De acordo com os protocolos divulgados pelo MS, a conduta dos profissionais de saúde deve iniciar-se pelo planejamento reprodutivo. Os casais ou mulheres que desejam engravidar devem ser orientados sobre formas de prevenção da infecção pelo vírus Zika, bem como sobre as consequências dessa infecção durante o período gestacional, principalmente no primeiro trimestre gestacional (SALGE, et.al., 2016).

No acompanhamento pré-natal, é importante orientar as gestantes e familiares sobre ações de mobilização e combate ao vetor (eliminação de possíveis criadores do mosquito); manter-se vigilante a limpeza do bairro onde mora; vistoria diária no domicílio de recipientes com água parada; instalação de telas de proteção em portas e janelas; e evitar horários e locais com a presença do mosquito. Estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais constatou que as picadas do *Aedes Aegypti* acontecem, geralmente, entre 7h30 e 10h e entre 15h30 e 19h, o que não impede a picada do mosquito em outro horário. Outras medidas de proteção e prevenção na gestação incluem evitar contato com pessoas com febre, exantemas ou infecções, o uso de mosquiteiros, uso contínuo de roupas que protejam braços e pernas (áreas expostas do corpo), manter o ambiente fechado com ar condicionado ligado e o uso de repelentes. Sugerem também que as gestantes utilizem preservativo em toda relação sexual e evitem compartilhar talheres e copos (SALGE, et.al., 2016).

Ainda foi discutido nessa oficina as expectativas das participantes sobre a situação de “gente nova chegando lá em casa”, trazendo a necessidade de acolher essa nova criança, sendo relatado como algo encantador e desafiador.

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DEBEM; WAGNER, 2006)

A respeito da gravidez não planejada, assim como constatado nos dados estatísticos, a maioria das participantes referiram vivenciar uma gravidez não planejada, devido ao não uso ou uso inadequado de método anticoncepcional; por situação afetiva, onde o parceiro desejava um filho do relacionamento e a mesma não queria pois já tinha três filhos de outro relacionamento; uma trouxe a discussão a respeito da idade para concepção, referindo que após os 30 anos a mulher não serve para ter filhos; ainda discutimos sobre a escolha dos nomes das crianças e significado pessoal.

5.3.3 Oficina sobre parto

A **oficina** sobre Parto **Sentindo o poder do criador em minha criação** foi iniciada vivendo a técnica nomeada de “Minutos de intimidade”, onde foi sugerida técnica de relaxamento breve para aliviar as tensões do dia-a-dia. Esse momento foi dedicado a vivência do vínculo. Foi solicitando que as gestantes dialoguem com seu bebê. No final, usando a técnica círculos brincante as participantes sentadas em círculo em meio a muitas emoções falaram da experiência vivida. Muitas referiram não terem vivenciado ainda esse momento e refletiram sobre a importância de realizar mais vezes esses minutos de intimidade com seus bebês. “Foi muita emoção; parecia que eu já conhecia o seu jeitinho, estou aqui para lhe receber e muitos eu te amo”. O momento foi registrado conforme a figura 7.

Figura 7: Oficina sobre Parto. Caucaia – Ceará, 2016.



Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

Prosseguindo a oficina foi resgatado o painel construído pelas participantes sobre parto e discutido os temas, aspirando efetivar a pesquisa-ação e inspirações para os jogos educativos. Retiramos do painel relacionado às frases estímulos sobre parto, ressaltamos os conteúdos descritos e registrados na escrita de cada participante conforme quadro-síntese 2 .

Quadro-síntese 2: Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre parto. Caucaia – Ceará, 2016.

PARTO	
1. Parto normal é...	<p>É melhor é mais comum, não vou ficar muito tempo de repouso É o melhor, senti muita dor? E se não sentir dor? Como sei que estou perdendo líquido? Parto normal pra mim é o melhor, já tive dois filhos normal e foi muito bom, passado a dor ninguém sente mais nada Normal é melhor pois não vou depender de ninguém por muito tempo O tempo de recuperação é mais rápido, tem menos risco para a mãe e o bebê Melhor! Parto normal é muito bom porque o tempo de recuperação é mais rápido tem nestessia, ou vai a sangue frio? E no caso de não ter passagem pra criança vai pra cesaria</p>
2. Parto cesáreo é...	<p>Parto cesáreo é mais ruim porque a recuperação é mais longa e muitas vezes não fica com o bebê É verdade que a mulher leva 4 injeção nas costas? E é mais doloroso? Confesso que tenho medo mas eu quero fazer ligação então entrego nas mãos de Deus Dizem que não é o melhor que é de risco. Mas eu acho melhor o cesáreo porque a mulher não sente dor pra ter o bebê Seguro? Posso confiar? Mais tempo de recuperação mais riscos de infecção para a mãe e o bebê Não tenho ninguém pra me cuidar Só em saber que vou ser cortada já fico com medo</p>
3. São dúvidas que tenho sobre o parto...	<p>Sobre a recuperação, como se prepara para tomar vacinas e vacinar o bebê Após o parto não pode fazer muito esforço Cesario e o que dentro da sala. O que não pode fazer depois do parto cesario e ligação</p>
4. Vou para a maternidade quando...	<p>perda de líquido, dores eu fui pra maternidade quando eu já estava com um líquido transparente e faltava 3 centimetro de dilatação quando começo a sentir dor, perda de líquido, quando chegar aproximada data e não haver sintomas eu já tive um filho cesáreo então acho que vou ter essa cesárea também então será que marca o dia certo da cirurgia eu não sei quando ir se não sinto nada aos 9 meses o que sentir pra ir a maternidade? Senti muita dor? E se não sentir dor? Posso ir?</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 9: Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

	Parto normal	Parto cesáreo
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infeção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 1995.

A respeito da necessidade de ir para a maternidade, as participantes citaram a perda de líquidos, dores ou até mesmo chegar à data provável do parto ou próximo e não ter sintomas de trabalho de parto como também teve participante que desconheceu os sinais para ir à maternidade.

O parto é um evento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe e filho. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado um fenômeno complexo. O trabalho de parto, apesar de ser um ato fisiológico, atualmente, requer a internação em uma maternidade, porém essa forma de assistência ao parto contribui para que a parturiente fique distante da família, pois, na maioria das maternidades, a presença dos familiares nas salas de parto não é permitida (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Porém o direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto é garantido pela Lei nº 11.108 desde 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado por Bezerra e Cardoso (2006) identificaram que os fatores que interferiram nas experiências das parturientes foram o medo; a influência das crenças e religiosidade; e a experiência em gestação anterior. Entende-se que a gestante necessita de

conhecimentos prévios sobre a gravidez, a nutrição adequada, as contrações, o parto, o crescimento e o desenvolvimento do bebê, e a amamentação, a imunização, como também precisa receber informações sobre preparação física adequada, para que possa participar ativamente do seu parto, percebendo o bem-estar que essas variações proporcionam. E que para comunicar-se o enfermeiro deve entender sobre a visão de mundo, crenças, valores, costumes, além das experiências e dos significados que as gestantes têm do parto.

Brasil (2012) destaca como sinais de alerta que necessitam de avaliação por um profissional de saúde: sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço. Enquanto o trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podendo ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2cm e/ou esvaecimento maior do que 50%.

5.3.4 Oficina sobre nascimento

Na **oficina** nomeada de **Gente nova chegando lá em casa** ressaltou o momento do nascimento. Para isso utilizamos a técnica de demonstração, a qual envolve ativamente a participante e ajuda na construção da confiança e segurança em relação à execução e ao domínio do cuidado a ser prestado ao recém-nascido (ARAÚJO, et.al., 2016). Utilizando um manequim representando um bebê e iniciamos a discussão sobre os cuidados com o bebê, amamentação e planejamento familiar. Resgatando os conteúdos descritos no painel construídos pelas participantes, em resposta as frases estímulos sobre nascimento, sendo registrados no quadro-síntese 3.

Quadro-síntese 3: Representativo dos resultados da técnica de complementação de frases sobre nascimento. Caucaia – Ceará, 2016.

<i>NASCIMENTO</i>	
<i>1. Após o nascimento do meu bebê eu preciso saber...</i>	<i>principais cuidados, vacinas a aplicar no bebê, comparecer as consultas no dia marcado, ter uma boa alimentação para não ser prejudicial a mãe e ao bebê se ta tudo bem com o bebê se nasceu perfeito se nasceu com alguma doença...como o umbigo do bebê cai. Cai só? o nascimento do bebê depois ele vai ser saudável quando posso ter a primeira relação sexual o nenê depois do parto cesaria ele é saudável cuidar bem do bebe e de si mesma... sobre vacinação quando devo vacina o bebê, os tipos de alimentação que devo comer. como cuida do bebê Como limpar uma menina. Quantos banhos o bebê deve tomar Me alimentar, para evitar cólicas no bebê Dos cuidados que o meu bebê precisa</i>
<i>2. O aleitamento materno exclusivo é...</i>	<i>eu acho que é o direito de amamentar o bebê até os 6 meses sem outra alimentação Não sei se não tenho o bico do peito o que fazer qual leite posso dar para um recém nascido ??? aleitamento pra nenê que foi de parto cesáreo é o mesmo jeito do normal? Amamentar o bebê faz bem pra mãe e melhor ainda pro bebê pra que ele creça saudável e forte Amamentar em qualquer local é direito da mãe e do bebê, seja lugar público ou privado. Ser o principal alimento do bebe no mínimo até os 6 meses de vida O aleitamento é essencial nos primeiros seis meses tem muitas mães que não tem o bico dos seios e o bebê não pega. Se a amamentação é a mais importante. Qual seria o leite do aleitamento</i>
<i>3. Os métodos que conheço para evitar uma nova gravidez são...</i>	<i>o uso da camisinha, dos comprimidos, da injeção e do DIU são os que conheço injeção, DIU, camisinha, pílula DIL e os comprimidos anticoncepcional, camisinha, injeções, ligação ou laqueadura, DIU quando posso tomar anticoncepcional anticoncepcional, Diul, camisinha masculina e feminina camisinha, remédios, ligação</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

hemorragias; colocar ao peito para sentir o cheiro do leite e sugar o colostro; deve ser realizado o primeiro banho; e primeiras vacinas, se disponíveis (FREITAS; ARAÚJO, 2009).

Em casa, a/o bebê necessitará dos cuidados sugeridos por Freitas e Araújo (2009) e Brasil (2005) como Proteção do bebê - é muito importante proteger a criança de infecções. Por isso, todas as pessoas que forem segurar o bebê, devem lavar as mãos. Evitar, também, os ambientes com muitas pessoas; Vacinas - É evidente e reconhecida a importância da vacinação na Atenção Básica à Saúde. É considerada uma ação capaz de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança.

