

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GRÁVIDAS E PUERPÉRAS

Giovanna de Lima Regra (IC) e Gisela Rosa Franco Salerno (Orientadora)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Introdução: A mulher ao longo da vida passa por inúmeras alterações fisiológicas e psicológicas e, dentre elas, há dois momentos importantes: o período gestacional e o puerpério (pós-parto). Com isso, é de extrema importância a mulher ter, nesses dois momentos, orientação gerais sobre a saúde materno-infantil, para assim, por exemplo, diminuir a morbimortalidade da mãe e do bebê. **Objetivo:** Verificar os efeitos da intervenção baseada em Educação em Saúde, na qual os conhecimentos foram avaliados considerando as seguintes variáveis: períneo, dor lombar, tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança, postura na gestação, Shantala, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis. **Método:** Foi realizado um estudo transversal com 64 voluntárias, sendo 20 puérperas e 44 gestantes, com idade média de 27,66 anos ($\pm 5,66$). As voluntárias participaram de encontros nos quais receberam informações sobre a saúde materno-infantil geral. Ao todo foram 8 encontros, com a presença sazonal das voluntárias, com uma avaliação de múltipla escolha no último encontro. **Resultados:** Houve uma correlação significativa fraca, quando foi relacionada a presença das voluntárias nas palestras com os números de acertos na avaliação final ($p=0,292$). Já quando as duas coletas foram comparadas percebeu-se que a maioria dos acertos ocorreu nas mesmas variáveis (tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis). **Conclusão:** Os exercícios em saúde para gestação proporcionaram aumento no conhecimento da saúde materno-infantil em geral. Ocorreu fraca correlação entre os acertos e as presenças das voluntárias nos encontros.

Palavras-chave: gravidez, período pós-parto, atenção primária à saúde.

Abstract

Introduction: Woman during their lives go through many physiological and psychological changes, among them, there are two important moments: the pregnancy and the puerperium (postpartum). It is extremely important for women to have general guidance on maternal and child health during these two moments to help reduce morbidity and mortality of mother and baby for example. **Objective:** Verify the effects of intervention based on Health Education, in which knowledge was evaluated considering the following variables: perineum, lower back pain, types of deliveries, normal psychomotor development of children, posture during

pregnancy, Shantala, breastfeeding and sexually transmitted diseases. **Method:** We conducted a cross-sectional study with 64 volunteers, 20 mothers and 44 pregnant women, average age of 27.66 years old (± 5.66). The volunteers participated in meetings and received information on general maternal and child health. The meetings happened eight times with seasonal presence of volunteers, and a multiple choice evaluation test was applied in the last meeting. **Results:** There was a weak significant correlation when relating the presence of volunteers with the numbers of correct answers in the final test ($p = 0.292$). When the two samples were compared, it was noticed that most correct answers occurred in the same variables (types of deliveries, normal psychomotor development, breastfeeding and Sexually transmitted disease). **Conclusion:** The exercises in pregnancy health provided an increase in the knowledge of maternal and child health in general. There was a weak correlation between the successes and the presence of the volunteers in meetings.

Keywords: pregnancy, postpartum period, primary health care.

INTRODUÇÃO

Durante a vida de uma mulher, há inúmeros processos de alterações fisiológicas, principalmente nos períodos da menarca, gestacional, puerpério (após o parto) e climatério. A gestação é um período de transformação e mudança com inferências não apenas de condição individual e social, mas também com inferências de classe biológica, afetiva, familiar, econômica e cultural. Sendo assim, as influências desses fatores determinam o curso da gravidez e, em seguida, do puerpério (COUTINHO et al., 2014).

Acredita-se que, durante o puerpério, fase de 40 dias assimilada após o parto, ocorrem modificações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais com a mãe, assim como mudanças na vida pessoal que, vinculadas à necessidade do cuidado com a criança, podem ser acentuadas, já que precisam de um preparo e disposição da mãe, da mesma maneira que um apoio social eficaz (VIEIRA et al., 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) criou estratégias e ações para que os períodos da gestação e puerpério fossem compreendidos de uma melhor maneira pelas mulheres, por meio, por exemplo, de exercícios de atenção à saúde, que englobam todo o conhecimento da saúde materno-infantil para as gestantes (que posteriormente será uma puérpera). Além disso, essas estratégias proporcionam uma melhora na promoção da saúde dessa população em específico (GRYSCHK, 2014).

