



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Daniela Bastos Silveira

Práticas educativas durante a gestação na Estratégia de Saúde da Família:
refletindo sobre limites e possibilidades

Rio de Janeiro

2010

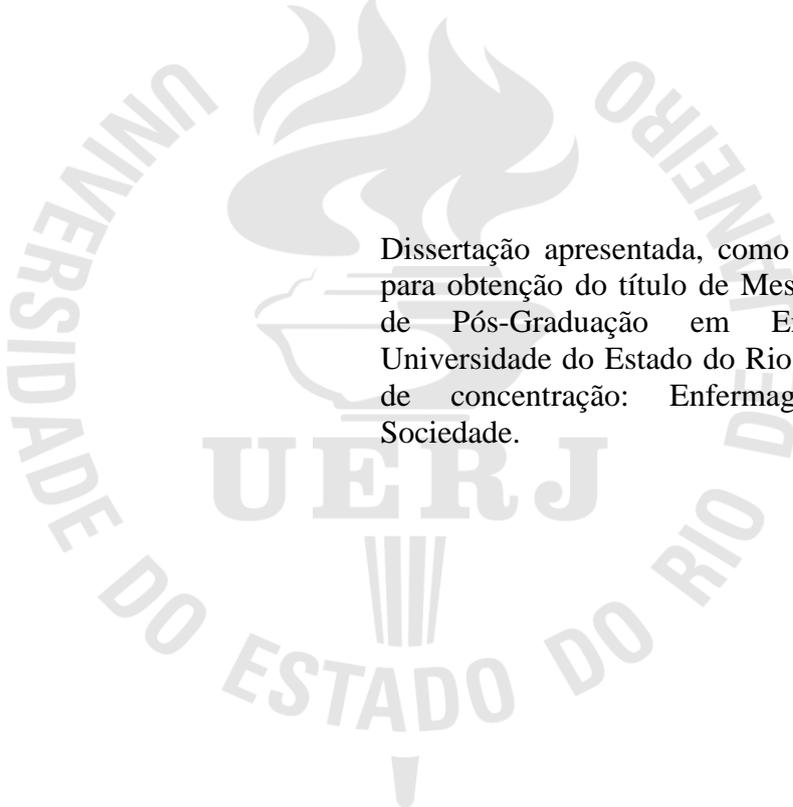
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DANIELA BASTOS SILVEIRA

Práticas educativas durante a gestação na Estratégia de Saúde da Família: refletindo sobre limites e possibilidades



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª.Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S587 Silveira, Daniela Bastos.
Práticas educativas durante a gestação na estratégia de saúde da família:
refletindo sobre limites e possibilidades / Daniela Bastos Silveira. - 2010.
86 f.

Orientador: Sonia Acioli de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Educação sanitária. 2. Gestantes – Educação. 3. Parto (Obstetrícia) –
Aspectos da saúde. 4. Saúde da família. I. Oliveira, Sonia Acioli de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.
Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação.

Assinatura

Data

Daniela Bastos Silveira

Práticas educativas durante a gestação na Estratégia de Saúde da Família: refletindo sobre limites e possibilidades

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 05 de Março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Vera Joana Borsntein
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

À minha filha, Ana Clara, por quem procuro melhorar a cada dia como mãe e como pessoa
Ao meu marido, Ronaldo com quem compartilho tantos outros desafios, tantas outras
alegrias...

À minha família, pelo apoio, pelo aprendizado da humildade e pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me fazer acreditar que esse desafio seria possível.

Ao meu marido Ronaldo e minha filha Ana Clara por toda a paciência e por perdoarem minha ausência.

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio permanente.

À Rose, minha babá, que garantiu minha tranquilidade cuidando da “Aninha” com o mesmo carinho com que eu mesma cuidaria.

Aos amigos queridos, aqueles distantes que durante esse período não pude procurar e aos mais próximos, que me motivaram a continuar...

Agradeço em especial às amigas Michelle Escobar que tanto incentivou a buscar esse desafio e Tatiana Lattanzi que compartilhou comigo os questionamentos e inquietudes desse estudo.

À amiga Jaldeci Leite pela parceria e incentivo nessa caminhada.

Aos enfermeiros Vanessa Duque, Gabriel Faria, Monique Telles e seus respectivos agentes comunitários de saúde por tão prontamente abraçarem a proposta da pesquisa

À Prefeitura Municipal de Quissamã (PMQ), pela liberação parcial do trabalho para a realização do curso.

À toda a equipe da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família de Quissamã, pelo empenho, competência e alta resolubilidade nos períodos em que estive ausente. Anderson, Rosângela, Simone, Cleide, Genilda, Renata, Regina, Ana Maria, Dilma, Leandro, Luiza, Luana e Mariana.

Ao setor de transporte da PMQ, pelas caronas que muito facilitaram minhas intermináveis viagens Quissamã x Rio x Quissamã. Em especial aos Srs. Amaro, Anísio, Valdir, Babau, Cleber, Marcinho e todos os motoristas que se disponibilizaram em oferecer o transporte.

Às professoras Vera Joana Borstein, Lúcia Helena Penna e Jane Márcia Progianti pelas valiosas contribuições no trabalho.

À professora Sonia Acioli pela parceria, paciência e apoio durante as reflexões do estudo.

RESUMO

SILVEIRA, Daniela Bastos. **Práticas educativas durante a gestação da Estratégia de Saúde da Família**: refletindo sobre limites e possibilidades. 2010. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Estudo de natureza qualitativa que teve como objetivo analisar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas com gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Quissamã no Rio de Janeiro. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica do grupo focal, sendo realizados três grupos em unidades com elevadas taxas de cesárea, a fim de refletir sobre a relação entre a participação nas atividades e a escolha pelo tipo de parto. Os sujeitos do estudo foram 18 mulheres que tiveram seus filhos no ano de 2008 e que participaram de qualquer atividade educativa desenvolvida pelas unidades. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo de Bardin e das falas das mulheres emergiram 03 categorias e uma subcategoria. A investigação apontou que a participação nas práticas educativas ajuda nas escolhas durante a gestação, pois as mulheres sentem-se mais seguras e preparadas para o parto e o pós-parto. Contudo, a escolha pelo tipo de parto ainda é determinada pelos profissionais. O estudo indica que há uma disputa entre o projeto de assistência obstétrica delineado pela mulher e o projeto do profissional, de modo que a indicação médica continua a prevalecer. Apesar dos esforços dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município investigado, as práticas educativas realizadas com as gestantes, ainda precisam ser desenvolvidas a fim de possuir um cunho emancipatório, na superação de uma prática transmissora de modo a empoderar a mulher para a sustentação de suas decisões. Observa-se que as atividades são orientadas por um planejamento, entretanto, a avaliação das ações não acontecem, de modo que se faz necessária a reflexão dos profissionais acerca das formas de avaliação das práticas desenvolvidas. A pesquisa recomenda a criação de comitês de avaliação das indicações de cesárea; o investimento na formação permanente dos profissionais, sobretudo em Educação e Saúde; e a reavaliação da metodologia de desenvolvimento dessas atividades com o intuito de se pensar em estratégias que possam envolver as mulheres na construção das práticas educativas, no sentido de empoderá-las para a tomada de decisão e para a defesa de seu projeto de parto.

Palavras - chave: Práticas educativas. Estratégia de Saúde da Família. Gestantes. Escolha pelo parto.

ABSTRACT

Study of qualitative nature had as objective to analyze the Educative practices in health developed in pregnant women attended by Health Family Strategy in Quissamã County in Rio de Janeiro. In order to collect data was used the Focus Group Technique, being done three groups in units with high rates of caesarean to reflect about the relation between activities participation and kind of choice. The subject of study were 18 women that had their babies in 2008 and that attended in any kind of educative activity developed by the units. The data analysis was guided by analysis of Bardin's content and from statements of the women raised 06 categories and one under-category. The investigation showed that participation in educative practices help in the choice during the pregnant period, because women feel more secure and prepared to birth and after-birth. However, the choice about the kind of birth is still determined by professionals. This study indicates that there is a dispute between the Obstetric Assistance project established by the woman and the professional project, the professional choice is still dominant. In spite of efforts of health Family Strategy professionals in Quissamã county investigated, the Educative practices done with pregnant women still need to be developed in order to have an emancipating objective, in overcoming a transmission practice to empower woman to keep her decisions. It's observed that the activities are guided by a schedule, however, the evaluation of the actions doesn't happen, so, it's necessary the professionals' reflection about the kind of evaluation of developed practices. The research recommend the creation of committees of evaluation of caesarean indications; the investment in permanent formation of professionals, over all in Education and Health and the reevaluation of methodology of development of these activities in order to think about strategies that can involve women in building of Educative practices, to empower them to take the decision to her birth project defense.

Keywords: Educational practices. Health Family Strategy. Pregnant women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PAISM	Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
1.1	Breve Histórico da Educação em Saúde.....	15
1.2	Enfoques em Educação em Saúde e Tendências Pedagógicas no Sistema Educacional.....	17
2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
3	A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESF	23
3.1	Gestação e Parto.....	24
4	DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	28
4.1	Cenário do estudo.....	28
4.1.1	<u>Caracterização das unidades quanto às taxas de cesárea.....</u>	29
4.2	Sujeitos do estudo.....	30
4.2.1	Perfil dos sujeitos.....	31
4.3	Coleta de dados.....	33
4.4	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	35
4.5	Análise de dados.....	35
4.6	Resultados.....	37
4.6.1	<u>Categoria 1: Metodologia de desenvolvimento das práticas educativas.....</u>	37
4.6.1.1	Temáticas discutidas nas práticas educativas com gestantes.....	45
4.6.2	<u>Categoria 2: Participação nas práticas educativas.....</u>	47
4.6.3	<u>Categoria 3: Definição do tipo de parto.....</u>	54
5	CONCLUSÕES.....	62
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICE A- Roteiro para desenvolvimento do grupo focal.....	76
	APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	77
	APÊNDICE C- Quadro demonstrativo da construção dos temas.....	79
	APÊNDICE D- Quadro demonstrativo da construção dos temas.....	82
	ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	86

INTRODUÇÃO

Minha inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) se deu no ano de 2002. Inicialmente atuando como enfermeira, posteriormente assumi a gerência e a assistência de uma unidade de saúde. Após três anos, passei a realizar a supervisão de enfermagem e, atualmente, atuo como coordenadora da ESF do município de Quissamã localizado no Norte-Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

A prática educativa realizada pelo enfermeiro e demais membros das equipes sempre foi um tema que considerei relevante, pois um dos pilares da ESF é trabalhar a promoção da saúde, a prevenção da doença e ainda estimular a co-responsabilização e a autonomia da população usuária dos serviços.