O bebê pode tomar banho várias vezes, usando água tratada ou fervida (aquecida) e sabonete neutro. Evitando xampus, talcos e perfume. Secando com toalha ou pano macio e secar bem o umbigo; o Cuidado com umbigo após o banho, deve-se passar um algodão ou gaze com álcool 70% no umbigo, para limpeza e evitar infecções. Não cobrir o umbigo, deixar sempre descoberto. O “coto umbilical” geralmente cai entre 7 e 12 dias de vida e, em alguns casos, poderá demorar mais sem que isso deva representar motivo de preocupação. Outro cuidado essencial é o Banho de sol, que além de prevenir e tratar o amarelado da pele (icterícia), o organismo está sendo estimulado a absorver vitamina D que é essencial para o desenvolvimento ósseo. Deve ser realizado sempre antes das 07h ou depois das 16h e com duração entre 5 e 10 minutos. Todo o corpo do bebê deve ser exposto ao sol, protegendo o rosto e os olhos.

Referente aos testes realizados no recém-nascido, destacam-se : teste do olhinho, que é um exame simples, rápido e não causa dor, identifica um reflexo vermelho, que aparece quando uma luz ilumina o olho do bebê. É recomendado fazer assim que o bebê nasce, a fim de detectar qualquer alteração; teste do pezinho, que pode ser realizado na própria maternidade onde o bebê nasceu, entre o 3º e o 7º dia de vida. Através de gotinhas de sangue tiradas do calcanhar da criança, é possível se fazer uma avaliação inicial para detectar algumas doenças genéticas (transmitidas da mãe e do pai) e congênicas; teste da orelhinha, que é realizado com o bebê dormindo, em sono natural, não causa dor e não machuca, dura em torno de 10 minutos. Recomenda-se que o exame seja realizado na maternidade antes da alta do bebê ou antes dos 3 meses de idade; teste do coraçãozinho, que é um excelente teste para investigar problemas cardíacos (cardiopatias congênicas críticas). Deve ser realizado após as primeiras 24 horas de vida e antes da alta hospitalar, é um teste simples e não causa dor; teste da linguinha, com esse teste é possível detectar se existe alguma alteração na língua – também conhecido como freio ou “língua presa”. No caso dos recém-nascidos, a alimentação

pode ser prejudicada já que afeta a sucção e futuramente pode prejudicar a fala da criança.

A respeito do aleitamento materno exclusivo, compreenderam que é o direito de amamentar o bebê até os 6 meses sem outra alimentação e que é benéfico tanto para mãe como para o bebê, destacaram o direito de amamentar em qualquer local, ressaltaram sobre as dificuldades para amamentação em relação ao bico do seio materno e a pega. Porém teve algumas que desconheciam o conceito de aleitamento materno exclusivo.

Amamentação é descrita como uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Assim, torna-se necessário a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno, contando com esforços coletivos intersetoriais e uma abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento materno refere-se quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos, podendo ser classificado em: Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite. Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Em relação aos métodos anticoncepcionais citaram o preservativo masculino e feminino, anticoncepcionais orais e injetáveis, o Dispositivo Intra Uterino (DIU) e a Laqueadura Tubária.

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à Saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, sendo imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde (BRASIL, 2010).

Encontram-se entre os direitos reprodutivos: o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento

de suas vidas; O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2010).

Estudos indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo, sendo o enfoque educativo um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito, considerando o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2010).

As práticas educativas tradicionais, tais como as “palestras”, não se mostram efetivas por não levarem em conta as concepções prévias e situações de vida dos sujeitos envolvidos, sendo muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (BRASIL, 2010).

Brasil (2010) classifica os métodos anticoncepcionais da seguinte forma:

Temporários (reversíveis) Hormonais: Orais (Combinados, Monofásicos, Bifásicos, Trifásicos, Minipílulas); Injetáveis (Mensais e Trimestrais); Implantes subcutâneos; Percutâneos; Adesivos; Vaginais (Comprimidos e Anel); Sistema liberador de levonorgestrel (SIU); Barreira Feminino (Diafragma, Espermaticida, Esponjas, Capuz cervical, Preservativo feminino) e Masculino (Preservativo masculino); Intrauterinos DIU de cobre e Diu com levonorgestrel; Comportamentais ou naturais : Tabela ou calendário (Ogino-Knaus), Curva térmica basal ou de temperatura, Sintotérmico, Billings (mucocervical), Coito interrompido. **Definitivos (esterilização):** Feminino (ligadura tubária) e Masculino (vasectomia).

5.4 Jogos educativos: ferramentas de atenção à saúde da mulher na gravidez, parto e nascimento

A partir das discussões durante as oficinas de acolhimento, gravidez, parto e nascimento, possibilitou a elaboração dos jogos educativos, que permitiram as participantes reconhecerem suas ideias, se expressar e participar ativamente da construção dos jogos e de novos conhecimentos.

As dúvidas que surgiram foram discutidas no grupo, onde foi possível levantar hipóteses de solução por meio dos jogos. O fator que possibilitou a escolha dos jogos e a forma de abordagem foi o conhecimento prévio das participantes e a partir do levantamento de necessidades, onde foi possível definir as prioridades e pontos-chaves.

Durante a realização das oficinas de acolhimento, gravidez, parto e nascimento identificamos os pontos chaves e as temáticas levantadas foram agrupadas de acordo com a figura 11.

A identificação dos pontos chaves e agrupamento das temáticas permitiu confeccionar quatro jogos. Para abordar as questões referentes desde a gravidez ao parto, foi desenvolvido um Jogo de Tabuleiro, com a sugestão de nome Caminhos para o parto, onde apresenta informações referente à alimentação, orientações quanto às queixas, vacinação, diferenças entre parto normal e cesárea e os cuidados pós-parto. Foi proposto um jogo de memória para expor sobre os cuidados com o Recém-nascido e um dominó para tratar sobre os métodos anticoncepcionais. Por fim, surgiu a ideia de elaborar um quebra-cabeça sobre a posição correta da amamentação.

Os jogos estão apresentados a seguir.

Figura 11: Temáticas agrupadas durante a realização das oficinas de acolhimento, gravidez, parto e nascimento.



Fonte: Dados da pesquisa.

5.4.1 Jogo de Tabuleiro: Caminhos para o parto.

Objetivo: O jogo de tabuleiro é cooperativo e procura desenvolver um trabalho em equipe com todas as participantes. A partir dos conceitos apresentados no jogo de tabuleiro, pode tomá-lo como ponto de partida para trabalhar várias temáticas. Este jogo acrescenta novos aspectos cognitivos, valores, e informações a respeito dos pontos-chaves sobre Gravidez e pré-natal, até o parto e pós-parto. Abordando temas como direitos da gestante; alimentação saudável na gravidez; queixas, sintomas e situações especiais na gestação; vacinação; sinais de trabalho de parto; posições do parto; comparação do parto normal e parto cesárea; cuidados no pós-parto; planejamento familiar e vantagens da amamentação para mãe e bebê.

Conteúdo: O jogo de tabuleiro é composto por um tabuleiro com dois dados, uma ficha de regras, trinta cartas e cinco peões, representando cada jogador.

Regras: O jogo é autoexplicativo, no qual os comandos estão distribuídos nas casas do tabuleiro e o número de participantes fica restrito no intervalo de dois a cinco, podendo ser jogado em duplas também. Cada participante lança um dado, sendo que aquele que tirar maior número inicia a partida, seguindo em sentido horário. Quando o dado cair na casa o jogador deve pegar uma carta, ler essa carta para o grupo, fazer pausas para reflexão e discussão, relato de experiências, dúvidas, anseios, medos motivados pelo jogo e seguir as recomendações, se houver, no tabuleiro, caso não haja, passa a vez para o próximo jogador. O jogo encerra quando uma das participantes chega ao final do tabuleiro.

Figura 12: Tabuleiro Caminhos para o parto.



Fonte: Dados da pesquisa

As cartas do tabuleiro foram apoiadas pelas informações contidas na Caderneta da Gestante, visto que algumas gestantes não tinham recebido a nova caderneta e que é considerada um instrumento de apoio para o desenvolvimento das consultas e para a otimização do trabalho e possibilita o diálogo com a gestante, por meio de textos e figuras explicativas, e é indicada para utilização em ações de educação em saúde, por ser informativa e explicativa.

Figura 13: Caderneta da Gestante 2016.



Fonte:<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/03/Caderneta-Gest-Internet.pdf>
(2016)

Segue o conteúdo selecionado a partir dos pontos-chaves da pesquisa nas cartas do tabuleiro no Apêndice C.

5.4.2 Jogo da Memória: Cuidados com Recém-nascido

Objetivo: Reforçar a memória das participantes referente aos Cuidados com Recém-nascido, que foram discutidos em Oficinas. O Jogo de memória é bastante conhecido, por ser um jogo de concentração e memorização, que objetiva unir pares de cartas correspondentes.

Conteúdo: No caso específico, foi possível unir os pares de acordo com as imagens e a descrição do cuidado ao recém-nascido, referente à imagem. São 30 cartelas compondo 15 pares (Segue o conteúdo das cartas do Jogo de memória de cuidados com o recém-nascido no Apêndice C).

Regras: Nesse jogo o número de participantes fica restrito a três ou cinco. Cada participante recebe um número de cartas igual referente as imagens dos cuidados com recém nascido e as cartas referente a descrição dos cuidados com recém-nascido ficam dispostas aleatoriamente e com a face para baixo em uma mesa. As participantes decidem a ordem de jogada e o início do jogo. Uma participante de cada vez escolhe uma carta da mesa e lê em voz alta para que as demais participantes memorizem suas posições e para estimular a discussão sobre o tema, podendo manifestar as experiências e percepções sobre as informações contidas no jogo. Quando a carta selecionada contém a descrição correta da imagem, a participante fica com ela, do contrário a carta é recolocada no lugar. As próximas jogadas procedem da mesma forma e o jogo segue adiante até voltar a primeira participante e assim sucessivamente até. O jogo termina quando todos os pares de cartas de imagem e descrição dos cuidados com o recém nascido foram associados corretamente.