Considerando que, atualmente, a atenção básica voltada para a saúde materno-infantil está inóvia e que ações direcionadas para esse público, de gestantes e puérperas, poderiam atenuar consequências geradas pela insuficiência de informações, como a morbimortalidade materna e infantil, por exemplo, o presente estudo teve como objetivo verificar os efeitos da intervenção baseada em Educação em Saúde, na qual os conhecimentos foram avaliados considerando as seguintes variáveis: períneo, dor lombar, tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança, postura na gestação, Shantala, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis.

REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação pode ser definida como mudanças biológicas, físicas e psicológicas que afetam a mulher durante um período de 9 meses, correspondente ao desenvolvimento do feto após a fecundação de um óvulo. Durante todo esse período, o organismo da mulher passa por adaptações fisiológicas para a sustentação do feto. Essas futuras mães apresentam desde alterações posturais até modificações em todo o sistema digestório, urinário, respiratório e tegumentar (CONTI, 2003).

Após o nascimento da criança a mulher passa de gestante para puérpera e, de acordo com Strapasson (2010), o puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e o término repentino, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação.

Em um estudo realizado por Gryscek (2014), o risco durante a gestação de morbimortalidade materna e do próprio bebê, principalmente em países em desenvolvimento, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estimular ações voltadas em defesa da mulher. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desenvolveu estratégias prioritárias e específicas para promoção da saúde da gestante e do bebê. A partir disso, uma equipe multiprofissional começou a se envolver nesse processo, visando à garantia do acesso, à qualificação da assistência prestada para essa população e à diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Tais ações encontram-se incorporadas na Atenção Básica, definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006). Sendo assim, Cassiano (2014) concorda que a saúde materno-infantil pode ser considerada como uma atuação no nível primário, pois por meio dela as gestantes receberão informações que serão úteis para todo o período gestacional e puerpério, a partir de palestras e oficinas lúdicas.

Apesar da redução da morbimortalidade das gestantes ter diminuído, as metas ainda não foram alcançadas, como divulgado pela OMS (2014). O Brasil reduziu a mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013, mas, ainda assim, a OMS alerta que nenhum dos países da região, incluindo o Brasil, têm condições de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna até 2015.

Diante disso, o Ministério da Saúde institui em 24 de junho de 2011, por meio da Portaria de nº 1459, a Rede Cegonha, com objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. Por meio dessa estratégia, a mulher possui um acompanhamento no pré-natal, no parto e nascimento, no puerpério, na atenção à criança e no transporte e regulação (de todo o processo até o nascimento do bebê). Assim, com essa estratégia, o risco de morbimortalidade tanto para a gestante quanto para a criança já diminui, pois essa assistência é um auxílio para as mulheres que não possuem condições econômicas para realizar esses processos (Brasil, 2012).

Uma das abordagens comuns na atenção primária refere-se às medidas de educação popular que visam estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou alteração. Isso sugere que as informações sobre saúde e doença deverão ser dialogadas com os indivíduos e os grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável (BUSS, 2000).

Para capacitar a população no enfrentamento de situações que podem vulnerabilizar a saúde, os profissionais da saúde devem refletir sobre as diferenças culturais e atuar na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo (BUSS, 2000).

As atividades de Educação em Saúde constituem, portanto, um processo permanente de ensino e aprendizagem, buscando superar a compreensão de saúde somente como o contrário de doença, relacionando-a, desse modo, à qualidade de vida. Além do entendimento do conceito de saúde, é importante que esteja clara a condição dos sujeitos como portadores de direitos, sujeitos estes que podem e devem ser responsáveis pela conquista da efetividade de seus direitos e da qualidade nos serviços de saúde (WERNER et al., 2014).

Geniake e colaboradores (2015) reconhecem as práticas educadoras como uma medida de intervenção e defendem que alguns assuntos sobre conhecimentos gerais da saúde materno-infantil são mais relevantes, como o aleitamento materno, a anatomia do períneo, a postura correta, a percepção corporal, a qualidade de vida e a utilização do “Método Shantala” após o nascimento da criança.

Sendo assim, foi o objetivo do presente estudo verificar os efeitos da intervenção baseada em Educação em Saúde, no qual os conhecimentos foram avaliados considerando as seguintes variáveis: períneo, dor lombar, tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança, postura na gestação, Shantala, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal após a aprovação do comitê de ética (FT008/05/15) com 64 voluntárias, sendo 20 puérperas e 44 gestantes entre o 1º ao 9º mês da gestação, com idade média de 27,66 anos ($\pm 5,66$) e que residiam no alojamento de uma Maternidade na cidade de São Paulo durante 02/2015 e 12/2015, especificamente no centro de acolhidas. Todas as voluntárias residentes foram convidadas a participar do ciclo de palestras e após o livre consentimento demos início às nossas coletas.