Há algum tempo venho refletindo sobre como estão sendo realizadas as atividades de educação em saúde no município, o que envolveria as etapas de planejamento e sua operacionalização. Sabemos que nesse processo várias questões devem ser consideradas, como a participação dos usuários na escolha dos temas a serem abordados, a preparação dos profissionais para essa atividade e os objetivos e resultados a serem alcançados.

No município de Quissamã, são realizadas reuniões entre os coordenadores de serviço com periodicidade quadrimestral para avaliação dos indicadores. Em algumas dessas reuniões avaliativas, foram discutidos os elevados índices de cesárea e identificada como suposta causa a pouca valorização do parto vaginal na Atenção Primária do município.

Essa discussão levou-me a refletir sobre a prática educativa que vem sendo realizada pelas unidades de saúde da família desse município, já que as nove unidades que compõem a ESF de Quissamã discutem com suas gestantes os benefícios do parto vaginal, através de cursos, salas de espera, grupos e nas consultas de enfermagem.

A partir desses questionamentos, foi proposta como objeto dessa pesquisa a relação das práticas educativas realizadas nas unidades de saúde da família com a escolha da gestante pelo tipo de parto.

Em pesquisa realizada na base de dados LILACS, SCIELO e BIREME, no período de Junho a setembro de 2008, foram encontrados 42 (quarenta e dois) trabalhos sobre práticas educativas com gestantes, utilizando-se os descritores Educação em saúde e gestantes, sendo encontrado apenas um trabalho especificamente sobre a prática educativa relacionada à escolha pelo tipo de parto.

A partir do número mínimo de produções nessa área, consideramos relevante discutir mais intensamente sobre as atividades educativas realizadas com gestantes, sobretudo, abordando temas específicos e relevantes como tem se mostrado a questão dos altos índices de cesárea.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os índices de cesárea no Brasil têm sido elevadíssimos, em torno de 43% no sistema público, chegando a 80% no setor privado. No município de Quissamã, localizado no Norte-Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, essa realidade não é diferente, ficando nos últimos 05 anos numa média de 67% de cesárea para 33% de parto vaginal, dados fornecidos pelo Setor de Vigilância Epidemiológica do município.

O modelo de assistência em saúde adotado em Quissamã é a ESF, que foi implementado na década de 90, na perspectiva de contribuir com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e incorporando seus princípios de Universalização, Integralidade, Descentralização, Participação Popular e Regionalização.

A ESF, segundo o Ministério da Saúde (1997), é uma forma de reorganização do modelo de assistência, até então centrado principalmente na doença e traz como inovação a perspectiva de trabalhar a promoção da saúde, buscando a participação popular na construção de novos saberes e práticas profissionais.

Para melhor compreensão da temática, convém definir modelo assistencial, que, segundo Paim (2003, p. 568), “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde coletivas e individuais. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”.

Nesse modelo proposto, a ESF, sendo primeiro nível da atenção à saúde, assume o papel de porta preferencial de entrada do usuário no serviço de saúde, buscando garantir a rede de cuidado, numa articulação com os demais níveis de assistência.

A ESF, compreendida como uma reorientação do modelo assistencial, aponta uma ruptura com as práticas convencionais e autoritárias, requer mudança de atitudes, não cabendo, então, um modelo tradicional, hegemônico, focalizado na doença e prescrevendo comportamentos através de informações verticalizadas.

A ampliação do número de equipes da ESF, como vem ocorrendo ao longo do tempo, não garante a mudança do modelo assistencial existente, de modo que são colocados como desafios a prática efetiva dos princípios do SUS, o que requer um olhar diferenciado dos profissionais de saúde numa valorização das práticas preventivas sem excluir as assistenciais.

É necessária uma superação da fragmentação das práticas reducionistas, do enfoque na doença e da assistência apenas curativa (ALVES, p. 47).

A proposição de novas práticas implicadas nessa concepção depende também dos usuários, e para tal, a Educação em Saúde se torna um espaço para aproximações, trocas e construção conjunta do conhecimento, sendo uma prática definida como atribuição de todos os profissionais da equipe de saúde da família (RIOS, p. 478).

A trajetória histórica dos saberes e práticas da Educação em Saúde no Brasil tem início no final do século XIX, com ações de controle das grandes epidemias e passa por várias mudanças até o surgimento da Educação Popular em Saúde, com uma perspectiva de rompimento com a verticalidade da relação dos profissionais com os usuários.

Vasconcelos define a Educação Popular como:

Um modo de participação de agentes eruditos [professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros nesse trabalho político]. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 2001, p. 15).

Atualmente, a Educação em Saúde pode ser discutida a partir de dois modelos. Segundo Ayres (2001), o primeiro é o tradicional, que mantém o profissional-educador numa posição de quem detém o saber, e o usuário-educando como um sujeito passivo sem vivências ou conhecimento. Nesse modelo não são considerados os valores, as crenças e o contexto em que o sujeito está inserido.

O segundo modelo é o dialógico, em que o sujeito contribui com o seu saber, é participativo e incentivado a buscar sua autonomia. Segundo Freire:

A Educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, implica num constante ato de desvelamento da realidade [...] busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade. (1975, p.80)

O autor acredita que a educação é um encontro de interlocutores, é um processo que passa pela observação e reflexão para chegar à uma ação transformadora, sendo a educação problematizadora uma superação da bancária, que se fundamenta nos princípios da dominação e alienação.

Considerando a Educação em Saúde uma das principais atividades do enfermeiro da ESF, esta deve ser, portanto, compreendida como parte do cuidado. Segundo Acioli (2008, p. 3), “o cuidado em enfermagem pressupõe a explicitação de um referencial teórico e filosófico e a compreensão da experiência de cuidado no contexto sociopolítico, econômico e cultural em que ocorre.”

A autora menciona que as práticas educativas devem estar orientadas pelos princípios de ouvir o outro, tomar como ponto de partida o saber anterior das pessoas e a articulação entre o saber técnico e o saber popular.

Os espaços destinados à Educação em Saúde na ESF são diversos: a visita domiciliar (VD), as consultas de enfermagem, os grupos educativos e todos os momentos de contato com o usuário podem ser entendidos como propícios para esse fim.

O pré-natal de baixo risco na ESF do município de Quissamã é realizado pelo enfermeiro, que se utiliza das consultas de rotina e dos encontros próprios à prática educativa para abordagem de diversos temas que geram dúvidas e inseguranças à gestante, como o momento do parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, tipos de parto e outros.

Durante esses encontros, têm sido trabalhadas permanentemente as vantagens do parto vaginal, tendo em vista os altíssimos indicadores de cesárea do município. Apesar das diversas atividades voltadas para essa finalidade, ainda não há uma reflexão se essas abordagens têm contribuído para as escolhas da gestante pelo parto vaginal.

Considerando esses aspectos, destacamos como questão norteadora: Existe relação das práticas educativas realizadas nas unidades de saúde da família com a escolha das gestantes pelo tipo de parto?

Sendo assim, a respeito das práticas educativas realizadas pelas equipes de saúde da família, elencamos como objetivos para este estudo:

Objetivo geral:

- Analisar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas com gestantes atendidas nas unidades de saúde da família do município de Quissamã e sua relação com a escolha dessas gestantes pelo tipo de parto

Objetivos específicos:

- Identificar quais são as práticas educativas desenvolvidas com gestantes nas unidades de saúde da família do município de Quissamã.
- Descrever como são desenvolvidas as práticas educativas com gestantes nas unidades de saúde da família do município de Quissamã.
- Refletir sobre a relação entre as práticas educativas e a escolha das gestantes pelo tipo de parto.

A partir dos objetivos elencados, entendemos que as reflexões propostas por este estudo poderão contribuir de maneira significativa para a prática não somente do enfermeiro, mas também dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Possibilitarão uma avaliação ampla sobre as atividades de educação em saúde desenvolvidas e suas implicações para a gestante, podendo ainda contribuir para o fortalecimento dessas práticas ou uma proposição de sua reorientação.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Breve histórico da educação em saúde

A Saúde Pública, desde o final do século XIX, foi marcada pelo combate às epidemias, com o objetivo de impedir a cadeia de transmissão das doenças.

Segundo Smeke e Oliveira (2001), a principal atuação do governo foi nos portos, devido à agroexportação que era feita por navios. As necessidades de domínio sobre a questão sanitária e a preocupação do Estado com a manutenção da força de trabalho impulsionavam ações de controle higiênico.

Com a liderança de Osvaldo Cruz, a polícia sanitária atuou no controle de enfermidades como varíola, sífilis, peste e outras, adotando práticas de caráter fortemente preventista e higienista como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres.

Com a exacerbação da doutrina higienista, numa perspectiva autoritária, o indivíduo deveria adequar-se às prescrições da Educação em Saúde pelo eugenismo, uma ideologia que propõe que os brancos são superiores às demais raças.

O higienismo da raça tinha como objetivos evitar qualquer desordem social ou moral. Nessa concepção, o povo brasileiro era culpabilizado pelas desordens que estavam ligadas à biologização determinista do processo saúde-doença (SMEKE; OLIVEIRA, 2001, p. 120).

Na década de 20, houve uma reformulação de serviço sanitário, no qual a educação sanitária seria priorizada, de forma a reduzir o caráter coercitivo da polícia sanitária. Ainda nos anos 20, há uma influência da educação em saúde com o movimento da Escola Nova. Professoras primárias eram formadas pelo Instituto de Higiene de São Paulo, de forma que, nessa época, a educação estava restrita à escola, aos centros de saúde e a campanhas sanitárias (MELO, 1984, p.35).

Os centros de saúde foram criados por influência norte-americana, sendo expandidos com caráter preventivo e assumidos pelo Estado.

Na década de 30, o país passava por grandes mudanças, sendo a principal delas, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Ao MESP cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, desempregados e os que exerciam atividades informais.

Neste momento, a educação em saúde estava voltada para propor hábitos de vida puritanos, de modo que ficava restrita aos programas e serviços destinados às populações marginalizadas.