Figura 14: Cartas do Jogo de memória cuidados com o recém-nascido



Fonte: Dados da pesquisa

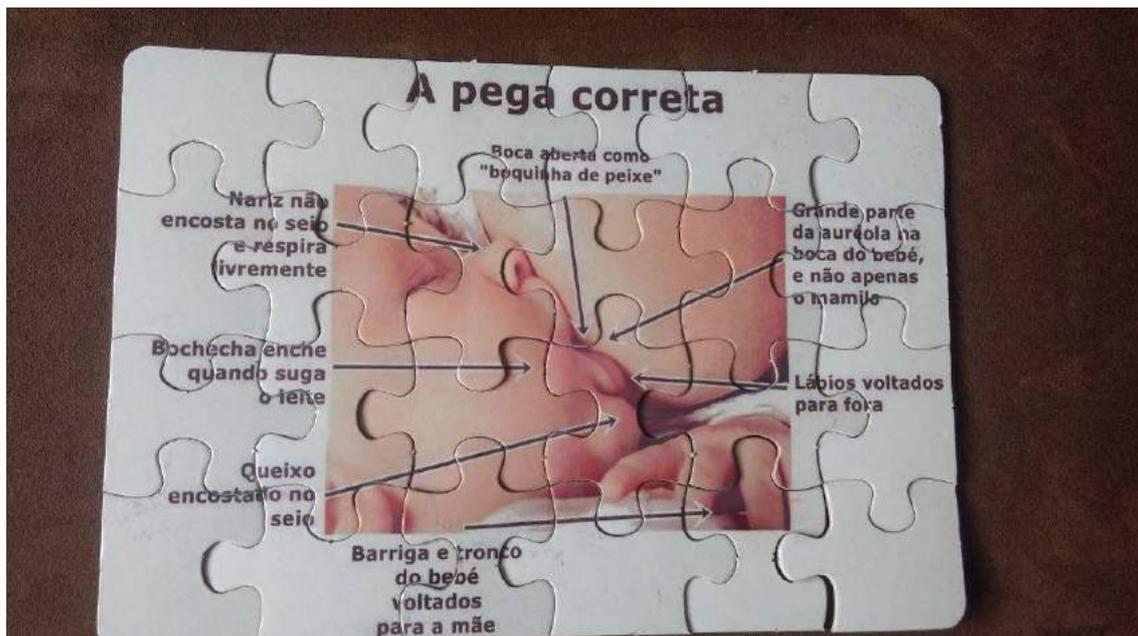
5.4.3 Quebra-cabeça: pega da amamentação

Objetivo: O quebra-cabeça é considerado um jogo de encaixe de peças. Portanto, o tema sugerido para desenvolver esse jogo foi relacionado à pega correta da amamentação, visto que é necessário um conjunto de fatores e cuidados para o sucesso da amamentação, assim como é essencial à pega correta para evitar problemas na amamentação e o desmame precoce.

Conteúdo: Confeccionado a partir de um desenho ilustrativo sobre a pega da amamentação.

Regras: Permite ser jogado individual ou em grupo de duas a quatro participantes, que podem juntas, tentar encaixar todas as peças e discutir sobre a amamentação. O jogo não visa disputa e sim socializar, debatendo sobre os aspectos referentes à amamentação.

Figura 15: Quebra cabeça da amamentação.



Fonte: Dados da pesquisa

5.4.4 Dominó dos métodos anticoncepcionais

Objetivo: Foi proposto o dominó dos métodos anticoncepcionais tendo como objetivo encaixar a definição de acordo com a imagem de outra peça correspondente a fim de formar uma sequência.

Conteúdo: O jogo possui 21 peças. Cada peça do jogo é formada por uma imagem/desenho (lado esquerdo) e por uma definição (lado direito) diferente, ou seja, sem relação entre si (As imagens do Jogo de dominó da anticoncepção encontram-se no Apêndice C).

Regras: Nesse jogo o número de participantes fica restrito a três ou sete. São colocadas as peças na mesa, viradas para baixo, depois misture e divida as peças entre as participantes, explicando que cada imagem tem sua própria definição. As participantes juntas devem tentar encaixar todas as peças. Qualquer participante pode iniciar o jogo, desde que uma sequência seja respeitada, onde uma de cada vez tem a chance de jogar sua peça. Seguindo em sentido horário, a participante deve colocar na superfície a peça contendo a respectiva imagem e/ou definição correspondente à peça que está em jogo. Para cada participante que não tenha a peça adequada, cederá sua vez para a próxima. As peças serão dispostas como em um dominó convencional, colocadas sucessivamente. Vence o jogo a participante que primeiro ficar sem suas peças.

Figura 16: Dominó dos métodos anticoncepcionais



Fonte: Dados da pesquisa

5.5 Avaliação

A avaliação dos conteúdos abordados nos jogos educativos foi considerada uma peça curinga de todos os jogos sendo contínua, permanente e inerente a todas as fases do processo de elaboração dos jogos educativos, fornecendo subsídios para a construção e reconstrução desse processo, revelando as nuances e possíveis mudanças de temáticas, formas de abordagens, valores, práticas e atitudes. Portanto, a avaliação permeou todas as etapas, não podendo ser entendida como fase final do processo.

As participantes do estudo avaliaram como satisfeitas com as atividades realizadas e com os produtos das oficinas.

Referiram sentir-se mais a vontade com esse tipo de abordagem e que conseguiram expressar os sentimentos. Ressaltaram o caráter esclarecedor, informativo e recordativo dos jogos. Destacamos alguns depoimentos:

“pude esclarecer mais coisas”

“Tem coisas que a gente não fez com o primeiro filho e agora já tem a informação”

“Gostei das informações sobre os testes, porque não sabia no meu primeiro filho”

“Para a gente que é mãe de primeira vez é interessante”

“Foi interessante para repassar para outras mães”

“Às vezes nem tudo que a gente aprende aqui a gente faz”

A avaliação emergiu dos diálogos entre as participantes diante das informações e diante das demandas concebeu um espaço sobre as possibilidades para tomada de decisões.

Figura 17: Discussão sobre os jogos elaborados. Caucaia, Ceará, 2016.



Fonte: Primária. Dados coletados pela pesquisadora.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um material educativo transcende a produção, a partir do momento que esse material é construído e desenvolvido com e para as participantes a que o mesmo se destina. Pois nesse processo, as participantes são estimuladas a serem co-produtoras e exercerem autonomia nessa ação que além de promover o diálogo a respeito das questões e temáticas identificadas como necessidades das participantes, ao mesmo tempo foi produzido material educativo

O método da oficina como tecnologia de uso na pesquisa foi capaz de fomentar o diálogo ético e a questão política, abordando questões mais amplas. Além disso, proporcionou o envolvimento das participantes nos jogos, provocou a mobilização das mulheres para o engajamento em uma ação educativa em formato de oficina largamente difundida como tecnologia inovadora. E as mulheres manifestaram sentimento de alegria, uma espécie de *maravilhamento*, encanto e vontade de participar.

Com esse estudo, consideramos que o jogo educativo como estratégia para Educação em Saúde, permite ampliar os conhecimentos das participantes a respeito das temáticas de gravidez, parto e nascimento e que possibilita a troca de experiências em um espaço para discussões. E mesmo utilizando essa estratégia atípica, o jogo foi ponderado pelas participantes além de informativo e recordativo, como método divertido, estimulante, deixando-as mais a vontade para aprender.

Considera-se que esse material produzido gerou sentimento de entusiasmo nas participantes, favorecendo o processo de investigação como um exercício de fazer saber que a informação está ao alcance de todas pela oportunidade do diálogo em cada jogada. Gerando possibilidades de cada participante tornar-se uma agente multiplicadora da saúde no contexto individual, familiar e social.

Investigar, testar, buscar diferentes modos de pesquisar, novas propostas educativas, não é só necessário, é urgente. As informações precisam estar ao acesso de todos e oloooaproximada da realidade, para que realmente faça sentido a informação.

Ressalta-se que os jogos educativos surge como uma tecnologia de construção artesanal apresentada ainda de forma rudimentar mais acessível ao fazer cotidiano do cuidado a saúde da mulher podendo também contribuir para a adesão aos cuidados necessários a sua saúde e no sentido de servir como estratégia de educação popular em saúde principalmente da Estratégia de Saúde da Família.

Reconhecendo as dificuldades e escassez de recursos na área da saúde, entre eles a disponibilidade de material para utilização nas atividades de Educação em Saúde, não é possível ficar inerte até que ocorram amplas mudanças, há possibilidades de tentar provocar mudanças a nível local com os recursos disponíveis mais algumas peças de ousadia e criatividade. Sugere-se, a utilização desses jogos por profissionais que lidam com o público de gestantes, ampliando aos companheiros e familiares e a observação das repercussões dessa tecnologia em outras realidades.

A pesquisa desenvolvida tendo como ferramenta a oficina representa uma possibilidade de fomentar uma produção de conhecimento de largo alcance popular creditando a mesma a contribuição efetiva e positiva das participantes, mostrando ser um caminho potente para que esse conhecimento produzido em formato de jogos educativos possam ser compartilhados por outras mulheres num caminho da busca do cuidado/autocuidado a saúde.



REFERÊNCIAS

ABREU, A. S. **A arte de argumentar: Gerenciando Razão e emoção**. 11. ed. Cotia/São Paulo: Ateliê Editorial, 2009.

AFONSO, Maria Lúcia Miranda. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=QZRFRVS38OAC&oi=fnd&pg=PA7&dq=metodo+de+ensino+oficina&ots=Ihwno1y3BC&sig=hjKj3ZMa3PE8s2cD3O75eHzvKAo#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 02.09.15 h

AGOSTINHO, Santo. Confissões – De Magistro =. Do mestre / Santo Agostinho. 2ªEd. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

ALVES, B.M. & PITANGUY, J. O que é feminismo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10. ed. Joinville:Univille, 2012.

ARAÚJO, M.F.M. et. al. **Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde**. Epidemiologia & Saúde / Maria Zélia Rouquayrol, Marcelo Gurgel Carlos da Silva – 7 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ARAÚJO, M.F.M. et. al. **Método de Oficinas**. Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa. Ângela Maria Alves e Souza (organizadora). Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

ARAÚJO, M.F.M., et al. **Grupo e Aprendizagem**. Ensino na Saúde: aproximação entre teoria e prática. Fortaleza: Edições UFC, 2016.

BAlAO, M.R.; DESLANDES, S.F. **Alimentação na gestação e puerpério**. Revista de Nutrição. Campinas. 19 (2) : 245 -253, mar/abr, 2006.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO M.V.L.M.L. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):414-21.

BEZERRA, E. H. M.; JÚNIOR, C. A. A.; FEITOSA, R. F. G.; CARVALHO, A.A.A. **Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(9): 548-53

BOFF, C. Como trabalhar com o povo. 10ª edição. Vozes: Petrópolis, 1993.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

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 Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS**. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/selecao_prioridades_pesquisa_saude_ppsus.pdf> Acesso em: 03/09/15 h 09.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução nº466, de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. **Diário Oficial da União** 2012.

BRENELI, R.P. **O jogo como espaço para pensar: a construção de noções lógicas e aritméticas**. Campinas: Papyrus, 1996.

BROUGERE, Gilles. Jogo e educação. Artes Médicas. Porto Alegre, 1998.

CASTEL, L.D. Força de vontade. Aspectos teóricos-epidemiológicos do risco em Epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. Rev Saúde Pública. 30 (1), 91-100, 1996.

CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.; KIMURA, A.F. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais do nascimento**. Acta paulista de enfermagem. Vol 21. Num. 1. Enero-marzo. 2008. pp 53-58. São Paulo.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CIPD. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Conferência do Cairo – Egito. Setembro de 1994.

COELHO, E.A.C. et al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia de Saúde da Família**. Acta Paulista Enfermagem. 2012. 25 (3): 415-422.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DE BEM, L. A.; WAGNER, A. **Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, jan./abr. 2006.

DILTHEY, Wilhelm. **Psicologia y Teoria del Conocimiento**. Trad. ÍMAZ, Eugenio. México: Fondo de Cultura Económica. 1945.

EVANGELISTA, C.B; BARBIERI, M; SILVA, P.R.N. **Unplanned pregnancy and the factors associated with the participation in the family planning program**. Journal of Resarch Fundamental Care Online.2015. Abr/jun

FERREIRA, NSA. **As pesquisas denominadas “estado da arte”**. Educação & Sociedade, ano XXIII, nº 79, agosto/2002. <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf> Acesso: 15/07/2015. H.15.39.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução do pensamento de Paulo Freire.* São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade.* Rio de Janeiro: Paz e terra, 1994.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessário a prática educativa.* 8 ed. São Paulo: Paz e terra, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido.* 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1983.

FREITAS, S.C.R.; ARAÚJO, M.L.G. **Cartilha de Saúde da Gestante de Fortaleza.** Prefeitura de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher e Gênero. 2ª edição. Fortaleza, 2009.

GAGO, Marília. **Concepções de passado como expressão de consciência histórica.** Currículo sem Fronteiras, v.7, n.1, pp.127-136, Jan/Jun 2007.

GEORGE, J.B. e col. *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos para a Prática Profissional.* Porto Alegre; Artes Médicas. 1993. Cap. 7.

HALL, J.E. e WEAVER, B.R. *Enfermeira em Salud Comunitaria: um enfoque de Sistemas.* Washington: OPAS, 1990. Cap.11.

HUIZINGA, Johan. **Homo ludens: o jogo como elemento da cultura.** 4. ed. Editora Perspectiva S/A. São Paulo. Brasil:1996

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**
Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23> Acesso em: 18 jan. 2015.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. **Jogo, brinquedo, brincadeira e educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

MACEDO, Lino de et al. **Aprender com jogos e situações-problema**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MACEDO, S.S.; GALENDER, F.; DEGREAS, H.; COSSIA, D.; CAMPOS, A.C.A.; AKAMINE, R. **Oficinas de Trabalho como Instrumento de Pesquisa e Aprendizado Paisagem Ambiente**: ensaios - n. 26 - São Paulo - p. 165 - 196 - 2009. <http://www.revistas.usp.br/paam/article/view/77354/81209> acesso 06/11/2016 h23.46.

Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

MARTINS, R.F.; SILVA, J.L.P. **Prevalência de dores nas costas na gestação**. Revista da Associação Médica Brasileira. 51 (3): 144-7. 2005

MASETTO, M.T. **Competência pedagógica do professor universitário – 2ª Ed. Ver.** – São Paulo: Summus, 2012.

MATAMALA, Maria Isabel et al. **Calidad de la atencion, gênero: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOCCIO, F. EL taller de terapias expresivas. Ediciones PAIDOS – Buenos Aires – 1980.

MONDIM, B. O homem, quem é ele? Elementos da antropologia filosófica. 8 ed. São Paulo: Paulus, 1980.

MORENO, J.C. Quem sobreviverá: fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama. Goiânia – GO: Dimensão, 1994.

OREM. Dorothea E. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à pratica profissional [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000.

PRIETSCH, S.O.M.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A.

Gravidez não planejada no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 27 (10): 1906-1916. Out, 2011

RATHS et. al. **Ensinar a pensar**. São Paulo: EPU, 1977.

SALGE AKM, CASTRAL TC, SOUSA MC, SOUZA RRG, MINAMISAVA R, SOUZA SMB. **Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos:** revisão integrativa de literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: 11/11/16]; 18:37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39888>

SANTOS, S. M. P. (Org.). **O lúdico na formação do Educador**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

SILVA, L.M.G.da; BRASIL, V.V.; GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; SAVONITTI, B.H.R.A.; SILVA, M.J.P.da. **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, agosto 2000

SOUZA, A.M.A. **Trajetória como coordenadora de grupos**. Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa. Ângela Maria Alves e Souza (organizadora). Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. **Oficinas como estratégia de pesquisa:** articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. Psicologia & Sociedade. 26 (1), 32-43. 2014

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez Atores Associados, 1988.

TREVISAN, Fred Carlos. **A questão do tempo em agostinho**. Olhar (UFSCar), UFSCar, v. 10/11, p. 87-97, 2004.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

VARGAS, L.V.; NUÑEZ, G.B. CIDE. Centro de Investigación y Desarrollo da La Educación. Alforja, Programa Coordinado de Educación Popular, Costa Rica. Editado in Santiago de Chile. 3era. Edición. Marzo de 1990. Disponível na publicação em <https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf> Acesso:16/07/2015. H. 12.13

VITOLO, M. R.; BOSCAINI, C.; Bortolini, G. A. **Baixa escolaridade como fator limitante para o combate a anemia entre gestantes.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(6): 3

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007

ZIMERMAN, David E. OSORIO Luís Carlos. **Como trabalhamos com Grupos.** Artes médicas. Porto Alegre. 1997

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JOGO EDUCATIVO: INSTRUMENTO PARA RETOMADA DA DISCUSSÃO DA SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO

Pesquisador: FABIOLA GESSIKA COELHO BEZERRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52610016.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPEAQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.403.820

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo intervencionista com base na pesquisa-ação, visando elaborar um jogo educativo voltado à saúde da mulher, para intervenções no pré-natal, parto e nascimento. Será considerado na organização do percurso metodológico as fases sugeridas por Thiollent (1988): fase exploratória e fase dos resultados e avaliação, evidenciando entre essas fases uma fase intermediária (lugar da teoria). Para efetivar esse processo metodológico de pesquisa, utilizar-se-á o método do arco, de Charles Maguerez. A pesquisa será desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Caucaia-CE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar jogo educativo voltado à saúde da mulher com desdobramentos para intervenções no pré-natal, parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Levantar necessidades relacionadas às gestantes para compreensão da situação no pré-natal, parto e nascimento, apontando interesses e implicações na situação investigada.
- Buscar conhecimentos como referência para orientação da intervenção e resolução do problema.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

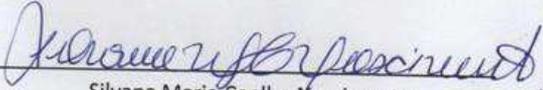
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da atenção básica

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de apreciação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), o requerimento da parte interessada através de solicitação junto à Secretaria Municipal de Saúde, que a Coordenação da Atenção Básica do município de Caucaia está ciente da realização da pesquisa intitulada "Jogo educativo: instrumento para retomada da discussão da saúde da mulher no pré-natal, parto e nascimento", da pesquisadora **Fabiola Gessika Coelho Bezerra**, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Maciel Araújo, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC).

A Coordenação da Atenção Básica, conforme suas atribuições declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emite parecer favorável, autorizando a realização do estudo.

Caucaia, 15 de Dezembro de 2015.


Silvana Maria Coelho Nascimento
Coordenadora da Atenção Básica de Caucaia

Silvana M. Coelho
COREN 83223

RUA CORONEL CORREIA, 1959 – FONE: 3342.8104 – FAX: 3342.8106 – CEP: 61.600-250

email:sms@caucaia.ce.gov.br

C.N.P.J 07.616.162/0001-06 – CAUCAIA - CEARÁ

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em duas vias, firmado por cada participante-voluntária da pesquisa e pela pesquisadora)

Nº do Instrumento: _____

Você está sendo convidada pela pesquisadora Fabíola Gessika Coelho Bezerra, enfermeira (aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará/RENASF-FIOCRUZ) como participante dessa pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido é intitulado **JOGO EDUCATIVO: INSTRUMENTO PARA RETOMADA DA DISCUSSÃO DA SAÚDE DA MULHER NA GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO**, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo. O objetivo geral é elaborar jogo educativo voltado à saúde da mulher com desdobramentos para intervenções no pré-natal, parto e nascimento.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho. Dou-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando dessa pesquisa e, também terá a liberdade de retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Ressalto que você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa.

Importante destacar que há **riscos** de algumas perguntas ou atividades gerarem constrangimento de pequena ordem pessoal e social, timidez, exposição de dúvidas ou depoimentos mais intimistas, que serão evitados ou minimizados. Destaca-se ainda que pode contribuir em nível de **benefícios**, para educação para a saúde da mulher no pré-natal, parto e nascimento. Podendo ainda o jogo educativo levar benefícios à população em outros contextos da rede social.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista e você será convidada a participar de quatro encontros. O preenchimento da entrevista será realizado pela pesquisadora numa situação face-a-face com a entrevistada e os encontros serão realizados com a técnica de oficinas com gestantes.

Asseguramos que, o que for dito e registrado, será respeitosamente utilizado para fins científicos, e que serão mantidos o sigilo e o anonimato das informações aqui contidas. Os momentos registrados em fotos, filmagens e/ou gravações de voz e os relatos da pesquisa não serão identificados

com o nome da participante ou qualquer outra forma. Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre.