As gestantes foram triadas quanto aos critérios de inclusão e avaliadas por meio da ficha de avaliação, composta por: nome, idade e gestante/puérpera. As atividades foram desenvolvidas em 9 encontros, com frequência de uma vez por semana, do período de

17/09/15 a 10/12/15 com duração de 45 minutos cada encontro. Nesses encontros, as participantes receberam informações sobre as transformações fisiológicas na gravidez, como alterações na coluna e no útero e também sobre os cuidados com o bebê envolvendo o aleitamento materno, a higiene e o desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança.

Vale ressaltar que as palestras de períneo, dor lombar, tipos de parto, desenvolvimento neuropsicomotor infantil, postura na gravidez, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis foram aplicadas em uma linguagem simples e de fácil entendimento, seguindo o modelo pedagógico tradicional. E a palestra sobre o Método Shantala, foi realizada uma oficina lúdica na qual as gestantes e puérperas realizaram uma vivência prática da aplicação da massagem, com bonecos para as gestantes e com os próprios filhos para as puérperas. Por fim, ao final de cada palestra foi entregue uma cartilha educativa com o conteúdo trabalhado na palestra, para que o conteúdo fosse melhor fixado entre elas.

A primeira palestra ministrada foi sobre o períneo. Nela foi apresentada a anatomia do períneo, com todas as suas estruturas e objetivos. Revelou-se de suma importância ressaltar nessa palestra sobre a incontinência urinária e duas cirurgias perineais (perineoplastia e histerectomia), para alertar as gestantes sobre alguns riscos dessa disfunção urinária. Como orientação, alguns exercícios para o fortalecimento da musculatura do períneo foram ensinados às voluntárias para serem realizados diariamente e, assim, evitar futuras complicações.

A palestra sobre dor lombar foi a segunda a ser ministrada. Estruturas da coluna vertebral e suas funções foram apresentadas para as gestantes, além de ressaltar a causa da dor lombar e os fatores que contribuem para o seu aparecimento. Como prevenção, foi orientada a utilização correta do próprio corpo e das demais estruturas corporais. Quando a dor estivesse muito forte, foi proposto colocar uma bolsa de água quente durante 20 minutos na região lombar e durante o banho deixar cair água quente sobre essa região, movimentando as nádegas para dentro e para fora.

A terceira palestra ministrada foi sobre os tipos de partos e de puerpério. Em relação ao parto normal e à cesárea, foi ensinado sobre o que é, quais as indicações e quais os benefícios para mãe. Quando relatado sobre o conteúdo puerpério (pós-parto), foram apresentado os cuidados no pós-parto, como a dieta alimentar que a mulher deverá seguir (sempre com acompanhamento de uma nutricionista), o peso corporal (ocorre a diminuição do peso devido à saída do bebê, da placenta, do líquido amniótico e do sangue), a higiene, o vestuário (como o uso diário de um sutiã para maior sustentação da mama), hábitos (durante a amamentação foi orientado não fumar e utilizar drogas ilícitas), as possíveis dores que elas sentirão, os medicamentos contraindicados devido à amamentação, os lóquios (uma possível

secreção genital que ocorre após o parto) e a episiotomia (corte realizado na região genital para ampliar a passagem do bebê). Além dessas orientações, foi proposto às voluntárias a realização de exercícios físicos “leves”, com a finalidade de ativar a circulação sanguínea.

A palestra sobre o desenvolvimento neuropsicomotor normal do bebê foi a quarta a ser ministrada. Essa palestra teve como objetivo trazer informações essenciais sobre as principais etapas do desenvolvimento motor da criança. Foram apresentadas, de mês a mês, até que a criança complete 1 ano, quais seriam as possíveis habilidades motoras desenvolvidas por estas. Além disso, houve orientação em relação às voluntárias caso elas identificassem alguma dificuldade nesse processo, ressaltando a importância na procura de um profissional da saúde como Pediatra, Neuropediatra, Fisioterapeuta, para esclarecer dúvidas.

A quinta palestra ministrada foi sobre a postura durante a gestação. Devido às mudanças que ocorrem no corpo durante o período gestacional, é indicado adotar uma nova postura para dormir, dirigir, pegar um objeto que caiu, realizar atividades domésticas, entre outras. As voluntárias foram orientadas sobre como realizar esse novo posicionamento do corpo para realizar algumas atividades durante a gestação e também sobre como realizar exercícios físicos para a prevenção de dores nas costas, do aumento exagerado de peso, da flacidez pós-parto, e para melhorar a circulação e diminuir edema. Vale ressaltar que foram aconselhados o acompanhamento e o cuidado de mulheres com anemia, sangramento, diabetes, hipertensão ou que já tiveram parto prematuro ou de risco.