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o modelo de saúde pública americano era reforçado e apesar das inovações metodológicas e técnicas como a educação de grupos, recursos audiovisuais, ainda se mantinha uma postura higienista.

Segundo Melo (1984, p. 37), a Fundação Sesp, além de introduzir a participação comunitária e a educação de grupos, ainda influenciou fortemente na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

Nos anos 50, o Ministério da Saúde se tornou autônomo e evidenciou-se uma separação da política sanitária brasileira, em que o Ministério da Saúde estabelece medidas de alcance coletivas, e a Previdência Social, medidas de alcance individuais. Nesse contexto, há a criação dos hospitais, centralizando as ações de saúde, reduzindo o espaço para as práticas educativas (SILVA, 2005, p. 20).

Na década de 60, as práticas de Educação em Saúde comunitária tinham como pressuposto que a população seria responsável pelos seus problemas e enfocavam a conscientização da população para sair do estado de doença e passar para o estado de saúde. Nesse momento, reforça-se a dicotomia preventivo/educativo x curativo/assistência médica.

O período do regime militar, marcado pela redução de investimentos nas políticas sociais e ampliação da medicina privada, contribui para que a educação em saúde fosse entendida como controle, e o sujeito compreendido como subcidadão, sendo valorizado numa ótica do consumo do “ter” e não “ser”.

O descaso estatal e a visibilidade da iniquidade social foram alimentando novas formas de organização, resistência e mobilização, havendo uma articulação em busca de melhores condições de vida.

Nos anos 70, os movimentos populares crescem e exigem mudanças, o que abre espaço para as práticas educativas com uma concepção crítica e participativa.

A Educação em Saúde, que até a década de 70 foi basicamente uma iniciativa das elites políticas, passou a se ocupar com a criação do vínculo da população com o médico, além de fortalecer a relação do serviço com a população e seus movimentos organizados.

Em 1990, com o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz como princípios a Universalização do direito à saúde, Integralidade das ações, Descentralização da gestão e Participação e Controle Social, há um fortalecimento das práticas de Educação em Saúde que a partir de então é entendida como:

Um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que, no âmbito das práticas de atenção à saúde, deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área pelos organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 2002, p.02).

A trajetória histórica da Educação em Saúde nos aponta grandes avanços na direção de novas práticas. Há um movimento na tentativa de superação de uma concepção de dominação, caracterizada pelo modelo depositário, cuja marca é a verticalidade da relação educador e educando.

A busca por uma mudança de perspectiva das práticas educativas tem apoio nos princípios da pedagogia crítico-reflexiva e na dialógica. Essas abordagens serão descritas a seguir.

1.2 Os Enfoques de Educação em Saúde e as Tendências Pedagógicas no sistema Educacional

Acerca dos enfoques de educação e saúde Stotz (2007, p. 52) discute algumas informações relevantes, discorrendo sobre cada um deles.

O autor coloca que o enfoque educativo que perdurou nos serviços de saúde por um longo período é o preventivo, que tem como pressupostos, primeiro que o comportamento dos indivíduos está relacionado com as doenças crônico-degenerativas, sendo esse comportamento visto como fator de risco; segundo que os gastos com assistência médica têm poucos benefícios porque os problemas de saúde são de responsabilidade dos indivíduos. Nesse enfoque, a eficácia da educação é estimular as pessoas a mudarem seu comportamento adotando hábitos mais saudáveis.

Ainda reforçando a idéia do preventivismo, outro enfoque começa a ser desenvolvido, o enfoque da escolha informada, que tem como base a garantia da dignidade do indivíduo, são consideradas suas crenças e valores e pressupõe que o indivíduo possua uma compreensão verdadeira da situação.

Semelhante ao enfoque da escolha informada é o enfoque de desenvolvimento pessoal, que se difere do anterior procurando aumentar as potencialidades do indivíduo. Nos dois enfoques considera-se o indivíduo livre e em condições de realizar a “eleição informada”, apesar de serem reconhecidas as dificuldades para uma eleição informada.

Esses enfoques têm como premissa a responsabilidade individual sobre a ação e a adequação dos indivíduos através da educação. Esse pensamento contribui para que os governos se isentem de responsabilidades e as transfiram para os sujeitos.

Stotz (2007) descreve que o enfoque radical surge como uma alternativa aos anteriores, pois parte da idéia que as condições e a estrutura social são as principais causas dos problemas de saúde. Nesse enfoque, é através de medidas legislativas que se pode modificar as condições que levam à doença. Tem na educação sanitária um facilitador da luta política pela saúde. A dificuldade está em equilibrar as práticas educativas considerando a dialética individual e do coletivo.

Outro enfoque abordado pelo autor é o da educação popular, que tem como idéia principal tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior dos sujeitos. Tem como referencial alguns princípios sistematizados por Paulo Freire, como por exemplo, a dialógica e a problematização. Considera a valorização do saber popular como uma possibilidade de superação do fosso cultural entre o saber científico e o popular.

Consideramos relevante mencionar que a opção pelos enfoques está relacionada com o que cada um acredita e como se posiciona diante das questões políticas e sociais, sobretudo, é necessário ter clareza que uma opção não necessariamente exclui a outra, assim como não é necessário escolher por uma ou outra opção.

Acerca das tendências pedagógicas, que contribuiriam como base da prática educativa na área da saúde, não podemos deixar de mencionar Freire (1975) que defende uma educação pautada no diálogo.

Freire (1975) caracteriza duas concepções de educação: a bancária e a problematizadora. Na primeira o educador é quem sabe, os educandos não sabem, a educação torna-se um ato de depositar o saber. Tem como característica a divisão entre oprimidos e opressores, negando a dialogicidade. A segunda fundamenta-se na relação dialógico-dialética-ambos aprendem juntos, ambos possuem algum saber.

Para aprofundar a discussão das pedagogias citamos Pereira (2003, p. 1529) que descreve as abordagens dominantes no sistema educacional brasileiro. São elas:

Pedagogia Tradicional: em que as ações de ensino estão centradas no professor, que tem funções como vigiar, corrigir e ensinar a matéria. Na relação educador-educando, prevalece a autoridade do educador, ele transmite o conteúdo como uma verdade a ser absorvida.

Os resultados dessa pedagogia são, dentre outras, em nível individual, uma passividade do aluno e falta de atitude crítica, falta de problematização da realidade; em nível social, uma falta de conhecimento da própria realidade, falta de cooperação e participação.

Pedagogia Renovada: está ligada ao movimento de pedagogia não-diretiva, o professor facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do indivíduo, o processo de busca

deve partir do aluno. As críticas do Ministério da Educação e Cultura (MEC) em relação à pedagogia, indicaram que a idéia de um ensino guiado pelos alunos desconsiderava o planejamento do trabalho do professor, perdendo-se de vista o que ensinar e o que aprender.

Pedagogia por condicionamento: a escola é uma modeladora do comportamento por técnicas específicas, o foco é produzir indivíduos competentes na técnica. Aprende-se por repetição.

Os resultados dessa pedagogia em nível individual são um aluno ativo, com alta eficiência da aprendizagem de dados, mas o aluno não questiona os objetivos; em nível social, tendência à robotização da população, com ênfase na produtividade, falta de desenvolvimento de consciência crítica e cooperação, tendência ao conformismo.

Pedagogia Problematizadora: tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorreram nos anos 70. Nesta pedagogia, professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade para atuarem nela, possibilitando a transformação social. Nela, o professor está ao mesmo nível de importância em relação ao aluno. É através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, ela é uma relação social igualitária, diagonal, que produz conhecimento.

Os resultados dessa pedagogia em nível individual são: aluno ativo, formulando perguntas, expressando opiniões, é motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço. Em nível social: população conhecedora de sua realidade, elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população devido à maior estimulação e desafio e resistência à dominação por classes e países.

O modelo educacional de Paulo Freire, como pedagogia crítica, tem sido apontado como uma contribuição de relevância para a promoção da saúde, pois, além de valorizar o saber do aluno e instrumentalizá-lo para a transformação de si mesmo e de sua realidade, possibilita efetivação do direito da população à informação, estimulando a participação ativa nas ações e decisões de saúde.

2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Até a Constituição de 1988, que traz em seu artigo 196 o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado, o Brasil teve diversas experiências históricas de modelos de Atenção à Saúde. As principais foram:

- 1900 a 1920- Sanitarismo: com ação autoritária e impositiva sobre os corpos individual e social, através das campanhas e da Polícia Sanitária.
- 1920 a 1980- Dos Centros de Saúde: com trabalho de médicos sanitaristas, enfermeiros visitantes e fiscais sanitários em uma rede de ambulatórios.
- 1920 a 1990- Medicina Previdenciária: baseava-se no trabalho médico centrado, curativo. Somente respondia às necessidades dos trabalhadores com o objetivo de reparar a mão-de-obra.
- 1960- Medicina Comunitária: combate à pobreza, buscando integração dos marginalizados, tendo como modelo a experiência americana.
- 1990- Estratégia de Saúde da Família: centrada na família, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação.

Em 1990, através da Lei 8080 de 19 de setembro, com a criação do SUS, é colocada como desafio a reorientação dos modelos existentes. A questão, entretanto, seria pensar em um modelo que trouxesse para a pauta a produção do cuidado em contraponto à produção de procedimentos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), esse modelo centrado no cuidado vem ao encontro dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família. São eles:

- Prestar assistência integral, resolutiva e de qualidade às necessidades da população adscrita, seja na unidade de saúde ou no domicílio;
- Identificar e intervir sobre os fatores e situações de risco aos quais a população esteja exposta;
- Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento;
- Estabelecer vínculo entre os profissionais de saúde e a população por meio de práticas humanizadas;

- Realizar ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Contribuir para que a saúde seja reconhecida como um direito do cidadão;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; e
- Mapeamento, cadastramento e adscrição da população.

A Estratégia de Saúde da família, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência, com mudança do modelo biomédico-hospitalocêntrico fragmentado, para um modelo voltado para o cuidado integral e para a vigilância à saúde.

A ESF se fundamenta em uma nova ética social e cultural, focando a promoção da saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

A equipe mínima da Saúde da Família é composta por um enfermeiro, um médico generalista, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo a carga horária de trabalho de 40h semanais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a ESF deve ter resolubilidade de até 85% das demandas de saúde da população. Está inserida no nível primário de atenção à saúde, buscando oferecer atenção integral aos indivíduos e suas famílias, articulando a continuidade da assistência com os demais níveis.