Sempre que quiser, você pode pedir informações sobre a pesquisa através dos seguintes contatos:

Pesquisadora: Fabíola Gessika Coelho Bezerra

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-160. Telefone: (85) 3366-8449 / (85) 9 9715.2835. E-mail: gessykabezerra@hotmail.com

A abaixo assinada _____, ____anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante desta pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E autorizo aos pesquisadores que obtenham fotografia, filmagem ou gravação de voz para fins de pesquisa científica. Ao mesmo tempo, libero a utilização para fins científicos. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Caucaia, ____/____/____

Nome da participante	Data	Assinatura
Nome da pesquisadora	Data	Assinatura
Nome da Testemunha	Data	Assinatura

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante sua participação no estudo, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, situado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Cep: 60430-275. Telefone: 3366.8344

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS



Nº: _____



Nome do (a) Entrevistador(a)(Iniciais) _____

Lugar da Entrevista _____

Data da Entrevista ____/____/____

Duração da Entrevista (em minutos) _____

Horário de início da entrevista (hora/minuto) _____

Horário de término da entrevista (hora/minuto) _____

1- PERFIL SOCIOECONÔMICO

1.1. Nome da entrevistada (abreviatura) _____

1.2. Idade: ____ anos Data de nascimento ____/____/____

01	Menor de 15 anos
02	15 a 19 anos
03	20 a 35 anos
04	Maior de 35 anos

1.3. Escolaridade:

01	Analfabeta
02	Ensino fundamental incompleto
03	Ensino fundamental completo
04	Ensino médio incompleto
05	Ensino médio completo
06	Ensino superior incompleto
07	Ensino superior completo

1.4. Religião

01	Afro-brasileira (candomblé, umbanda)
02	Católica
03	Espírita
04	Evangélica pentecostal
05	Evangélica tradicional (protestantismo histórico)
06	Nenhuma
07	Outra

1.5. Raça

01	Branca
02	Preta
03	Parda
04	Amarela
05	Indígena
06	Recusou-se a responder
07	Não sabe

1.6. Trabalha fora de casa. Ocupação: _____

01	Sim
02	Não

1.7. Renda familiar

01	Menos de 01 salário mínimo
02	De 01 a 02 salários
03	De 02 a 03 salários
04	Acima de 03 salários

1.8. Estado civil

01	Solteira
02	Casada
03	Estável
04	Outros:

2- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

2.1 Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Gest. Ectópicas: _____ Gemelares: _____

2.2. Abortamentos: _____ Espontâneo: _____ Provocados: _____ Com curetagem: _____

2.3. Partos Vaginais: _____ Cesárea: _____

2.4. Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____

2.5. Nº filhos vivos: _____ Óbitos na 1ª semana: _____ Óbitos após 1ª semana: _____

2.6. Causa do Óbito: _____

2.7. Peso RN < 2500g _____ 2500 – 4000g _____ > 4000g _____

2.8. Data do término da última gestação: ____/____ (Mês/ Ano)

2.9. Amamentação:

01	Sim
02	Não

2.9..1. Duração: _____ Causa da interrupção: _____

Teve influência positiva ou negativa? De quem? _____

2.10. Intercorrências em gestações anteriores: _____

3- GRAVIDEZ ATUAL

3.1. DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ Peso: ____ Altura: ____

3.2. Gravidez planejada:

01	Sim		
02	Não		
3.3. Antecedentes clínicos		SIM	NÃO
Diabetes			
Infecção urinária			
Infertilidade			
Cardiopatía			
Tromboembolismo			
Hipertensão arterial			
Pré-eclâmpsia			
Eclâmpsia			
Doença mental			
Outros:			

3.4. Atual		SIM	NÃO
Fumo (nº de cigarros:)			
Álcool			
Outras drogas			
Violência doméstica			
HIV/AIDS			
Sífilis			
Toxoplasmose			
Infecção urinária			
Anemia			
Incontinência Istmo-Cervical			
Ameaça de parto prematuro			
Isoimunização Rh			
Oligo/polidrâmnio			
Rotura prematura de membranas			
CIUR			
Pós-datismo			
Hipertensão arterial			
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia			
Cardiopatía			

Diabetes gestacional		
Uso de insulina		
Hemorragia 1º trim.		
Hemorragia 2º trim.		
Hemorragia 3º trim.		

3.5. Realizou atendimento odontológico:

01	Sim
02	Não

3.6. Participou de atividade educativa /grupo de gestantes:

01	Sim
02	Não

3.7. Você tem vontade de participar de atividade educativa /grupo de gestantes:

01	Sim
02	Não

3.8. Realizou visita à maternidade:

01	Sim
02	Não

4. Você já teve alguma dessas queixas na gestação?

	SIM	NÃO
Naúseas		
Vômitos		
Tonturas		
Azia		
Salivação excessiva		
Fraquezas e desmaios		
Dor abdominal/cólicas		
Intestino preso		
Hemorróidas		
Corrimento vaginal		
Queixas urinárias		
Falta de ar e dificuldade para respirar		
Dor nas mamas		
Dor lombar		
Dor de cabeça		
Sangramento nas gengivas		
Varizes		
Cãimbras		
Manchas escuras no rosto (Cloasma)		
Estrias		

5. Durante as consultas de pré-natal, você consegue esclarecer suas dúvidas, medos e anseios:

01	Sim
02	Não

Especifique _____

APÊNDICE C

JOGOS EDUCATIVOS

Jogo de Tabuleiro: Caminhos para o parto.

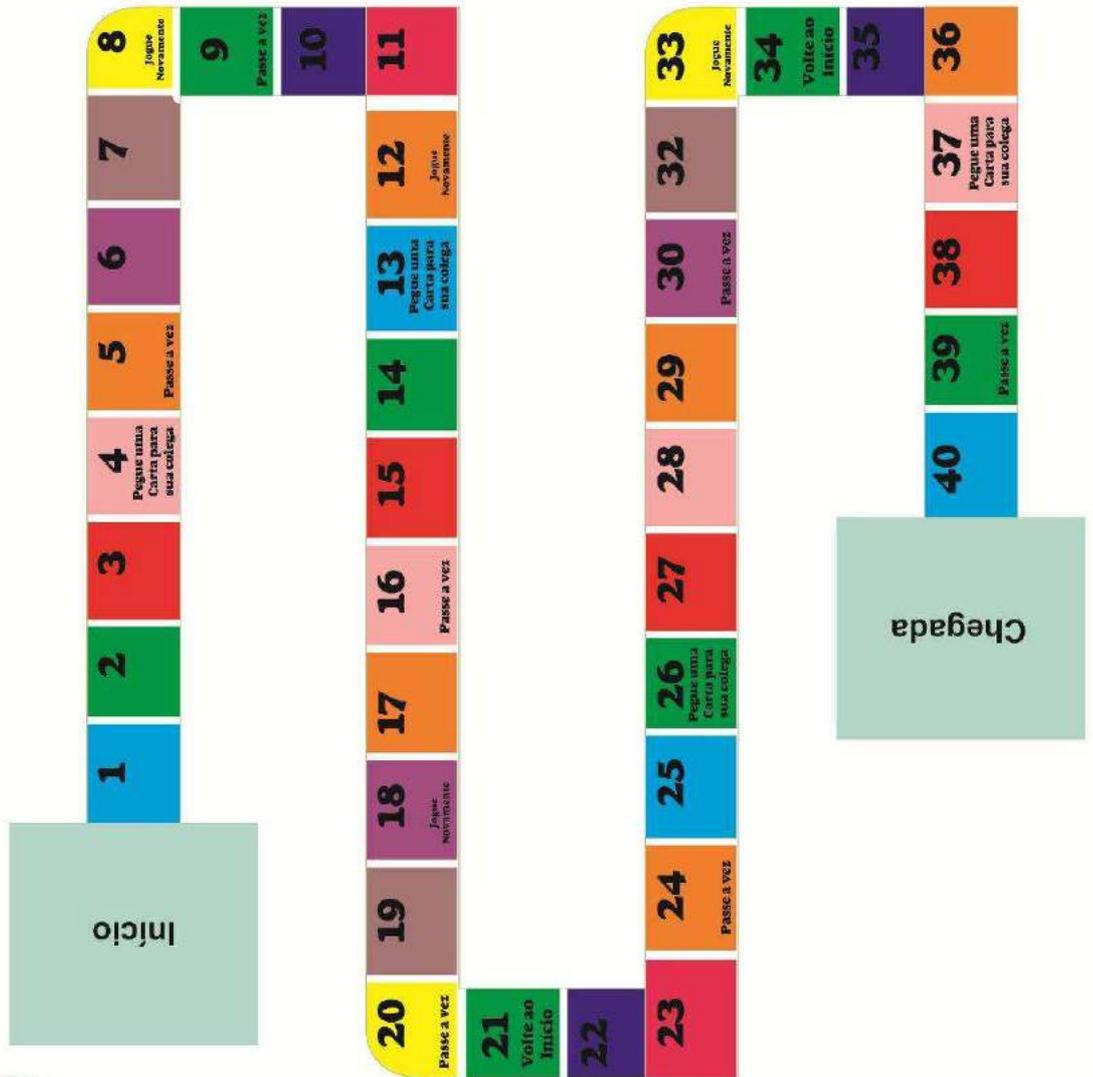
Objetivo: O jogo de tabuleiro é cooperativo e procura desenvolver um trabalho em equipe com todas as participantes. A partir dos conceitos apresentados no jogo de tabuleiro, pode tomá-lo como ponto de partida para trabalhar várias temáticas. Este jogo acrescenta novos aspectos cognitivos, valores, e informações a respeito dos pontos-chaves sobre Gravidez e pré-natal, até o parto e pós-parto. Abordando temas como direitos da gestante; alimentação saudável na gravidez; queixas, sintomas e situações especiais na gestação; vacinação; sinais de trabalho de parto; posições do parto; comparação do parto normal e parto cesárea; cuidados no pós-parto; planejamento familiar e vantagens da amamentação para mãe e bebê.

Conteúdo: O jogo de tabuleiro é composto por um tabuleiro com dois dados, uma ficha de regras, trinta cartas e cinco peões, representando cada jogador.

Regras: O jogo é autoexplicativo, no qual os comandos estão distribuídos nas casas do tabuleiro e o número de participantes fica restrito no intervalo de dois a cinco, podendo ser jogado em duplas também. Cada participante lança um dado, sendo que aquele que tirar maior número inicia a partida, seguindo em sentido horário. Quando o dado cair na casa o jogador deve pegar uma carta, ler essa carta para o grupo, fazer pausas para reflexão e discussão, relato de experiências, dúvidas, anseios, medos motivados pelo jogo e seguir as recomendações, se houver, no tabuleiro, caso não haja, passa a vez para o próximo jogador. O jogo encerra quando uma das participantes chega ao final do tabuleiro.



CAMINHOS PARA O PARTO



Receita para uma gravidez saudável

- Evite refrigerantes e sucos industrializados, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.
- Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Faça o mesmo com o açúcar!

Receita para uma gravidez saudável

- Diminua o consumo de gorduras e frituras. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
- Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época.

Receita para uma gravidez saudável

- Arroz com feijão faz muito bem para a saúde.
- É importante incluir na alimentação leite e derivados, e uma porção de carne, peixe ou ovos. Retire a pele e a gordura da carne antes da preparação, tornando este alimento mais saudável!

Receita para uma gravidez saudável

- Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba muita água. Evite comer doce.
- Dê preferência aos alimentos em sua forma mais natural.

Lei do direito a acompanhante no parto

- A Lei Federal nº 11.108/2005, garante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido por você, podendo ser homem ou mulher.

Conheça seus direitos:

- Toda gestante com carteira de trabalho assinada tem direito a Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por "justa causa".



Vacinação na gestação

- **Vacina antitetânica (dT)** – protege contra o tétano no bebê e em você. Se você nunca foi vacinada, deve se vacinar o mais rápido possível. Se já é vacinada e a última dose foi há mais de 5 anos, deve tomar um reforço.
- **Vacina contra a hepatite B** – caso você não seja vacinada, deve tomar 3 doses para ficar protegida.
- **Vacina contra gripe (influenza)** – recomenda-se para toda gestante durante a campanha de vacinação.