A palestra sobre o “Método Shantala” (massagem para bebês) foi a sexta a ser ministrada. A massagem tem como objetivo aumentar o contato de mãe e filho e melhorar seu vínculo. Foi ensinado às voluntárias todos os passos da massagem, os movimentos realizados e exercícios para quando os bebês tiverem cólicas. A sequência era composta por 12 passos, sendo que era orientado à mãe que sentasse no chão, com as costas apoiadas na parede e as pernas estivadas. Para a massagem era necessário utilizar um óleo e cada movimento deveria ser repetido de 3 a 10 vezes.

O passo 1 é o deslize das mãos espalmadas do centro do peito do bebê para as axilas e do centro do peito para os ombros. No passo 2 a mãe fica com as mãos em X e desliza uma mão do peito para o ombro esquerdo da criança e a outra mão do peito para o ombro direito. No passo 3 a mãe envolve o braço do bebê com a mão, formando uma espécie de bracelete, e segue do ombro em direção ao punho. O passo 4 consistia em abrir a mãozinha do bebê com os polegares da mãe e ir desde a palma até os dedinhos dele. O passo 5 é o deslize de toda a mão pela mão do bebê e depois segurar cada dedinho, do polegar ao mindinho.

No passo 6, a mão fica com as mãos em concha e escorrega a lateral externa das mãos desde a base das costelas até o quadril. No passo 7, a mãe segura as perninhas do bebê para o alto e usa o antebraço ou a mão para deslizar da costela ao quadril do bebê. No passo 8, a mãe envolve a perna do bebê com a mão, formando um bracelete, e vai desde a virilha até o tornozelo, alternando as mãos e realizando movimentos giratórios de vai-e-vem. No passo 9, são realizados movimentos dos polegares da mãe no centro do pezinho do bebê aos dedinhos e, depois, deslizar toda a mão pelo pé do bebê e, no final, segurar cada dedo, começando do polegar.

O passo 10, depois de virar o bebê de costas, deixando-o perpendicular às pernas da mãe e com a cabeça voltada para o lado esquerdo, consistia em manter as duas mãos espalmadas e fazer movimentos de vai-e-vem, descendo da nuca ao bumbum e depois subindo, após manter a mão direita no bumbum do bebê e deslizar a mão esquerda com o polegar aberto, da nuca ao bumbum.

No passo 11, depois de voltar o bebê para a posição inicial, devia-se juntar os dedos no centro da testa do bebê e fazer semicírculos, contornando cada olho, voltando para o centro da testa e fazendo outros semicírculos, indo em direção às maçãs do rosto, fazendo semicírculos até o queixo. Por fim, para finalizar o passo 12, era necessário cruzar as perninhas do bebê em posição de lótus, com o pé sobre o joelho oposto e o outro joelho sobre o outro pé, e levá-las em direção à barriga, alternando as perninhas.

A sétima palestra ministrada foi sobre o aleitamento materno. Nela, as voluntárias tiveram conhecimento sobre o porquê é importante a amamentação, quais os benefícios para o bebê e para a mãe, como amamentar, como saber se o leite materno é suficiente, o que é ordenhar (quando a mãe estimula a produção do leite, retirando o leite para evitar que as mamas fiquem endurecidas) e como a mãe ordenha, além de orientações sobre qual a posição correta para a amamentação.

A palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis foi a oitava a ser ministrada. O que são as DST, quais são as principais DST, os meios de contaminação, os sintomas e a prevenção foram itens discutidos e ensinados às voluntárias nessa palestra.

No último encontro, realizou-se uma avaliação de múltipla escolha, contendo 16 perguntas divididas nas variáveis períneo, dor lombar nas gestantes, tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal, postura, shantala, aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis, com duas perguntas em cada variável.

Em qualquer etapa do estudo as voluntárias e a instituição tinham acesso ao pesquisador responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas e tinham o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As

informações coletadas foram analisadas em conjunto com a de outros participantes e foi garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado tanto o nome das participantes (apenas o pesquisador responsável teve acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

A análise estatística foi analisada e colocada em tabelas, apresentadas de forma descritiva com teste de correlação de Pearson.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 64 mulheres com idade média de 27,66 anos ($\pm 5,66$), divididas em dois momentos: o da Coleta I com 29 mulheres e o da Coleta II com 35 mulheres. Todas as voluntárias da Coleta I participaram de pelo menos 1 palestra das 8 apresentadas, sendo que somente uma (3,4%) desistiu de participar da atividade por problemas pessoais. Já na Coleta II todas as voluntárias participaram de pelo menos 1 palestra, no entanto 10 (28,5%) foram desligadas pelo mesmo motivo citado anteriormente.