Apesar do grande avanço no projeto de Reforma Sanitária com o SUS e da ampliação da Estratégia de Saúde da Família com crescente aumento do número de equipes, as ações desenvolvidas tomando por base seus princípios ainda têm sido insuficientes para promover as transformações necessárias para a organização de um novo modelo de assistência e coloca a necessidade de compreender os fatores e as dinâmicas que determinam a hegemonia e modelo sanitário centrado nos hospitais, nas subespecialidades e nas ações de programas verticais voltados para a doença e os aparatos medicamentosos (SOUZA, 2008).

Viana (1998, p. 12) destaca como dificuldades na expansão da estratégia: em primeiro lugar, a estrutura centralizadora do Ministério da Saúde; em segundo, a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos; em terceiro lugar, a resistência corporativa das associações médicas que não são favoráveis à formação de médicos generalistas, incentivando

a formação de especialidades; e em quarto, a noção de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada.

Muitos desafios ainda devem ser superados no processo de implementação da ESF, sobretudo no que concerne à garantia efetiva dos princípios do SUS e à valorização da promoção da saúde, contudo, muito já se avançou em direção a uma sociedade mais justa, com igualdade de direitos e menos exclusiva.

Vários espaços têm garantido a participação popular rumo ao controle social, sendo o profissional de saúde um ator fundamental nesse processo, devendo, portanto, focar seu trabalho no cuidado e emancipação dos sujeitos através de práticas sensíveis às necessidades dos usuários.

3 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESF

A ESF atua seguindo os programas e protocolos através dos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde. Os programas estão organizados por ciclos de vida e em algumas abordagens específicas de determinadas patologias, que garantem ao enfermeiro ampla autonomia em relação à consulta de enfermagem, como solicitação de exames e prescrição de medicamentos que estejam nos protocolos. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94406/87, determina que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado nos anos 80, enfatizando os cuidados básicos à saúde e destacando a importância das ações educativas no atendimento à mulher, com o objetivo de contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre o seu corpo.

A Atenção Pré-Natal e Puerperal, segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 9), tem como objetivo principal “Acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.

Para uma assistência pré-natal qualificada e humanizada, são necessárias condutas acolhedoras, livres de intervenções desnecessárias, além do acesso facilitado aos serviços de saúde, integrando todos os níveis de atenção.

Dentre alguns parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), estão:

- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente pelo enfermeiro,
 - as visitas domiciliares,
 - a realização da coleta de exame citopatológico e entrega do cartão da gestante.

Fica claro que a ação educativa é considerada de grande relevância na Atenção à Saúde da Mulher, sobretudo na Assistência ao Pré-Natal, conforme descrito no manual técnico do Ministério da Saúde.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no Pré-natal que a mulher deve ser informada para que o

parto possa ser vivido como uma experiência positiva. Segundo Rios (2004, p. 478), o período pré-natal é uma fase de preparação física e psicológica para o momento do parto, de modo que se torna propício para o aprendizado, contribuindo para que os profissionais da equipe de saúde desenvolvam a educação como dimensão do processo de cuidar.

Nesse sentido, convém reafirmar que o processo educativo deve ser abordado numa perspectiva libertadora, buscando o fortalecimento entre a mulher e seus familiares e a equipe de saúde, tendo o enfermeiro papel primordial no estímulo à autonomia, à determinação do autocuidado e na autoconfiança da gestante.

3.1 Gestação e Parto

A gestação é um momento sonhado e planejado na vida da maioria das mulheres. Trata-se de um momento especial, de concretização, mas também algumas vezes de insegurança e dúvidas. Segundo Tedesco (2004, p. 02), o momento do parto está cercado de significados, valores, inclusive culturais, e também de mitos que precisam ser desconstruídos durante a gestação, tendo como espaço propício o pré-natal.

Esses aspectos culturais, assim como os mitos, muito contribuem para uma elevada taxa de cesariana em nível nacional, com predominância na região sudeste.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a cesárea representa 43% dos partos realizados no setor público. Nas mulheres com plano de saúde, esse percentual chega a 80%. No SUS, 26% dos partos são cesáreos. Os dados são de 2006.

Na região Sudeste, há maior valorização da cesárea por possuir muitas escolas médicas, que disseminam esse modelo, enquanto na região Norte há maior número de partos vaginais.

Segundo Faúndes (1994, p. 2), os fatores que influenciam as altas taxas de cesariana podem ser três: os fatores socioculturais; a organização da atenção obstétrica e o fator institucional.

Quanto à questão cultural, está relacionada com o medo da dor durante o trabalho de parto e parto.

A organização da atenção obstétrica está relacionada com a conveniência e a segurança do médico. O autor coloca que a preferência dos médicos pela cesariana tem relação com a facilidade de determinar uma hora para o parto ao invés de acompanhar um

trabalho de parto normal, que pode durar horas do dia ou da noite de modo que uma cesárea eletiva permite a marcação de dia e hora para o parto, proporcionando comodidade e segurança à gestante, inclusive devido ao uso de analgésicos durante e após a cirurgia.

Um aspecto que merece destaque é que tem sido oferecida à mulher a opção de não experimentar sequer uma contração dolorosa se decidir a data do parto, o que reforça ainda mais a questão cultural do medo.

O terceiro fator é institucional, pois a cesariana proporciona à instituição mais lucro que o parto normal. Associado aos interesses da instituição, o autor ressalta ainda que a cesárea é um facilitador para a laqueadura tubária, o que também influencia na opção da mulher.

A supervalorização da cesárea tanto por alguns profissionais de saúde e como das gestantes faz do parto um procedimento cirúrgico, quando deveria e deve ser um processo natural.

De acordo com Bésio (1999, p. 2), a gravidez e o parto são processos naturais que acontecem por si só, dispensando a intervenção médica sobre um processo que a própria natureza regula.

Cabe ressaltar ainda que o autor aborda uma perspectiva ética que deve ser considerada: o respeito à escolha da mulher quanto ao tipo de parto. Contudo, destaca que, na decisão, o critério clínico deve ser primado, de forma que ao mesmo tempo em que o autor tenta valorizar a decisão da mãe, ainda reforça que, ao final, o médico decide de acordo com sua avaliação clínica.

É fato que o parto passou a ser visto como um “ato médico”. De acordo com Knupp (2008, p. 2), pautado nas intervenções cirúrgicas e no modelo curativo. Esse modelo, que altera até a posição adotada pela mulher durante o trabalho de parto, passa de vertical para horizontal, fazendo com que a mulher assumira uma posição submissa diante dos profissionais de saúde. A autora (2008, p.2) destaca ainda que:

O parto deixou de ser doméstico (privado) e passou a ser institucionalizado (público) e patológico (medicalização do parto), sendo um fator determinante do processo do nascimento, visto que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram desenvolvidas para atender as necessidades dos profissionais de saúde e não das gestantes.

A cesariana, segundo a autora, é indicada para salvar a vida de mãe e filho nas situações de risco, como sofrimento fetal, apresentação pélvica, hemorragia, diabetes, gemelaridade, doença hipertensiva específica da gravidez e ainda em mães portadoras do vírus HIV, como uma forma de evitar em até 90% a transmissão para o recém-nascido.

Uma das soluções para reverter esse quadro, apontada por Bésio (1999, p. 4), é a valorização da informação para que a mulher tenha condições de decidir, enquanto Faúndes (2004, p. 10) cita a importância de uma melhor comunicação entre os médicos e as grávidas, para que de fato a escolha da mulher seja respeitada, e que ela possa estar preparada para a tomada da decisão.

De acordo com as diretrizes da ESF (BRASIL, 2001), o pré-natal de baixo risco pode ser realizado na unidade de saúde da família pelo enfermeiro, sendo a cobertura do pré-natal um dos indicadores do Pacto pela Vida do SUS. Seu funcionamento tem relação direta com os princípios do SUS, pois sua qualidade depende da garantia da universalização e do acesso à integralidade das ações e equidade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a saúde da mulher até a década de 70 estava voltada somente para a questão da gestação e parto, de modo que, com o movimento feminista brasileiro, surgiram diversas críticas a esse enfoque reducionista, o que contribuiu fortemente na elaboração das bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde em 1984.

Esse novo programa incluía diversas ações educativas, preventivas e de recuperação da mulher em todos os ciclos da vida, e sua implementação foi apoiada com o surgimento da Estratégia de Saúde da Família.

O PAISM, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), tem como objetivo geral:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção; prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro, além de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil.

Quanto à assistência Pré-Natal, o Paism aponta um conjunto de procedimentos que têm como objetivos promover a saúde e detectar precocemente os problemas que possam resultar algum risco para a saúde da gestante ou do bebê.

De acordo com o manual técnico do Ministério da Saúde (2006, p. 4), uma atenção pré-natal e puerperal com qualidade e humanizada requer um novo olhar sobre o processo saúde-doença, em que se compreenda a mulher em sua totalidade, considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual ela vive. Assim, o pré-natal deve ser organizado para tender às reais necessidades das gestantes por meio de ações de saúde voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, além da garantia de continuidade no atendimento, acompanhamento a avaliação dessas ações sobre a saúde materna perinatal.

Objetivando garantir a qualidade da atenção pré-natal e reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

O PHNH (BRASIL, 2000) estabelece duas questões de relevância: uma, que é dever das unidades de saúde acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade e a outra diz respeito à adoção de medidas benéficas, de modo a evitar práticas intervencionistas desnecessárias.

É a partir dessas diretrizes que o parto deve ser conduzido, pois significa o único caminho viável em direção à instrumentalização da gestante a respeito de questões próprias da gravidez, riscos à sua vida e à do bebê, seus direitos durante todo o processo de gestação e a garantia de que suas escolhas informadas sejam de fato respeitadas.

4 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que, segundo Minayo (1996), caracteriza-se por captar os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto em que acontecem, dedicando-se à análise dos significados que os sujeitos dão às suas ações, havendo uma relação entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Para Minayo (1996), o referencial qualitativo é valioso no desenvolvimento da pesquisa no campo das ciências sociais já que trabalha com significados, motivos, crenças, enfim, dados que não podem ser quantificados. Segundo Ludke e André (1986, p. 11)

A pesquisa qualitativa tem ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento [...] O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial do pesquisador

Considerando o objeto de estudo dessa investigação, compreendemos que a abordagem qualitativa é mais adequada no sentido de responder aos questionamentos da pesquisadora, pois permite o entendimento do sujeito no seu contexto, na sua realidade e nas subjetividades que a envolvem.