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- **O aumento da secreção vaginal (corrimento) é comum na gestação.** Se houver coceira, ardor, cheiro forte, cor estranha, procure a Unidade de Saúde, pois pode tratar-se de uma doença sexualmente transmissível. Use roupas mais ventiladas e frescas.
- **A qualquer sinal de febre, manchas pelo corpo, sintomas de gripe, inguas, vômito, diarreia, procure o serviço de saúde mais próximo.**

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- Se tiver **hemorroidas (varizes na região anal, que podem sangrar)**, faça banhos de assento com água morna. Evite usar papel higiênico. Dê preferência à água com sabão e enxugue sempre com uma toalha macia.
- **É comum sentir mais vontade de urinar no início e no final da gestação.** Se você sentir dor ou queimação na hora de fazer xixi, pode ser uma infecção urinária. Neste caso, procure a Unidade de Saúde.

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- **Intestino preso é comum na gravidez. É recomendável comer alimentos integrais ricos em fibras (pão e arroz integrais, granola, linhaça), folhas verdes, como alface e couve; e frutas, como mamão, laranja com o bagaço, ameixa preta.** Evite queijos, farinhas brancas (não integrais) e frutas como caju e goiaba. Você deve também beber muita água e fazer atividade física regularmente. Dica importante: quando sentir vontade de ir ao banheiro, não espere.

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- **As varizes nas pernas são causadas por problemas de circulação e dilatação das veias.** Não fique muito tempo em pé ou sentada. A cada 2 horas procure ficar com as pernas levantadas. Você pode também usar meias elásticas, calçados baixos e roupas soltas confortáveis.
- **Dor na coluna e dor na barriga podem aparecer.** Evite carregar peso e diminua o serviço doméstico, como lavar roupa e limpar o chão. Você pode também se espreguiçar para esticar a coluna.

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- **Azia e queimação evite beber líquidos junto com a refeição e se deitar após as principais refeições.** Coma mais vezes e em menor quantidade de cada vez.
- **Cãibras e formigamentos nas pernas podem acontecer na gestação.** Modere a atividade física, tome muita água, suco de frutas e coma bananas, que são ricas em potássio. Você pode também aquecer e massagear as pernas.

Atenção para algumas situações e sintomas especiais

- **Sangramento da gengiva pode ocorrer mais facilmente durante a gestação, por isso cuide da sua saúde bucal.** Utilize fio dental diariamente e uma escova de dente macia com creme dental.
- **Enjoos e vômitos são comuns nos primeiros meses de gravidez.** Evite ficar muito tempo sem se alimentar e escolha alimentos mais secos (bolachas de água e sal, pão) ou frutas. Caso vomite, faça apenas bochecho com água e aguarde meia hora para escovar os dentes.

Receita para uma gravidez saudável

- Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.
- **Recomendável durante a gestação e até o 3º mês após o parto o uso de sulfato ferroso.**
- **Evite as bebidas alcoólicas e o fumo.**



Comparação entre a cesárea e o parto normal

Cesárea	Parto normal
Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia.	Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto.
Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.	Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento.
Maior risco de complicações na próxima gravidez.	Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil.
Para o bebê: Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado. Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta.	Para o bebê: Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe. O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

Posições de parto



O que pode fazer para favorecer o parto

- **Pode mudar de posição** sentada, deitada de lado, ajoelhada, de cócoras, sentada na bola ou no banquinho, de quatro, de pé e caminhando, buscando maior conforto em cada momento.
- **Caminhar e movimentar**
- **Tomar banho de chuveiro ou banheira é um ótimo método** para aliviar a dor.
- **Beber água e comer alimentos leves**, se tiver liberado.
- **Respirar profundamente, no ritmo da contração**, facilita a abertura e a saída do bebê.

O que acontecerá quando chegar à maternidade?

- Será acolhida e examinada por um(a) profissional de saúde, que irá:
- **Ouvir a história e dar informações sobre o parto;**
- **Medir a barriga e as contrações do útero;**
- **Medir a pressão arterial e escutar o coração do bebê;**
- **Fazer um toque vaginal para ver se já começou a dilatação (abertura) do colo do útero para o bebê passar e confirmar se está em trabalho de parto.**

Sinais que indicam o início do trabalho de parto

- Se a barriga endurecer a cada 5 minutos, por 30 segundos ou mais, permanecendo assim por mais de uma hora.
- Se perder líquido pela vagina, que escorra pelas pernas, molhe a roupa ou a cama (rompimento da bolsa das águas). Neste caso, mesmo que não sinta as contrações, deve ir à maternidade.

Como identificar o trabalho de parto?

- Dias antes do parto poderá sair por sua vagina um muco grosso, como uma clara de ovo, com rajadas de sangue, o tampão mucoso.
- O trabalho de parto pode durar em média de 8 a 12 horas.

O parto está perto!

- **Lembre-se:**
- Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?
- Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?
- Você já escolheu quem será seu acompanhante?

O parto está perto!

- Organizar documentos para levar no momento do parto e para entrar com a licença maternidade.
- **Lembre-se de separar para levar pra Maternidade:** roupas e fraldas para o bebê, roupas para você, absorventes, casaco ou manta para seu acompanhante durante a noite, produtos de higiene pessoal; Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; Cartão da Gestante e exames; cartão do SUS, se possuir.



Amamentação

- Vantagens para a mãe:
 - Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.
 - Reduz o risco de hemorragia e anemia após o parto.
 - Favorece maior contato entre mãe e bebê.
 - Ajuda na redução mais rápida de peso.
 - Reduz o risco de câncer de mama no futuro.
 - É mais econômica e higiênica: só precisa lavar as mãos.
 - É mais prática e segura: o leite está sempre pronto e fresco, na temperatura certa, e não se estraga.

Amamentação

Vantagens para o bebê:

- É mais nutritiva e protege contra doenças, como infecção, alergias, asma, desnutrição.
- O bebê recebe carinho e se sente protegido enquanto mama.
- Previne problemas dentários e respiratórios.

Planejamento Familiar

- As relações sexuais deverão aguardar em média 40 dias.
- É comum a vagina ficar ressecada e poderá haver certo desconforto na relação sexual, mas é uma situação passageira
- É direito das mulheres e dos homens conhecerem todos os métodos e suas indicações para uma escolha mais apropriada.

Consulta pós-parto

- É importante retornar à Unidade de Saúde na primeira semana após o parto, para:
 - saber como está a saúde da mãe e do bebê;
 - avaliar a amamentação e o sangramento vaginal;
 - observar a cicatrização e retirar pontos, se necessário;
 - examinar o bebê, vacinar e realizar o teste do pezinho;
 - ajudar a tirar dúvidas
 - discutir sobre os métodos anticoncepcionais.

Fortes emoções!

- Após transformações da gestação e do parto, poderá se sentir frágil e insegura em alguns momentos. Lembre-se de que esta fase é passageira e que logo estarão mais confortáveis nesta nova vida.
- Se ficar mais triste, ter crises de choro e dificuldade para dormir, cuidar de si ou do bebê, peça ajuda a alguém da família ou a um profissional de saúde

Cuidado!

- Se tiver dor na parte de baixo da barriga, sangramento vaginal com cheiro desagradável e febre, procure rapidamente uma Unidade de Saúde. Pode ser uma infecção e deve tratá-la.

Cuidados após o parto cesárea

- Manter a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete durante o banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser retirados de 8 a 10 dias.

Cuidados após o parto normal

- Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), manter a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após fazer suas necessidades, e secando bem o local. A região está cicatrizando e pode ficar dolorida. Os pontos vão cair sozinhos .



Dominó dos métodos anticoncepcionais

Objetivo: Foi proposto o dominó dos métodos anticoncepcionais tendo como objetivo encaixar a definição de acordo com a imagem de outra peça correspondente a fim de formar uma sequência.

Conteúdo: O jogo possui 21 peças. Cada peça do jogo é formada por uma imagem/desenho (lado esquerdo) e por uma definição (lado direito) diferente, ou seja, sem relação entre si (As imagens do Jogo de dominó da anticoncepção encontram-se no Apêndice C).

Regras: Nesse jogo o número de participantes fica restrito a três ou sete. São colocadas as peças na mesa, viradas para baixo, depois misture e divida as peças entre as participantes, explicando que cada imagem tem sua própria definição. As participantes juntas devem tentar encaixar todas as peças. Qualquer participante pode iniciar o jogo, desde que uma sequência seja respeitada, onde uma de cada vez tem a chance de jogar sua peça. Seguindo em sentido horário, a participante deve colocar na superfície a peça contendo a respectiva imagem e/ou definição correspondente à peça que está em jogo. Para cada participante que não tenha a peça adequada, cederá sua vez para a próxima. As peças serão dispostas como em um dominó convencional, colocadas sucessivamente. Vence o jogo a participante que primeiro ficar sem suas peças.



ABSTINÊNCIA SEXUAL

NO COITO INTERROMPIDO, O HOMEM TIRA O PÊNIS DA VAGINA UM POUCO ANTES DA EJACULAÇÃO E O SÊMEN É DEPOSITADO LONGE DOS GENITAIS FEMININOS.

ESSE MÉTODO TAMBÉM É CONHECIDO COMO "GOZAR FORA".

É GRANDE A POSSIBILIDADE DE FALHA, ALÉM DISSO, ÀS VEZES O HOMEM NÃO CONSEGUE INTERROMPER A RELAÇÃO ANTES DA EJACULAÇÃO.

COITO INTERROMPIDO



ADESIVO ANTICONCEPCIONAL

LIGAÇÃO É UM MÉTODO CIRÚRGICO DE FECHAMENTO DAS TROMPAS.

É PERMITIDA EM MULHERES MAIORES DE 25 ANOS OU, PELO MENOS, COM DOIS FILHOS VIVOS OU QUANDO HÁ RISCO À VIDA, TESTEMUNHADO EM RELATÓRIO E ASSINADO POR DOIS MÉDICOS.

A LIGAÇÃO É UM MÉTODO PERMANENTE E DEFINITIVO, POR ISSO DEVE SER UMA DECISÃO DO CASAL.

LAQUEADURA TUBÁRIA (LIGAÇÃO)



ANEL VAGINAL

É UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIMPLES, SEGURO E RÁPIDO. PODE SER COM ANESTESIA LOCAL. NÃO ALTERA A VIDA SEXUAL DO HOMEM. O DESEJO E A POTÊNCIA SEXUAL CONTINUAM IGUAIS AO QUE ERAM ANTES DA CIRURGIA. RECOMENDA-SE FAZER ESPERMOGRAMA PARA TER CERTEZA DE QUE A VASECTOMIA FOI EFICAZ, APÓS 3 MESES DO PROCEDIMENTO, ANTES DE LIBERAR AS RELAÇÕES SEXUAIS SEM PROTEÇÃO ANTICONCEPCIONAL.