A atenção básica são ações individuais ou coletivas, presentes no nível primário de atenção dos sistemas de saúde e especificamente voltadas para a promoção e prevenção da saúde. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou estratégias de ações específicas para populações fragilizadas e, entre elas, a saúde da mulher está entre os principais programas de promoção a saúde (PNAB, 2006).

Levando este fato em consideração, o objetivo do presente estudo foi verificar os efeitos da intervenção baseada em Educação em Saúde, no qual os conhecimentos foram avaliados considerando as seguintes variáveis: períneo, dor lombar, tipos de partos, desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança, postura na gestação, shantala, aleitamento materno e doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Costa et al. (2007), as políticas públicas de saúde propostas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são elucidadas seguindo desde princípios exclusivamente reprodutivos, voltados somente para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais abrangentes, voltados para assegurar uma melhor condição de vida e de saúde. Dessa maneira, um crescente foco em políticas públicas voltado especificamente para a saúde da mulher tem proporcionado uma melhor qualidade de vida para essa população que não possui um acesso direto a informações sobre a gestação, por exemplo.

É possível observar na Tabela 1 que das 64 mulheres que começaram a pesquisa, 11 (17%) delas foram “desligadas” das coletas ao longo dos encontros. O desligamento geralmente ocorreu por situações pessoais, fazendo elas perderem totalmente o vínculo com a instituição de auxílio.

Tabela 1 – Número total de voluntárias presentes e desligadas na 1ª e 2ª coleta.

Grupos	Voluntárias (n)	Desligadas (n)
Coleta I	29	1
Coleta II	35	10
Total	64	11

Fonte: Do autor.

É válido ressaltar que a maioria dessas mulheres são dependentes químicas ou alcoólicas, que sofriam violência por parte do acompanhante ou eram moradoras de rua, ou seja, não possuíam a mínima condição para dar uma moradia à criança. Estudos relatam que usualmente cerca de 56,8% de dependentes químicos (mulheres) abandonam o tratamento de reabilitação química, além de que se estima que entre 20 e 70% dos indivíduos que iniciam um tratamento psicossocial não o concluem, provavelmente devido à necessidade de voltar à realidade que estavam por pior que ela seja (FERREIRA *et al.* 2015).

Por esse motivo elas eram encaminhadas para esse centro de acolhidas situado na cidade de São Paulo, sendo acompanhadas de forma integral. Além de que, algumas se desligavam dos nossos atendimentos, pois necessitavam de um acompanhamento mais de perto das suas fragilidades, sendo esse trabalho realizado pela equipe de psicólogos e psiquiatras da instituição.

A permanência das gestantes e puérperas no centro de acolhidas era sazonal, ou seja, elas só permaneciam no local por vontade própria e não tinham a obrigação de continuar quando quisessem ir embora, além de que, quando o bebê nascia e o centro conseguia um local para permanência dessa mulher, ela também partia. Essa instituição concedia à gestante ou puérpera moradia, alimentação, consultas médicas, vestuário, produtos de higiene básica, além de cursos/oficinas para inserção em uma atividade profissional, como aulas de artesanato, maquiagem, yoga e pintura com o objetivo de influenciá-las positivamente, permitindo, assim, um auxílio no tratamento da dependência química.

Figueiredo (2008) respalda que a Educação em Saúde implica uma combinação de oportunidades que favoreça a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não é somente uma transmissão de conteúdos e comportamentos, mas também a adesão de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de suas vidas. Além disso, ele relata ainda que Educação em Saúde nada mais é que o exercício de construção da cidadania.

O estudo foi composto por 9 encontros sendo 7 palestras, 1 oficina lúdica e 1 avaliação final. As palestras foram realizadas em uma sala específica para vídeos (videoteca), com duração de 30 minutos, sendo que durante a apresentação era mostrado um cartaz com

imagens e curiosidades sobre o tema e ao final era entregue uma cartilha com informações relevantes para cada mulher.

A presença das voluntárias nas palestras dependia muito de como elas estavam no dia, se estavam na instituição e se gostariam de assistir à palestra, pois em nenhum momento elas eram obrigadas a participar para que fosse realmente algo agradável para elas.