4.1 Cenário do Estudo

O município de Quissamã está localizado a 272 Km do Rio de Janeiro, sendo limítrofe com os municípios de Campos, Carapebus e Conceição de Macabú. Tem uma população de aproximadamente 20 mil habitantes (SIAB, 2009)

Sua base econômica é a agricultura e a fruticultura de coco e abacaxi. Possui uma receita de 60% dos royalties repassados pela Petrobrás por possuir boa parte dos campos de petróleo em seu litoral.

Quanto à organização do Sistema de saúde, Quissamã possui o modelo de Gestão Plena do nível municipal, de modo que o município assume as responsabilidades das ações de saúde estabelecidas pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96).

A Estratégia de Saúde da Família foi implementada no município no ano de 2001, inicialmente com quatro equipes e atualmente com nove e 100% de cobertura. A rede de

saúde é composta por nove equipes, um Centro de Especialidades com 21 especialidades e um Hospital com 60 leitos, um Ambulatório de Saúde Mental e um CAPS.

As unidades de saúde da família são compostas por uma equipe de médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, variando entre 2 a 6 por unidade, dependendo do número da população, 1 a 2 técnicos de enfermagem, também definido a partir desse critério, recepcionista, administrativo, serviços gerais, nutricionista e dentista - cada uma com carga horária de 20h. Há ainda um assistente social, um supervisor de enfermagem e um supervisor de pediatria para apoiar o trabalho das unidades.

4.1.1 Caracterização das unidades quanto às taxas de cesárea

Unidade	Número total de partos	Número de parto vaginal	Número de cesáreas	Taxa de cesárea
Centro (Urbana)	44	11	33	75%
Morro Alto (rural)	16	2	14	87%
Santa Catarina (Rural)	26	8	18	69%

Quadro 1.- Quadro de caracterização das unidades que foram o cenário do estudo referentes ao número de parto, tipo de parto e taxa de cesárea no ano de 2008.

Fonte: Vigilância Epidemiológica e SIAB/2008 e 2009.

As fotos abaixo são do ano de 2009 e ilustram a fachada das unidades de Santa Catarina e do Centro



Figura 1- Fachada da unidade de Santa Catarina



Figura 2- Fachada da unidade do Centro

4.2 Sujeitos do estudo

Foram convidadas para a pesquisa todas as mulheres que tiveram filhos no ano de 2008 que somavam um total de 70 mulheres nas unidades referidas, havia um total de 44 mulheres da unidade do Centro e de 26 em Santa Catarina. Do total de mulheres convidadas, compareceram 18, sendo que apenas uma delas não havia participado de nenhuma atividade educativa na unidade, pois havia se mudado há pouco tempo para o município, e como contribuiu bastante na discussão, a usuária não foi excluída do estudo.

Optamos por convidar todas as mulheres porque consideramos a possibilidade de muitas não desejarem participar da pesquisa e um número muito pequeno delas inviabilizaria a realização do grupo focal. Consideramos nesse estudo, qualquer atividade de discussão de conteúdo (consultas, vds e os grupos propriamente ditos) como práticas educativas.



Figura 4- Foto do grupo focal da unidade de Santa Catarina- 2009

Os grupos foram agendados pelos ACS, que entregaram os convites na casa das mulheres durante as visitas domiciliares. O horário foi estabelecido pelos profissionais das unidades, que sinalizaram os de melhor conveniência para as mulheres.

O fato de possuir uma relação bastante próxima com os profissionais da ESF pode ser considerado um grande facilitador no processo de coleta de dados desse trabalho, sobretudo por se tratar também de um interesse da própria rede de saúde o resultado desse estudo. Entretanto, também consideramos o risco de haver um viés pela grande proximidade e envolvimento com o cenário, de modo que foi preciso bastante atenção quanto à imparcialidade na coleta e análise dos resultados.

4.2.1 Perfil dos sujeitos

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das participantes quanto à idade.

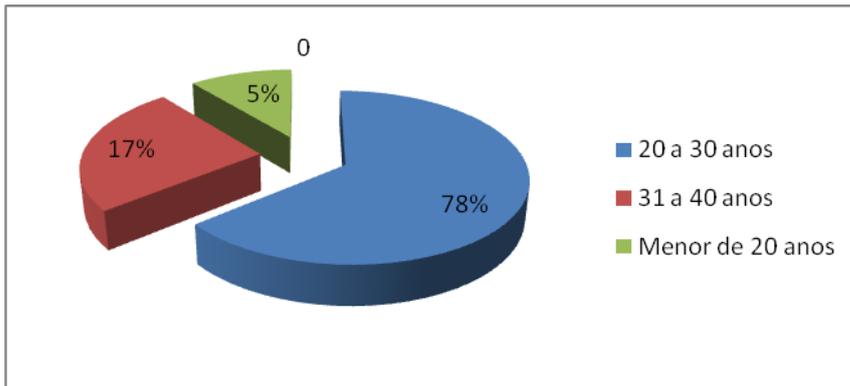


Gráfico 1. Distribuição das mulheres conforme a idade. Quissamã, 2009

Percebe-se que a idade de maior porcentagem é entre 20 a 30 anos, havendo apenas uma participante com menos de 20 anos, correspondendo a 5% do total.

O Gráfico 2 mostra a distribuição das participantes quanto ao estado civil, sendo surpreendente o número de mulheres solteiras, vivendo sem a presença do parceiro.

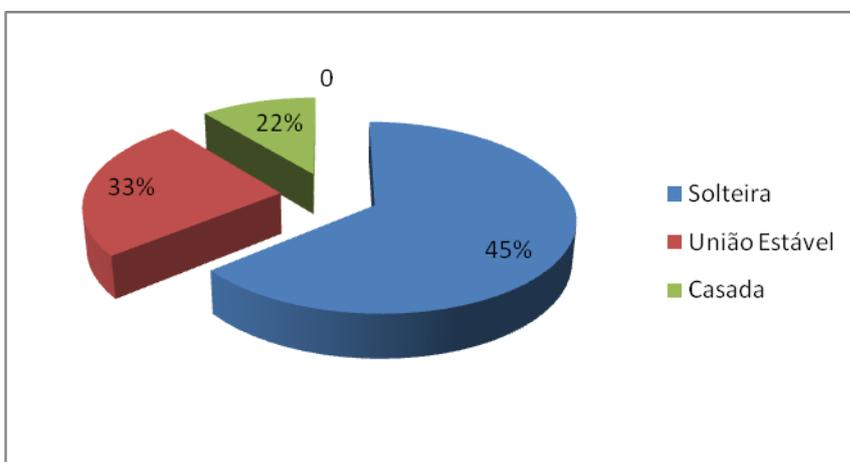


Gráfico 2. Distribuição das mulheres quanto ao Estado Civil. Quissamã, 2009

O Gráfico 3 mostra os dados com relação à escolaridade das participantes.

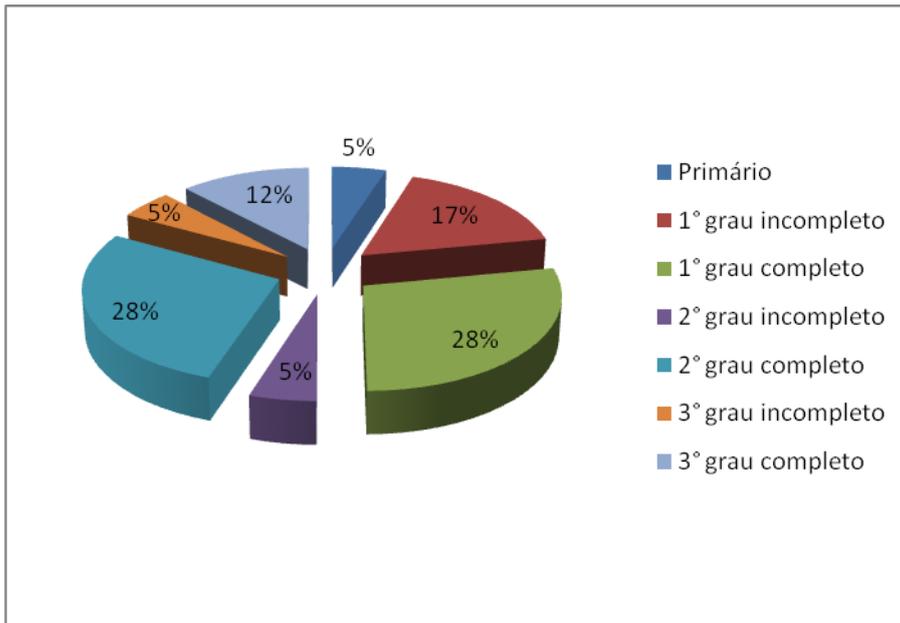


Gráfico 3. Distribuição das mulheres por escolaridade. Quissamã, 2009.

4.3 Coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o grupo focal, que segundo Carlini-Cotrim (1996) é uma técnica empregada em estudos qualitativos com o objetivo de possibilitar o entendimento de como se formam diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço.

Através dessa técnica, é realizada uma entrevista em grupo, em que, pela participação alternada dos entrevistados e do coordenador, são manifestados diferentes opiniões e pensamentos. De acordo com o autor (1996), “A coleta de dados através de grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos”.

O instrumento foi testado no mês de maio, sofrendo algumas alterações para melhor compreensão das participantes. Foram incluídas mais três perguntas no roteiro inicial (em Anexo).

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho e agosto de 2009 e foi realizada em duas unidades de Saúde da Família do município de Quissamã, que possuíam a maior taxa de cesárea no ano de 2008: a Unidade de Saúde da Família do Centro e Unidade de Saúde da Família de Santa Catarina.

Foi selecionada uma unidade de área urbana e outra de área rural, sendo que na unidade de área rural com maior número de cesáreas (Unidade de Morro Alto) não foi possível a realização do grupo, devido ao não comparecimento das mulheres, de modo que foi escolhida a segunda unidade de área rural com maior taxa de cesariana.

O primeiro grupo foi realizado com as mulheres da unidade do Centro no dia 08 de julho, às 14h, no espaço da Banda musical, ao lado da unidade de saúde, pois essa não possuía espaço físico adequado para a realização do grupo.