VASECTOMIA

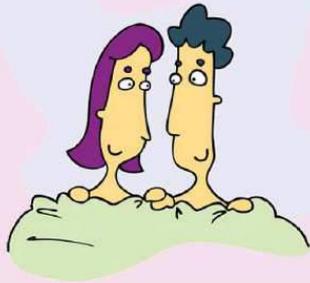


CAMISINHA FEMININA

A TABELINHA BUSCA ENCONTRAR O INÍCIO E O FIM DO PERÍODO FÉRTIL. É INDICADA PARA MULHERES QUE TÊM O CICLO MENSTRUAL REGULAR, POIS OS ESPERMATOZÓIDES CHEGAM A SOBREVIVER TRÊS DIAS NA MULHER. OS ÍNDICES DE FALHA SÃO ALTOS, TANTO PARA QUEM DESEJA ENGRAVIDAR, QUANTO PARA QUEM NÃO DESEJA. A MULHER DEVE SER ORIENTADA A MARCAR SUA MENSTRUÇÃO EM UM CALENDÁRIO, DURANTE PELO MENOS SEIS MESES

TABELINHA



**COITO INTERROMPIDO**

É O MÉTODO MAIS SEGURO, ALÉM DE EVITAR A GRAVIDEZ, PROTEGE CONTRA AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, COMO A AIDS.

A BORRACHA DA CAMISINHA COBRE O PÊNIS, O ESPERMA FICA PRESO E NÃO ENTRA NO CORPO DA MULHER.

DEVE SER DESCARTADA APÓS O USO.

PRESERVATIVO MASCULINO**CURVA TÉRMICA BASAL**

É UM ANTICONCEPCIONAL DE *BORRACHA* QUE PODE SER COLOCADO NA VAGINA DUAS HORAS ANTES DA RELAÇÃO SEXUAL E RETIRADO ENTRE QUATRO E SEIS HORAS APÓS O SEXO.

É COMBINADO COM GEL ESPERMICIDA. APÓS O USO, DEVE SER LAVADO COM ÁGUA E SABÃO. SUA DURABILIDADE É DE CERCA DE DOIS ANOS.

DIAFRAGMA**DIAFRAGMA**

É UM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL TEMPORÁRIO QUE CONSISTE NO USO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA PARA EVITAR A GRAVIDEZ. O BEBÊ SÓ DEVE MAMAR AO SEIO DURANTE O DIA E A NOITE, SEM CHÁS, SUCOS OU ÁGUA. A MULHER DEVE PERMANECER SEM MENSTRUAR .

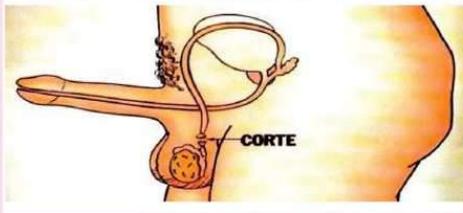
MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORREIA – LAM**DIU**

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS EM FORMA DE INJEÇÃO COM UMA APLICAÇÃO A CADA TRÊS MESES. PODE SER USADO DURANTE A AMAMENTAÇÃO.

O USO PODE SER INICIADO APÓS SEIS SEMANAS DO PARTO OU NO CASO DAS QUE NÃO ESTÃO AMAMENTANDO PODEM TOMAR ATÉ O SÉTIMO DIA DO INÍCIO DA MENSTRUACÃO.

INJETÁVEL TRIMESTRAL





VASECTOMIA

A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DA MENSTRUÇÃO MEDIR DIARIAMENTE A TEMPERATURA, PELA MANHÃ, ANTES DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE.
ANOTAR A TEMPERATURA DE CADA DIA DO CICLO MENSTRUAL E VERIFICAR A OCORRÊNCIA DE AUMENTO PERSISTENTE DA TEMPERATURA BASAL POR QUATRO DIAS. DO INÍCIO ATÉ ESSE QUARTO DIA O CASAL DEVE EVITAR RELAÇÕES.

CURVA TÉRMICA BASAL



SINTOTÉRMICO

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS EM FORMA DE ADESIVO, QUE DEVE SER APLICADO À PELE NO PRIMEIRO DIA DA MENSTRUÇÃO E A CADA SETE DIAS, O ADESIVO DEVE SER RETIRADO E SUBSTITUÍDO POR UM NOVO.
ESSE PROCESSO SE REPETE POR 3 SEMANAS. NA 4ª SEMANA, A MULHER RETIRA E FICA SEM ADESIVO, É NESSA SEMANA DE PAUSA QUE A MENSTRUÇÃO DESCE.

ADESIVO ANTICONCEPCIONAL



PRESERVATIVO MASCULINO

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS MAIS UTILIZADOS. DEVEM SER TOMADAS DIARIAMENTE POR 21 DIAS, DE PREFERÊNCIA NO MESMO HORÁRIO, FAZER PAUSA DE 7 DIAS ENTRE AS CARTELAS.
É DESACONSELHADO DURANTE A AMAMENTAÇÃO.

PÍLULA ANTICONCEPCIONAL



IMPLANTES

É UM ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA. A MULHER DEVE TOMAR AS PÍLULAS ATÉ CINCO DIAS (120 HORAS) APÓS A RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA, MAS, QUANTO MAIS RÁPIDO TOMAR MAIOR A PROTEÇÃO.
PODE SER EM DOSE ÚNICA ORAL OU DUAS DOSES COM INTERVALO DE 12 HORAS.

PÍLULA DO DIA SEGUINTE

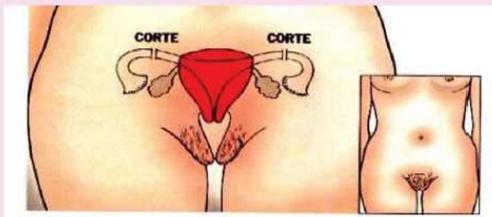


**INJETÁVEL MENSAL**

O CASAL IDENTIFICA OS DIAS FÉRTEIS E INFÉRTEIS ATRAVÉS DE UMA COMBINAÇÃO DOS TRÊS MÉTODOS: CALENDÁRIO, MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL E EXAME DO MUCO CERVICAL E, OUTROS SINAIS E SINTOMAS QUE PODEM INDICAR A OCORRÊNCIA DA OVULAÇÃO.

SINTOTÉRMICO**INJETÁVEL TRIMESTRAL**

É FEITA COM UM PLÁSTICO MAIS FINO QUE A CAMISINHA MASCULINA. PODE SER COLOCADA ATÉ OITO HORAS ANTES DA RELAÇÃO SEXUAL E RETIRADA IMEDIATAMENTE APÓS O SEXO. O ANEL INTERNO DEVE SER INSERIDO NA VAGINA, ENQUANTO QUE O EXTERNO DEVE FICAR PARA FORA DO CORPO, COBRINDO A PARTE DE FORA. PARA TIRAR DAR UMA LEVE TORCIDA E PUXÁ-LA DELICADAMENTE.

CAMISINHA FEMININA**LAQUEADURA TUBÁRIA (LIGAÇÃO)**

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS MAIS UTILIZADOS PELA MULHER QUE AMAMENTA. PODE SER INICIADO APÓS SEIS SEMANAS DO PARTO. DEVE SER TOMADA TODOS OS DIAS SEMPRE NA MESMA HORA. NÃO DEVE HAVER INTERVALO ENTRE AS CARTELAS.

MINIPÍLULA**MÉTODO DA LACTAÇÃO E AMENORREIA – LAM**

O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) É UM ANTICONCEPCIONAL EM FORMA DE T DE PLÁSTICO FLEXÍVEL, PODE SER ADICIONADO COBRE OU HORMÔNIOS. PODE FICAR DE ATÉ 5 E 10 ANOS DENTRO DO CORPO DA MULHER.

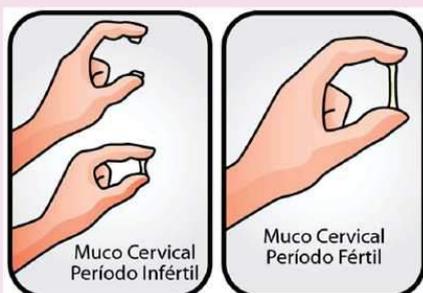
DIU



**MINIPÍLULA**

É UM ANTICONCEPCIONAL EM FORMA DE ANEL QUE DEVE SER INTRODUIDO PELA VAGINA E ACOMODADO NO COLO DO ÚTERO NO QUINTO DIA DE MENSTRUÇÃO, PERMANECENDO POR TRÊS SEMANAS.

NÃO TRAZ DESCONFORTO E NORMALMENTE NÃO É SENTIDO DURANTE AS RELAÇÕES SEXUAIS.

ANEL VAGINAL**MUCO CERVICAL**

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS EM FORMA DE INJEÇÃO COM APLICAÇÃO UMA VEZ POR MÊS, NORMALMENTE NAS NÁDEGAS.

A PRIMEIRA INJEÇÃO DEVE SER FEITA ATÉ O QUINTA DIA DO INÍCIO DA MENSTRUÇÃO E PRÓXIMAS DOSES COM INTERVALO DE 30 DIAS.

NÃO É INDICADO DURANTE A AMAMENTAÇÃO.

INJETÁVEL MENSAL**PÍLULA DO DIA SEGUINTE**

É UM MÉTODO QUE PROCURA IDENTIFICAR O PERÍODO FÉRTIL POR MEIO DA OBSERVAÇÃO DAS MUDANÇAS DO MUCO CERVICAL E SENSÇÃO DE UMIDADE NA VAGINA AO LONGO DO CICLO MENSTRUAL.

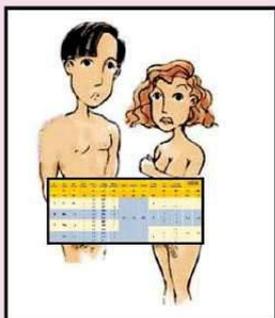
O MUCO CERVICAL VAI SE TORNANDO A CADA DIA MAIS ELÁSTICO E LUBRIFICANTE, SEMELHANTE À CLARA DE OVO PODENDO-SE PUXÁ-LO EM FIO, INDICANDO O TEMPO DA FERTILIDADE.

MUCO CERVICAL

SÃO OS ANTICONCEPCIONAIS EM FORMA DE IMPLANTE, QUE SÃO INSERIDOS POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE TREINADO, COM TÉCNICA ADEQUADA E ANESTESIA LOCAL. É COLOCADO NA PARTE INTERNA DO BRAÇO. O IMPLANTE ESTÁ APROVADO PARA TRÊS ANOS DE USO.

IMPLANTES**PÍLULA ANTICONCEPCIONAL**



**TABELINHA**

É UM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NATURAL, POIS NÃO FAZ O USO DE NENHUM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, ARTIFICIAL OU DE MEDICAMENTOS. É ASSOCIADA AO USO DA TABELINHA, NO QUAL A MULHER EVITA A RELAÇÃO SEXUAL DURANTE O SEU PERÍODO MAIS FÉRTIL. ESSE É UM MÉTODO INSEGURO DE PREVENIR A GRAVIDEZ.