Como pode ser observado na tabela 2, a presença das mulheres era casual, ou seja, não tinha uma ordem a seguir. Dessa maneira, na Coleta I a maior porcentagem de presença foi na palestra sobre Postura (16,25%) e a menor foi sobre DST (6,25%). Já na Coleta II a maior porcentagem foi na palestra sobre Períneo (21,9%) e a menor foi sobre Aleitamento materno (5,47%).

A literatura sobre a utilização de Educação em Saúde para mulheres ou indivíduos em situação de alojamento é muito escassa, ou seja, não há artigos que comprovem quais são as palestras que mais apresentam interesse com o perfil que estudamos.

Além disso, é de suma importância ressaltar que para um maior aproveitamento nas palestras seria necessário um estímulo maior por parte delas mesmas, até no sentido de identificar a importância do trabalho, mas isso só seria possível desde que elas estivessem bem consigo mesmas, o que muitas vezes era difícil encontrar. Como todas estavam em um processo de acompanhamento psicológico para se livrarem do vício das drogas, muitas vezes o trabalho que desenvolvíamos não era identificado como algo importante para elas.

Tabela 2 – Presença das voluntárias na I e II coleta em cada palestra.

Palestras	Presença	
	Coleta I	Coleta II
	%	%
Períneo	15,0	21,9
Dor Lombar	13,75	10,9
Tipo de Partos	12,5	17,8
DMN*	11,25	15,06
Postura	16,25	15,06
Shantala	11,25	6,8
Aleitamento Materno	13,75	5,47
DST*	6,25	6,8

Fonte: Do autor.

*DMN=Desenvolvimento Neuropsicomotor; *DST=Doenças Sexualmente Transmissíveis

É válido ressaltar que na metodologia do presente estudo foi falado sobre a avaliação final realizada com as gestantes e puérperas, lembrando que para cada palestra dada foram inseridas duas perguntas múltipla escolha. Como o estudo foi dividido em 2 momentos de

coletas, pode-se perceber que o resultado em relação aos acertos das voluntárias foi equivalente.

A Tabela 3 informa sobre a relação de acertos das mulheres na Coleta I e II. A variável “Tipos de partos” seguidas de “DMN”, “Aleitamento Materno” e “DST” foram as que mais obtiveram acertos (11 ou 9 voluntárias acertaram as 2 perguntas sobre as palestras, uma vez que 17 gestantes e puérperas realizaram a avaliação) na coleta I. Outro ponto interessante de citar é em relação aos erros, pois 8 voluntárias não acertaram nenhuma pergunta sobre “Postura”.

Já na Coleta II, as variáveis “Tipos de partos”, “DMN”, “Aleitamento Materno” e “DST” tiveram o maior índice de acertos (8 voluntárias acertaram as 2 perguntas sobre as palestras, uma vez que 8 gestantes e puérperas realizaram a avaliação). Além disso, como citado acima em relação aos erros, nessa coleta apenas 2 voluntárias não obtiveram nenhum acerto sobre o “Períneo”.

Tabela 3 – Quantidade de acertos na avaliação final de cada variável na coleta I e II.

Palestras	Coleta 1					
	2 acertos		1 acerto		Sem acertos	
	n	%	n	%	N	%
Períneo	8	12,6	5	13,8	4	10,8
Dor Lombar	4	6,3	8	22,2	5	13,5
Tipo de Partos	11	17,4	2	5,5	4	10,8
DMN	9	14,2	5	13,8	3	8,1
Postura	6	9,5	3	8,3	8	21,6
Shantala	7	11,1	6	16,6	4	10,8
Aleitamento Materno	9	14,2	2	5,5	6	16,2
DST	9	14,2	5	13,8	3	8,1

Palestras	Coleta 2					
	2 acertos		1 acerto		Sem acertos	
	n	%	N	%	n	%
Períneo	6	11,5	2	9,5	2	28,5
Dor Lombar	6	11,5	3	14,2	1	14,2
Tipo de Partos	8	15,3	-	-	1	14,2
DMN	8	15,3	1	4,7	1	14,2
Postura	4	7,6	6	28,5	-	-
Shantala	2	3,8	7	33,3	1	14,2
Aleitamento Materno	8	15,3	1	4,7	-	-
DST	8	15,3	1	4,7	1	14,2

Fonte: Do autor.