Convém mencionar, que apesar dessa unidade não obter espaço físico adequado para a realização do grupo focal (o que necessita de privacidade e pouco ruído devido à gravação da fita cassete), a equipe costuma realizar suas práticas educativas em uma varanda de tamanho razoável na própria unidade, bem como utiliza espaços alternativos como as igrejas e a banda musical, que se localiza ao lado da unidade.

Compareceram ao grupo 04 mulheres, acompanhadas dos seus filhos, que foram entretidos por uma agente de saúde que levou brinquedos e outros atrativos para permitir que as mulheres ficassem mais à vontade na conversa.

O grupo em questão e os demais que ocorreram, foram iniciados com uma dinâmica de apresentação e com a explanação dos objetivos da pesquisa, sendo solicitada a autorização das participantes para a gravação em fita cassete. Teve uma média de duração de 40 minutos até uma hora e dez minutos, sendo concluído com um lanche para as participantes.

Segundo Carlini-Cotrim (1996), o grupo focal deve possuir preferencialmente entre oito e dez participantes, de modo que consideramos importante realizar outro grupo com a mesma unidade no dia 24 de julho, às 10h, e este segundo grupo teve a participação de 04 mulheres e duração de 50 minutos.

Na unidade de área rural, o grupo foi agendado para o dia 09 de julho às 09h, porém não houve comparecimento das mulheres, e apesar de reconhecermos a dificuldade em relação ao deslocamento, a unidade disponibilizou uma viatura de transporte dos profissionais para buscar as mulheres no próprio domicílio, não obtendo resultado.

Apesar da nossa sugestão para a mudança de horário, entendendo ser a manhã um período complicado, por se tratar de horário de preparação de almoço e arrumação de casa, a equipe informou que realizava as reuniões de gestantes nesse horário e que havia uma boa participação. Sendo assim, mantivemos o horário e agendamos uma nova data, que também contou com a viatura para o transporte das mulheres, não havendo, da mesma forma, presença das mesmas, de modo que entendemos que não havia interesse desse grupo em participar da pesquisa.

O terceiro grupo foi realizado na segunda unidade de área rural com maior taxa de cesárea do município. A unidade de Santa Catarina confeccionou os convites, e os agentes de saúde entregaram às mulheres nas visitas domiciliares de rotina, ocorrendo no dia 12 de agosto. Estando previsto para as 09h, teve início às 09:30h, tendo a participação de 10 mulheres.

Para a realização do grupo focal, a pesquisadora atuou como facilitadora, tendo como observadora uma enfermeira da rede de saúde de Quissamã, que anotou as expressões e a comunicação não verbal que surgiram no grupo em um caderno próprio.

Após a coleta de dados, as fitas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Aos sujeitos foram garantidos o anonimato e sigilo do conteúdo dos grupos.

4.4 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

No estudo que envolve seres humanos, devem ser observados os aspectos relativos à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que estabelece as diretrizes e normas que regulamentam essas pesquisas.

Sendo assim, o estudo foi submetido e aprovado na Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto no Rio de Janeiro (carta de aprovação em anexo), e os dados foram coletados após autorização dos sujeitos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada seguindo todo o processo da análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977) é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (variáveis inferidas) destas mensagens.

De acordo com Bardin (1977), a análise temática desdobra-se em três etapas:

Fase da Pré-Análise:

O objetivo é a operacionalização das idéias iniciais, que é composta das seguintes etapas:

- **Leitura Flutuante:** consiste no contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo conteúdo.
- **Constituição do corpus:** organização do material. Para sua constituição é importante estar atento às regras da exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (relacionado ao universo da amostra); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); e pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho)
- **Formulação das hipóteses e dos objetivos.**

Fase de exploração do material

Os dados são transformados sistematicamente, ou seja, decodificados.

A análise temática tradicional trabalha com recorte do texto em unidade de registro que pode ser uma frase, palavra, tema. Após, escolhem-se as regras de contagem seguida da classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que darão a especificação dos temas

Fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação

São construídas as categorias, em que há a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, segundo caracteres comuns destes elementos.

É nessa etapa que o pesquisador precisa buscar o que está por trás da fala do entrevistado e ir além do que foi verbalizado.

Com base na teoria de Bardin começamos a organização das idéias, inicialmente através da escuta das fitas para a transcrição das falas e em seguida, as fitas foram repassadas por mais duas vezes, onde realizamos a escuta com o acompanhamento da leitura do material que já havia sido transcrito, com o intuito de reafirmar as falas de modo a reduzir lacunas na interpretação dos grupos focais.

Durante a última leitura, o material foi todo colorido de acordo com os temas que foram surgindo e que possuíam uma relação com os objetivos do estudo. Foi realizada a contagem dos temas, com posterior classificação e agrupamento de algumas cores, o que originou a construção das categorias.

Para a definição das categorias, foi necessário estar permanentemente de posse dos objetivos, pois diversas questões importantes surgiram nas falas, contudo, muitas não possuíam relação com os objetivos e, portanto não foram incluídas nesse estudo, mas poderão ser utilizadas em uma próxima investigação.

Com a construção das categorias e início da análise dos dados, também utilizamos as anotações que foram registradas durante a realização dos grupos. Essas anotações são referentes às expressões faciais, comportamentos e posturas das participantes no momento do grupo, sobretudo, quando foram feitas algumas perguntas que estimulavam a maior participação das mulheres como, por exemplo, sobre o momento do parto.

4.6 Resultados

Nessa seção serão apresentadas as categorias originadas dos temas de significação. São elas:

4.6.1 Categoria 1: Metodologia de desenvolvimento das práticas educativas

Esta categoria irá tratar das práticas educativas que são realizadas e a forma como estão sendo conduzidas. Nela observa-se a maneira como as participantes compreendem as práticas de educação em saúde durante a gestação. Também foram incluídas nessa categoria a dinâmica das práticas educativas, os temas escolhidos e os recursos materiais utilizados.

- Compreensão das mulheres acerca das práticas educativas

Identifica-se nas falas, que as mulheres entendem a atividade como palestra, ou curso para gestantes.

Eu participei de algumas palestras... (S., G1)

Palestras, reunião[...]essas coisas assim, que eu participei (J., G2)

Geralmente eram palestras... (J., G2)

Tinha também alguns cursos prá incentivar as mães, né? (M., G2)

Os comentários das mulheres acerca dos grupos são principalmente da compreensão da prática educativa como palestra, que parece estar ligada a uma prática transmissora, onde

as mulheres recebem as informações, assim, o grupo focal sugere que nessas atividades as mulheres não são estimuladas a contribuir com suas vivências. Segundo Bricéno-León (1996), na pedagogia tradicional, transmissora, os indivíduos são considerados carentes de informações na área da saúde, de modo que se identifica uma relação assimétrica, pois um detém o saber técnico-científico, enquanto o outro não possui saber algum, devendo ser informado sobre “hábitos adequados”.

Nesse sentido, Alves (2005), Pereira (2007), mencionam que ao tomar os indivíduos como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, não se inclui nesse processo que os seus comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre determinado assunto.

Essa questão pode ser identificada em outras falas, onde as participantes mencionam que os profissionais explicavam os temas. Durante a realização do grupo focal, não foi mencionado pelas participantes se os profissionais questionavam suas experiências anteriores e como estas haviam ocorrido.

...aí depois (da apresentação) falavam sobre o assunto do encontro e iam explicando, quem tinha dúvida ia perguntando (V., G1)

Eles apresentavam a gente, nos apresentavam a eles também e eles explicavam assim a maneira possível de como a gente proceder...explicavam bastante (A., G2)

Eles conversavam um pouco, depois iam explicando... (AP., G3)

Convém mencionar que em alguns momentos os temas abordados deverão ser explicados pelos profissionais, e vale a pena citar, que não há problema algum na explicação, contudo, o que faz a diferença é a postura profissional durante a explicação, pois apenas o fato de possuir o conteúdo técnico não implica uma relação de superioridade entre o profissional e o usuário. O profissional deve considerar os conhecimentos prévios e experiências dos usuários sobre o assunto em questão, que é aspecto tão importante quanto o conhecimento técnico.

- Dinâmica das práticas educativas

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o fim da ação educativa

é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.

Nessa seção, analisaremos de que forma as práticas educativas durante o pré-natal têm acontecido e se estão em sintonia com os objetivos definidos pelo Ministério da Saúde acerca da ação educativa.

Segundo o Manual para operacionalização das ações educativas no SUS (São Paulo, 1997) a realização de qualquer ação educativa pode partir do improviso ou do planejamento.

O manual define planejar como preparar e organizar bem uma ação, decidir o que fazer e acompanhar sua execução e avaliar os resultados. O planejamento é composto por quatro etapas:

- a) Diagnóstico- coleta e análise dos dados e o estabelecimento de prioridades
- b) Plano de Ação- determinação dos objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades
- c) Execução- operacionalização do plano de trabalho
- d) Avaliação- verificação se os objetivos foram alcançados

Identificamos no estudo, algumas questões relacionadas ao planejamento das atividades, como o levantamento das necessidades das gestantes (diagnóstico), o que determinou em algumas situações a escolha da temática a ser discutida, considerando as prioridades, que inclusive foram determinadas pelas próprias mulheres, indicando um planejamento participativo.

Surge nas falas que a seleção dos temas era decidido pelas próprias mulheres, pois poderia atender às necessidades das gestantes com as diversas idades gestacionais

Era tudo decidido entre a gente, o tema, a ordem, era o que gente tinha mais necessidade (J., G1)

Eles entregavam os temas e a gente é que decidia quando ia dar, a ordem (S., G1)

Quanto ao plano de ação, percebemos que havia uma metodologia definida, com a utilização de alguns recursos materiais, que foram mencionados pelas mulheres além do cronograma de encontros, que nos pareceu ser flexibilizado de acordo com as necessidades.

Eles perguntavam: O que vocês querem falar na próxima reunião? Eles não seguiam uma ordem, porque tinha mães assim no começo e outras no fim da gestação. (C. G2)

Foi mencionado que a frequência dos encontros era quinzenal ou semanal, dependendo da necessidade e disponibilidade dos participantes. No grupo que citou que os encontros eram mensais, as mulheres propuseram que fossem realizados uma vez por semana devido ao anseio na troca de informações e a sugestão foi acatada pelos profissionais. Identificamos em um dos grupos que inicialmente a periodicidade dos encontros foi determinada pelo serviço e depois foi sendo discutida com a participação das mulheres.