ABSTINÊNCIA SEXUAL



Jogo da Memória: Cuidados com Recém-nascido

Objetivo: Reforçar a memória das participantes referente aos Cuidados com Recém-nascido, que foram discutidos em Oficinas. O Jogo de memória é bastante conhecido, por ser um jogo de concentração e memorização, que objetiva unir pares de cartas correspondentes.

Conteúdo: No caso específico, foi possível unir os pares de acordo com as imagens e a descrição do cuidado ao recém-nascido, referente à imagem. São 30 cartelas compondo 15 pares (Segue o conteúdo das cartas do Jogo de memória de cuidados com o recém-nascido no Apêndice C).

Regras: Nesse jogo o número de participantes fica restrito a três ou cinco. Cada participante recebe um número de cartas igual referente as imagens dos cuidados com recém nascido e as cartas referente a descrição dos cuidados com recém-nascido ficam dispostas aleatoriamente e com a face para baixo em uma mesa. As participantes decidem a ordem de jogada e o início do jogo. Uma participante de cada vez escolhe uma carta da mesa e lê em voz alta para que as demais participantes memorizem suas posições e para estimular a discussão sobre o tema, podendo manifestar as experiências e percepções sobre as informações contidas no jogo. Quando a carta selecionada contém a descrição correta da imagem, a participante fica com ela, do contrário a carta é recolocada no lugar. As próximas jogadas procedem da mesma forma e o jogo segue adiante até voltar a primeira participante e assim sucessivamente até. O jogo termina quando todos os pares de cartas de imagem e descrição dos cuidados com o recém nascido foram associados corretamente.

ALGUNS BEBÊS APRESENTAM CÓLICAS E MELHORAM SE COLOCAR A CRIANÇA DEITADA DE BARRIGA PARA BAIXO, SOBRE O SEU CORPO. MASSAGEAR SUAVEMENTE A BARRIGA DO BEBÊ OU DOBRAR AS COXAS EM DIREÇÃO À BARRIGUINHA. A MAMÃE QUE ESTÁ AMAMENTANDO DEVE CUIDAR DA ALIMENTAÇÃO EVITANDO ALIMENTOS QUE POSSAM DAR CÓLICAS NO BEBÊ.

CÓLICAS



CÓLICAS

É MUITO IMPORTANTE PROTEGER A CRIANÇA DE INFECÇÕES. POR ISSO, TODAS AS PESSOAS QUE FOREM SEGURAR SEU BEBÊ, DEVEM LAVAR AS MÃOS. EVITE, TAMBÉM, OS AMBIENTES COM MUITAS PESSOAS. NÃO ESQUEÇA DAS VACINAS!!

PROTEÇÃO DO BEBÊ



PROTEÇÃO DO BEBÊ

TROQUE AS FRALDAS SEMPRE QUE A/O BEBÊ FIZER COCÔ OU XIXI. FAÇA A LIMPEZA COM ÁGUA MORNIA, SABONETE NEUTRO E ALGODÃO OU PANO BEM MACIO.

EVITANDO ASSADURAS



EVITANDO ASSADURAS

NA MENINA, A REGIÃO DO "PIPIU" PODE E DEVE SER LAVADA RETIRANDO COM CUIDADO AS SUJEIRINHAS. PODE SAIR UMA SECREÇÃO, GERALMENTE BRANCA, É NORMAL, TAMBÉM PODE APARECER PEQUENO SANGRAMENTO. LIMPAR SEMPRE NO SENTIDO DO "PIPIU" PARA O "BUMBUM".

HIGIENE DA MENINA



HIGIENE DA MENINA



NO MENINO, A PONTINHA DA “PINTINHA” É FIRMEMENTE PRESA. PORTANTO, BASTA LIMPAR EXTERNAMENTE NAS TROCAS E BANHO.

OBSERVAR NOS OVINHOS DELE ALTERAÇÕES COMO HÉRNIAS E LÍQUIDOS.

HIGIENE DO MENINO



HIGIENE DO MENINO

ALÉM DE PREVENIR E TRATAR O AMARELADO DA PELE (ICTERÍCIA), O ORGANISMO ESTÁ SENDO ESTIMULADO A ABSORVER VITAMINA D QUE É ESSENCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO ÓSSEO.

DEVE SER REALIZADO SEMPRE ANTES DAS 07H OU DEPOIS DAS 16H E COM DURAÇÃO ENTRE 5 E 10 MINUTOS.

TODO O CORPO DO BEBÊ DEVE SER EXPOSTO AO SOL, PROTEGENDO O ROSTO E OS OLHOS.

BANHO DE SOL



BANHO DE SOL

COM ESSE TESTE É POSSÍVEL DETECTAR SE EXISTE ALGUMA ALTERAÇÃO NA LÍNGUA – TAMBÉM CONHECIDO COMO FREIO OU “LÍNGUA PRESA”.

NO CASO DOS RECÉM-NASCIDOS, A ALIMENTAÇÃO PODE SER PREJUDICADA JÁ QUE AFETA A SUCÇÃO E FUTURAMENTE PODE PREJUDICAR A FALA DA CRIANÇA.

TESTE DA LINGUINHA



TESTE DA LINGUINHA

É UM EXCELENTE TESTE PARA INVESTIGAR PROBLEMAS CARDÍACOS (CARDIOPATIAS CONGÊNITAS CRÍTICAS).

DEVE SER REALIZADO APÓS AS PRIMEIRAS 24 HORAS DE VIDA E ANTES DA ALTA HOSPITALAR, É UM TESTE SIMPLES E NÃO CAUSA DOR.

TESTE DO CORAÇÃOZINHO



TESTE DO CORAÇÃOZINHO



APÓS O BANHO, PASSE UM ALGODÃO OU GAZE COM ÁLCOOL 70% NO UMBIGO, PARA LIMPEZA E EVITAR INFECÇÕES.
NÃO CUBRA O UMBIGO, DEIXE-O SEMPRE DESCOBERTO.

CUIDADOS COM UMBIGO



CUIDADOS COM UMBIGO

ANTES DE CAIR O UMBIGO, O BEBÊ DEVE TOMAR BANHO 1 VEZ POR DIA. APÓS CAIR O UMBIGO, O BEBÊ PODE TOMAR BANHO VÁRIAS VEZES.
USE ÁGUA TRATADA OU FERVIDA (AQUECIDA) E SABONETE NEUTRO. EVITE XAMPUS, TALCOS E PERFUME. ENXUGUE COM TOALHA OU PANO MACIO E SEQUE BEM O UMBIGO.

BANHO



BANHO

É INDICADO O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ AOS 6 MESES DE IDADE, ONDE O BEBÊ DEVE TOMAR APENAS LEITE MATERNO.
A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE TODAS AS CRIANÇAS DEVEM RECEBER ALIMENTOS COMPLEMENTARES (SOPAS, PAPAS, ETC.) E MANTER O ALEITAMENTO MATERNO.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO



ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Calendário Nacional de Vacinação		
IDADE	VACINAS	ESQUEMA
24h	BCG - B (1)	Primeira dose
1	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (1)	1ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	1ª dose
2	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (2)	2ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	2ª dose
3	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (3)	3ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	3ª dose
4	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (4)	4ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	4ª dose
5	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (5)	5ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	5ª dose
6	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (6)	6ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	6ª dose
7	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (7)	7ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	7ª dose
8	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (8)	8ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	8ª dose
9	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (9)	9ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	9ª dose
10	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (10)	10ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	10ª dose
11	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (11)	11ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	11ª dose
12	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (12)	12ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	12ª dose
13	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (13)	13ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	13ª dose
14	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (14)	14ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	14ª dose
15	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (15)	15ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	15ª dose
16	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (16)	16ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	16ª dose
17	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (17)	17ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	17ª dose
18	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (18)	18ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	18ª dose
19	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (19)	19ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	19ª dose
20	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (20)	20ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	20ª dose
21	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (21)	21ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	21ª dose
22	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (22)	22ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	22ª dose
23	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (23)	23ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	23ª dose
24	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (24)	24ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	24ª dose
25	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (25)	25ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	25ª dose
26	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (26)	26ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	26ª dose
27	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (27)	27ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	27ª dose
28	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (28)	28ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	28ª dose
29	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (29)	29ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	29ª dose
30	Poliovac (vacina oral) (OPV - 448 + 410) (30)	30ª dose
	Poliovac (vacina injetável polivalente) (IPV)	30ª dose



VACINAS



É REALIZADO COM O BEBÊ DORMINDO, EM SONO NATURAL, NÃO CAUSA DOR E NÃO MACHUCA, DURA EM TORNO DE 10 MINUTOS. RECOMENDA-SE QUE O EXAME SEJA REALIZADO NA MATERNIDADE ANTES DA ALTA DO BEBÊ OU ANTES DOS 3 MESES DE IDADE.

TESTE DA ORELHINHA



TESTE DA ORELHINHA

PODE SER REALIZADO NA PRÓPRIA MATERNIDADE ONDE O BEBÊ NASCEU, ENTRE O 3º E O 7º DIA DE VIDA. ATRAVÉS DE GOTINHAS DE SANGUE TIRADAS DO CALCANHAR DA CRIANÇA, É POSSÍVEL SE FAZER UMA AVALIAÇÃO INICIAL PARA DETECTAR ALGUMAS DOENÇAS GENÉTICAS (TRANSMITIDAS DA MÃE E DO PAI) E CONGÊNITAS. OS RESULTADOS PODEM DEMORAR ATÉ UM MÊS PARA FICAR PRONTOS.

TESTE DO PEZINHO



TESTE DO PEZINHO

É UM EXAME SIMPLES, RÁPIDO E NÃO CAUSA DOR, IDENTIFICA UM REFLEXO VERMELHO, QUE APARECE QUANDO UMA LUZ ILUMINA O OLHO DO BEBÊ.

É RECOMENDADO FAZER ASSIM QUE O BEBÊ NASCE, A FIM DE DETECTAR QUALQUER ALTERAÇÃO.

TESTE DO OLHINHO



TESTE DO OLHINHO



Quebra-cabeça: pega da amamentação

Objetivo: O quebra-cabeça é considerado um jogo de encaixe de peças. Portanto, o tema sugerido para desenvolver esse jogo foi relacionado à pega correta da amamentação, visto que é necessário um conjunto de fatores e cuidados para o sucesso da amamentação, assim como é essencial à pega correta para evitar problemas na amamentação e o desmame precoce.

Conteúdo: Confeccionado a partir de um desenho ilustrativo sobre a pega da amamentação.

Regras: Permite ser jogado individual ou em grupo de duas a quatro participantes, que podem juntas, tentar encaixar todas as peças e discutir sobre a amamentação. O jogo não visa disputa e sim socializar, debatendo sobre os aspectos referentes à amamentação.