*DMN=Desenvolvimento Neuropsicomotor; *DST=Doenças Sexualmente Transmissíveis

Quando indagadas sobre o tipo de parto que gostariam de ter ou que já tiveram, a maioria respondeu que o médico que decidia, ou seja, elas não tinham ou tiveram voz própria. Isso é muito comum nesse segmento da população, pois elas não possuem um conhecimento geral de “Qual o melhor parto para minha situação?” e acabam aceitando a escolha do médico sem nem realmente saber sobre o que ele está falando. Silva et al (2014), realizou um estudo no qual verificava o porquê das mulheres não opinarem sobre qual tipo de parto gostariam de ter e, como resultado, descobriu que elas não sabiam a diferença e os benefícios de cada um, ou seja, uma palestra sobre os tipos de parto tem extrema importância durante a gestação de uma mulher.

No momento em que foi pesquisado sobre palestras em relação à gestação e ao desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança ou estimulação precoce, o resultado foi muito deficitário e não há literaturas que comprovem a importância dessas ações no período gestacional.

Em relação ao presente estudo, para as gestantes e puérperas do centro de acolhidas o DMN era novidade, já que elas nunca tinham ouvido falar. Além disso, é significativo a mãe perceber nos primeiros meses de vida da criança se há algo errado no aspecto cognitivo ou na movimentação desta, por exemplo, pois é a partir disso que a mãe perceberá algo diferente e levará o bebê ao médico. Dessa forma, a mulher que obteve algum conhecimento sobre o tema no período gestacional estará mais informada em relação a alguma desordem na criança.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) é um assunto que desde a escola é abordado entre as meninas, ou seja, elas já possuem um conhecimento precoce sobre essa questão. No período gestacional e puerpério é necessário discutir novamente sobre DSTs pois além de prejudicar a mulher, poderá prejudicar também a criança. Nos achados de et al. (2012), o processo educativo sobre DST é uma atividade imprescindível durante o pré-natal, não apenas como um subsídio que propõe a prevenção das DST/AIDS e outras patologias, mas também como uma ação que busca isentar o indivíduo, tornando-o protagonista da própria saúde.

Em relação ao aleitamento materno, a literatura enfatiza que o período em que as estratégias são desenvolvidas influencia no grau de adesão às recomendações, de modo que o pré-natal parece ser o momento mais adequado para a aplicação de tais ações, pois diferente do pós-parto, a atenção da mãe não está totalmente dirigida aos cuidados com o recém-nascido, situando-se, portanto, mais aberta a novos conhecimentos. Assim, as orientações passadas durante a atenção pré-natal auxiliam significativamente para sensibilizar a mulher quanto ao aleitamento materno (RAIMUNDI et al. 2015).

Enfim identificamos que as variáveis períneo e postura tiveram o maior índice de erros. Isso é identificado porque geralmente as estratégias de saúde por meio de palestras não ressaltam a importância desses temas. Períneo e postura são temas que profissionais da fisioterapia possuem um maior domínio e facilidade, principalmente quando falamos de postura. Ademais, por meio da literatura, pode-se observar que a maioria dos estudos realizados sobre atenção básica na gestação eram de profissionais da enfermagem.

Além disso, vale ressaltar que o tema incontinência urinária no puerpério e a importância dos exercícios perineais diminuiriam também a incidência da incontinência urinária com o processo do envelhecimento, pois é sabido que o simples fato de a mulher engravidar, pelas alterações anatômicas e fisiológicas, já a coloca em uma situação de fragilidade em relação à perda urinária. Por esse motivo, a aquisição de conhecimentos gerais sobre o períneo e o seu fortalecimento para evitar esse distúrbio são importantes.

Sendo assim, devemos pensar em várias vertentes da Educação em Saúde materno-infantil. Sugerimos que isso possa permitir a redução no índice de dor lombar gestacional, pois elas se preocupariam mais nas mudanças posturais inerentes a esse processo.

Ao correlacionar a quantidade de acertos e a presença das voluntárias estatisticamente, não foram encontradas ligações significativas, ou seja, uma correlação fraca, pois através da correlação de Pearson obteve-se um resultado de 0,219 com p igual a 0,292, sendo que para ter significância p teria que ser menor que 0,05. Uma das hipóteses que pode justificar esse achado seria o fato de que, normalmente, um grupo de enfermagem da maternidade na cidade de São Paulo realiza mensalmente palestras sobre assuntos materno infantil (os mais comuns, por exemplo, o aleitamento materno e DST). Logo, mesmo que uma voluntária não tenha assistido a uma palestra do presente estudo e realizado a prova, ela poderia ter acertado alguma questão, pelo fato de já terem um conhecimento prévio.