A respeito da terceira etapa do planejamento que foi a execução, as mulheres descreveram que os grupos eram iniciados com uma apresentação dos participantes, as gestantes eram questionadas sobre as consultas de pré-natal, e então o assunto programado

para aquele dia era abordado. O fechamento das atividades era realizado geralmente com uma confraternização, o grupo tirava fotos e fazia lanche.

Observamos no estudo, que não há nenhuma referência das mulheres a respeito dos objetivos dos encontros e da realização de avaliações em nenhum momento da atividade.

Pedrosa (2001) define avaliação como uma ação organizada sob princípios da metodologia científica, com o objetivo de julgar se o esforço empreendido para atingir determinados fins foi alcançado com sucesso, como foi realizado e quais foram beneficiados com tais ações. O autor descreve que independente de qualquer objetivo, as avaliações remetem ao conhecimento de uma situação final, resultante das intervenções realizadas a uma situação inicial, de modo que se faz necessário ter as informações da situação inicial, objetivos, metas e estratégias de intervenção e características presentes na situação.

Ao tomarmos como referência a finalidade da ação educativa descrita no início dessa discussão e as etapas do planejamento segundo a literatura, podemos identificar que as ações não estão sendo avaliadas pelas participantes e talvez também não estejam sendo avaliadas pelos próprios profissionais.

Isso quer dizer, que talvez o trabalho de todas as demais etapas possa ser perdido, pois não se saberá se os objetivos foram ou não alcançados e também não será possível redirecionar o trabalho, se necessário, já que as participantes não colocam suas opiniões sobre o processo de trabalho utilizado durante os encontros.

A abordagem dos profissionais acontecia a partir da explicação dos temas, seguido de perguntas às participantes a respeito de alguma dúvida sobre o que havia sido explanado, aparecendo assim, uma fala que indica que os profissionais davam oportunidade das participantes falarem.

Em todos os encontros perguntavam se alguém tinha dúvida[...] uma pergunta a fazer...(S., G1)

Apesar dessa colocação, nos parece que apenas era dado o direito das gestantes comentarem o que já tinha sido exposto pelo profissional, e não que o tema havia sido construído em conjunto, profissional-gestante, buscando as vivências prévias das mulheres, conforme preconizam as pedagogias críticas, que de acordo com Pereira (2003, p.1531), “trata-se de uma pedagogia onde professores e alunos são mediatizados pela realidade em que apreendem, extraem conteúdo de aprendizagem e atingem um nível de consciência dessa realidade para atuarem nela e a transformarem.”

Contraditoriamente, mesmo de modo implícito, é possível identificar nos depoimentos das mulheres uma tentativa de superação da pedagogia transmissora, quando descrevem que

os profissionais solicitavam que construíssem cartazes sobre um determinado tema e que elaborassem murais, além da realização de oficinas que estimulavam a sua participação. Entretanto, a utilização de recursos que envolvem os participantes não garante que eles possam contribuir com seus conhecimentos, refletir a realidade e considerar suas individualidades, se o profissional não possuir uma postura menos autoritária.

Eles davam uma flor prá gente dizer o que era mais importante na amamentação e a gente formava murais (C., G2)

A gente fazia cartazes, dividiam em grupos e cada um fazia um cartaz [...]

Eles passavam vídeo sobre amamentação, sobre o parto, pegavam os bonequinhos, ensinavam a trocar fraldas... (R., G3)

A gente fazia bolo (M., G2)

Os diferentes tipos de abordagem pedagógica possuem uma relação com a formação técnica e o perfil dos profissionais, de modo que se faz necessário um investimento permanente na formação desses atores para que se sintam preparados para exercerem uma prática libertadora. De acordo com Jesus (2008, p.60) a falta de investimento na capacitação de profissionais é um dos entraves no desenvolvimento de uma educação capaz de transformar a realidade dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para o trabalho com a comunidade, que possa trabalhar em equipe, compartilhando saberes e construindo com a população a co-responsabilização, o vínculo e o direito a cidadania.

Trabalhar na Estratégia de Saúde da Família dentre tantos outros desafios representa trabalhar com os princípios do SUS, de Universalização, Integralidade, Equidade, Participação Popular e Regionalização. Para tal, compreendemos que o empenho do profissional, capacitações que possam fomentar discussões em seu ambiente de trabalho e uma avaliação permanente do que se produz podem contribuir nesse processo, pois permitem identificar os entraves da prática.

No que se refere à forma de capacitação dos profissionais de saúde, mencionamos como alternativa viável, a incorporação da Educação Permanente em Saúde, que é considerada como uma das estratégias de reorganização do SUS, pois nela a busca do conhecimento por parte dos profissionais, ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho (BRASIL, 2007)

Com relação à abordagem dos temas em outros momentos do acompanhamento da gestante, estas mencionaram que além dos grupos, esses assuntos também eram discutidos em outros espaços como durante as consultas e visitas domiciliares.

Todas as vezes que eu vinha na consulta ela(enfermeira) conversava comigo sobre o parto (S., G1)

Quando a gente tinha consulta lá dentro, falavam também dos temas... e eles[profissionais] vão em casa, querem saber... (C., G2)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a visita domiciliar tem como finalidade garantir o vínculo e o acesso às famílias, monitorar a situação de saúde e atender aos usuários acamados, atividade que pode ser entendida como uma consulta no domicílio. Bechtluft (2009) chama a atenção que não há explicitamente nenhuma referência quanto ao caráter educativo da visita domiciliar, entretanto, se a visita domiciliar tem caráter de consulta, também pode ser compreendida como um espaço para a realização da prática educativa.

A visita domiciliar após o parto surge como uma continuidade do trabalho dos grupos, pois nela se concretiza o que teoricamente foi discutido nas atividades de educação em saúde, incorporando a vivência da prática. Devendo-se assim reconhecer a visita como um espaço também de educação em saúde, sobretudo com esse grupo, que certamente necessitará de apoio após o parto.

A respeito dos diversos espaços das práticas educativas, Alves (2005, p.48) destaca que estes podem ser tanto formais e desenvolvidas nos espaços convencionais, quanto podem ser informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas. Desse modo, as informações abordadas nos grupos devem ser discutidas pela equipe multidisciplinar, durante todo o processo de cuidado da unidade com a mulher durante a gestação.

- Recursos utilizados

De acordo com as mulheres que participaram dos grupos focais, foram utilizados como recursos materiais:

- Revistas para confecção dos cartazes e murais,
- Folhetos explicativos, que foram distribuídos para levarem para casa. Não foi feita nenhuma menção à leitura do material no momento dos grupos,
- Fitas de vídeo, DVD, filmes, depoimentos. Foram exibidos durante o encontro e não houve nenhum comentário das mulheres a respeito da metodologia de utilização desses recursos.
- Bonecos, material de curativo, preservativos (masculino e feminino) e seio de

borracha. Foram utilizados para a demonstração dos profissionais.

Nas falas abaixo, observa-se que os temas não foram problematizados através dos recursos utilizados, de modo que foram usados para a transmissão do conteúdo sem provocar um processo crítico-reflexivo nas mulheres, o que não contribui para a transformação da realidade.

[...] tinha vídeos, assim prá explicar, eu peguei mais assim do parto mesmo, acho que eu vi do parto normal (I., G3)

Eles passavam vídeo sobre amamentação, sobre o parto, pegavam os bonecozinhos, ensinavam a trocar fraldas, fazer a higiene do umbiguinho (RE., G3)

Dava bastante folheto também explicando como amamentar, tinha doenças, no começo eles deram muito isso, alimentação, depois dos seis meses que começa a dar alimentação, sobre assadura, tudo isso vinha explicando. (JL, G2)

Arroio (2005, p. 5) menciona que os meios de comunicação ilustram, informam e enriquecem as aulas, cita que um vídeo e/ou um filme, podem motivar e provocar interesse nos alunos, mas não podem gerar por si só conhecimento, nem mudança de comportamento. Para que ocorra uma interação e participação crítica, o profissional deve legitimar o recurso na construção de significados.

Pensamos ser conveniente trazer o conceito de comunicação para que possa apoiar a compreensão da relação existente entre os profissionais e as mulheres e assim pensar nos objetivos das práticas educativas.

O Manual para operacionalização das ações educativas no SUS (São Paulo 997, p.40), define comunicação como um diálogo, intercâmbio, relação de compartilhar, de se achar em correspondência, em reciprocidade.

Se considerarmos esse conceito, podemos entender que na realização dos grupos educativos a comunicação ainda é falha, pois a reciprocidade e o diálogo parecem bastante frágeis, em determinados momentos percebemos que os profissionais apenas falam e as mulheres apenas ouvem, enquanto em outros identificamos uma relação mais compartilhada.

A respeito da comunicação Araújo (1998) menciona que esta é mais do que um conjunto de instrumentos de interlocução, é a própria força estruturante dos processos sociais. Destaca que se o objetivo da comunicação é codificar a mensagem da melhor forma a ser compreendida pelo receptor, é necessário que seja possível uma avaliação dessa comunicação que possa analisar alguns fatores: a adequação do meio e dos códigos ao receptor, o grau de fidedignidade com que a mensagem chega e os ruídos, que podem “atrapalhar” o fluxo da mensagem entre o emissor e o receptor. Esses ruídos podem ser analfabetismo, distorções causadas pela mídia e outros.

De acordo com o pensamento da autora, não basta somente a utilização de diversos recursos de comunicação, se eles não forem utilizados se considerando que cada pessoa tem uma compreensão sobre ele e se não forem utilizados através da problematização.

Segundo Araújo (1998), cada texto, mas não somente eles, são considerados mensagens. São um bem simbólico, que são produzidos, negociados e consumidos. Cada pessoa é entendida como um interlocutor que consome esse bem. Considerando que cada pessoa possui posições sociais e lugares de fala diversos, o sentido da mensagem não será único, de modo que não podemos dizer que a resposta a essa mensagem é previsível e que será entendida da mesma forma por diversos sujeitos.

É sob esse ponto de vista que podemos compreender, que as práticas educativas mesmo quando realizadas com a participação popular e numa perspectiva transformadora, podem conseguir poucos resultados acerca da mudança de comportamento.

Acreditamos que a mudança de comportamento não deve ser o objetivo principal da Educação em Saúde. Contudo, não podemos ignorar que as práticas educativas precisam estimular a emancipação dos sujeitos, mas também devem contribuir para a melhoria das condições de saúde da população e isso também implica em avaliação de indicadores.