Ao verificar os resultados através da média e desvio padrão do total de acertos, pode-se analisar que a quantidade de acertos das voluntárias foi heterogênea, com algumas acertando mais do que a metade e outras menos do que a metade. Pode-se entender por meio desse resultado que a falta de algumas palestras pode influenciar ou não no conhecimento dessas mulheres, pois, como é possível verificar em relação à presença e aos acertos, há uma grande variância. Sendo assim, há voluntárias que não assistiram a nenhuma palestra e obtiveram o total de aproveitamento nos acertos (100%) e outras que assistiram a maioria da palestra e também obtiveram o mesmo aproveitamento. Conclui-se, então, que é relativo a relação entre palestras e acertos.

É plausível analisar também que os acertos que variaram de 12 a 16 apresentaram uma maior frequência. Então, mesmo que as voluntárias não tenham assistido ou assistiram

algumas palestras, elas conseguiram atingir o máximo de acertos na avaliação e isso pressupõe que as palestras dadas influenciaram positivamente no conhecimento geral sobre saúde materno infantil dessas mulheres.

Uma das falhas que identificamos no nosso estudo foi o fato de não avaliarmos o conhecimento delas anteriormente aos nossos estudos. Isso poderia ter demonstrado o conhecimento prévio e o quanto a nossa intervenção foi realmente efetiva de forma quantitativa. Imaginamos que elas tinham muito conhecimento antes da nossa intervenção, porém isso não foi quantificado.

Em síntese, os exercícios em saúde para gestantes e puérperas apresentou ser uma alternativa eficaz para o aumento do conhecimento geral sobre a saúde materno infantil em mulheres que não possuem um total acesso a essas informações e que futuramente acrescentarão muito ao dia a dia delas. Entretanto, são necessários mais estudos que consigam mostrar a eficiência da atenção básica, especificamente na saúde da mulher, na gestação e puerpério, para que possamos descobrir outras maneiras de contribuir positivamente para esse tipo de população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou analisar a eficácia da educação em saúde para gestantes e puérperas nas voluntárias do Centro de Acolhida da Maternidade na cidade de São Paulo. Ocorreu fraca correlação entre os acertos e as presenças das voluntárias nos encontros.

REFERÊNCIAS

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-170, 2000.

CASSIANO, A.C.M.; *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo ministério da saúde. **Rev do Serviço Público**. Maringá, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr/jun, 2014.

CONTI, M.H.S.; *et al.* Efeito de Técnicas Fisioterápicas sobre os Desconfortos Músculo-esqueléticos da Gestação. **RBGO**. São Paulo, v. 25, n. 9, p. 647-654, 2003.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, dez. 2007.

COUTINHO, E.C.; *et al.* Mudanças no estilo de vida provocadas pela gravidez e parto. **ATAS CIAIQ**. Portugal, v. 2, 2014.

FERREIRA, A.C.Z.; BORBA, L.O.; CAPISTRANO, F.C.C.; *et al.* Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: Percepção de profissionais de saúde. **Rev Min Enferm.** Curitiba, v. 19, n. 2, p. 150-156, abr/jun, 2015.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 4. ed. São Paulo: Difusão, 2008.

FONTE, V.R.F.; *et al.* Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 493-499, out/dez, 2012.

GENIAKE, L.M.V.; LIMA, J.A.S.; LOURENÇO, G.M.; ZARPELLON, L.D. Oficinas educativas com gestantes: uma intervenção na unidade de saúde da família. **Rev. Ed. Popular.** Uberlândia, v. 14, n. 1, p. 136-144, jan./jun. 2015.

GRYSCHKEK, A.L.F.; *et al.* Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. **Saúde soc.** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 689-700, 2014.

Ministério da saúde. **Caderno de atenção ao pré natal de baixo risco.** Brasília, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013.** 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>. Acesso em: 09 de março de 2016.

Ministério da saúde. **Rede cegonha.** 2012. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em: 09 de março de 2016.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília-DF, 2006.

RAIMUNDI, D.M.; MENEZES, C.C.; UECKER, M.E.; *et al.* **Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá.** Saúde (Santa Maria)., n.2, v.41, p.225-32, 2015.

SILVA, S.P.C.; PRATES, R.C.; CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev. Enferm.** Bahia, v. 4, n. 1, p. 1-9, jan/mar, 2014.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. PUERPÉRIO IMEDIATO: desvendando o significado da maternidade. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 521-8, 2010.

VIEIRA, A.P.R.; *et al.* Maternidade na adolescência e apoio familiar: Implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. **Cienc Cuid Saude.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 679-697, out/dez, 2013.

Contatos: giovannaregra95@gmail.com e gisela.franco@mackenzie.br