O equívoco, entretanto, é a valorização exacerbada da mudança de comportamento como resultado da prática educativa, sem considerar a existência de diversas questões sociais, culturais dentre outros fatores externos, que contribuem para que o indivíduo adote um determinado comportamento. É necessário compreender que as mudanças podem acontecer, no momento em que as informações representarem algum sentido para o indivíduo.

A visão ingênua de que a simples distribuição de folhetos informativos, cartilhas e outros materiais poderá causar algum resultado positivo ou a mudança de comportamento das mulheres que participam dos grupos educativos, pode levar os profissionais a pensarem que o problema de compreensão está nas usuárias, quando na verdade, esses materiais não foram utilizados se considerando o lugar de fala de cada uma delas, que são os diversos lugares que cada pessoa ocupa dependendo do contexto situacional.

Assim pode-se dizer que uma comunicação pode ter mais êxito quando são reconhecidos os lugares de fala de cada ator envolvido e quando há uma habilidade de contextualizar, ou seja, de garantir resposta às demandas que vão surgindo e que estas possam ser articuladas pelos profissionais (ARAÚJO, 2001).

A esse respeito, Valla (1998) destaca que a dificuldade de comunicação entre os profissionais e as pessoas humildes está na crise de interpretação dos profissionais, que não

conseguem considerar que as pessoas são capazes de produzir conhecimentos e que possam contribuir com suas experiências.

4.6.1.1 Temáticas discutidas nas práticas educativas com gestantes

Da categoria Metodologia de desenvolvimento do trabalho das práticas educativas originou-se a sub-categoria: Temas abordados nos grupos com gestantes.

Os temas com maiores números de unidades de registro foram Amamentação/alimentação; seguido de Fisiologia e evolução da gravidez e parto; Cuidados com o bebê e Incentivo dos profissionais ao parto vaginal.

Devido à forte campanha da mídia quanto à questão da amamentação exclusiva até os seis meses de idade, entende-se que para os profissionais e para as gestantes esse tema esteja mais presente e seja mais valorizado do que a questão do parto vaginal, apesar deste aparecer com uma frequência importante, percebemos aqui, que o enfoque ainda é maior na criança do que na mulher. Também analisamos o tema da amamentação como o de maior domínio teórico dos profissionais de saúde e com maior número de recursos materiais, o que certamente é um facilitador na abordagem do assunto.

No estudo parece haver um consenso a respeito do interesse das mulheres em determinados assuntos, assim como a necessidade do profissional abordar alguns temas que considera relevante, já que também deve estar atento aos indicadores de saúde.

As práticas educativas precisam, portanto, seguir caminhos definidos pelas próprias usuárias, a partir de suas necessidades, bem como pelos de interesse dos profissionais, que a partir da análise das informações de sua área de atuação podem traçar ações relacionadas à saúde da população e que estas possam ser compartilhadas.

Observa-se na investigação que o parto vaginal tem sido bastante abordado pelos profissionais, o que também é identificado em outras unidades de registro como fisiologia e evolução da gravidez; sinais do trabalho de parto e quais os sinais que indicam à mulher quando deve procurar a maternidade.

[...] sobre o parto normal ou cesariana, ela [enfermeira] explicou que o normal seria mais interessante (S., G1)

[...] falaram sobre as vantagens do parto normal, que é melhor, é mais rápido para perder peso (V., G1)

Convém mencionar que apesar das abordagens a esse tema, não há nenhum registro das mulheres sobre a discussão do plano de parto, que será discutido mais adiante.

A preparação para o trabalho de parto e o parto humanizado, aparecem na unidade de registro de ginástica (entende-se exercícios preparatórios para o parto), alongamento e relaxamento. A visita à maternidade também surge como uma prática positiva na diminuição do medo pelo desconhecido, pois na medida em que se desmistifica o ambiente onde acontecerá o nascimento, a mulher sente-se mais segura para o momento do parto.

Teve ginástica, alongamento, música só prá gente relaxar... (V., G1)

Tinha exercício prá grávida (A, G2)

O que contribuiu muito foi que eles levaram a gente no hospital prá gente ver como é que era, aquele medo que a gente tinha...deixavam a gente mais tranquila a respeito do parto (C., G2)

O fato da maternidade do hospital de Quissamã possuir diversos recursos para a realização do parto natural, como cavalinho, banheira, bola e outros, contribui para que a mulher tenha conhecimento das possibilidades existentes. Entretanto, analisamos que o conhecimento acerca do aparato tecnológico existente no hospital pode também repercutir negativamente na escolha da mulher, pois esta pode se sentir equivocadamente mais segura e amparada em um ambiente que contenha maiores recursos tecnológicos.

Essa investigação identificou que o conhecimento sobre os recursos existentes pode motivar a mulher para o parto vaginal, como se observa na próxima fala. Contudo, a realização do parto vaginal também depende da postura dos profissionais que a recebem no atendimento, e esse aspecto será discutido mais adiante.

Depois que eu fui no hospital eu tive vontade de ter parto normal..., ela (enfermeira) disse que a criança poderia nascer igual a uma piscina, aí eu queria ter a minha filha assim..., mas não foi (JL., G2)

O que consideramos relevante abordar são as outras possibilidades que devem ser apresentadas às mulheres, como a realização do parto no domicílio ou em qualquer outro espaço que possa desejar. A mulher deve saber que ela própria pode determinar o local, a companhia e a forma como quer parir.

Também merece destaque os temas de cuidados com o bebê (surge como o tema de maior interesse para as mães, sobretudo para as primíparas) e a sugestão das mulheres de inclusão dos pais nos grupos e nos cuidados com o recém-nascido.

Eles ensinavam a mamar, como segurar o seio prá poder dar de mamar, como dar banho, como lavar as partes das crianças, como secar as dobrinhas (AP, G3)

Ressaltamos que esse tema possui diversas alternativas de abordagem, conforme mencionado anteriormente, devido à imensa gama de recursos disponíveis para demonstração, como bonecos, fraldas, material para higiene e outros. É nesse sentido que compreendemos

que há também uma preferência do profissional por alguns temas que parece considerar mais fáceis ou prazerosos discutir.

Aproveitamos a fala acima para comentar a respeito da pedagogia utilizada, onde observamos uma prática transmissora, já que identificamos nesse recorte uma explanação feita por parte do profissional que poderia utilizar como recurso a narrativa ou demonstração de alguma mulher que já tivesse vivenciado o cuidado com o recém-nascido.

4.6.2 Categoria 2: Participação nas práticas educativas

Essa categoria apresenta a participação das mulheres e dos profissionais nas práticas educativas desenvolvidas.

Quanto à participação das mulheres surgem algumas questões importantes que dificultaram uma maior participação como a falta de convite por parte dos profissionais. Na fala a seguir, observa-se que o trabalho de divulgação da equipe ainda é falho, assim, é necessário envolver todo o grupo na realização do convite, o que pode ocorrer durante vários serviços oferecidos na pré-consulta, na própria consulta de pré-natal, nas visitas domiciliares e outros que surgirem.

Eu quase não participava, eu não sabia, ninguém levava o papel pra mim saber, depois que as meninas falavam pra mim, eu não sabia quase que tinha isso...não foi por falta de vontade não (E., G3)

Tinha que ter um trabalho de divulgação das reuniões (Íris, G3)

Ainda realizando uma reflexão acerca da falta de convite por parte da equipe, conforme citado no grupo, fica como questionamento qual tem sido o objetivo determinado pelos profissionais de saúde a respeito das práticas educativas e, sobretudo, qual o valor que têm sido atribuído a essas atividades.

Trata-se de refletir se de fato interessa aos profissionais a realização de tais atividades, e ainda de que modo estão sendo planejadas, já que o chamamento das usuárias também faz parte do processo de elaboração da ação.

Parece-nos, a partir dos depoimentos, que a pouca participação das usuárias se deve principalmente a problemas de organização e não por falta de interesse das mesmas, como comumente se verifica (BECHTLUFFT, 2009). Tal achado nos remete à necessidade de realizar uma análise em conjunto com as mulheres, no intuito de compreender melhor suas dificuldades e alternativas, possíveis de superação.

Da mesma forma, é necessário pensar a questão de organização do serviço para que as reuniões sejam agendadas em horários e locais que facilitem a participação de todos, podendo-se inclusive alternar a dinâmica da atividade de modo a contemplar todas ou o maior número das gestantes.

Outro fator que dificultou a gestante de participar foi não ter com quem deixar o outro filho, o que nos leva a pensar mais uma vez numa forma de melhor organizar o serviço para atender as usuárias, como, por exemplo, mobilizar alguns profissionais para ajudar no entretenimento das crianças que acompanham as mães, ou mesmo realizar as reuniões na casa de algumas delas, se assim concordassem.

Retomando a questão da divulgação das atividades, destacamos o ACS, que tem um importante papel no apoio à divulgação das atividades, devido ao permanente contato com a população durante as visitas domiciliares, e sua contribuição vai muito além da divulgação, mas principalmente no acompanhamento e no apoio a essas mulheres durante o pré-natal e depois do parto, fazendo as orientações necessárias, ofertando a escuta e fortalecendo o vínculo com o intuito de reduzir ao máximo o medo e as angústias da gestante em relação ao parto e pós-parto.

Outras questões de relevância, apesar de não possuírem muitas unidades de registro, foram relacionadas ao deslocamento por dificuldades em relação ao transporte coletivo, um problema sério no município, interferindo diretamente nas questões relacionadas à saúde.

Não tinha transporte, eu não tinha condições, era longe e demorava, então eu não tinha como vir... (L, G3)

Eu não pude vir também porque era tarde, seis horas, era a hora que a outra neném tava em casa...eu tenho uma neném de um ano e meio, aí eu não tinha como vir (M., G2)

As unidades de área rural possuem muita dificuldade de adesão da população aos grupos educativos, sobretudo devido à dificuldade de transporte. Contudo, trata-se de um problema que deve ser olhado na ótica das mulheres para que sejam pensadas estratégias viáveis para ultrapassar essas dificuldades e principalmente que as mulheres possam dar sugestões que melhor lhes favoreçam.

Merece comentário a situação do transporte coletivo, interferir na participação das mulheres nos grupos realizados, pois essa informação nos relembra que o conceito ampliado de saúde elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde define que saúde é resultante das condições de vida de uma população e isso implica falar dos determinantes políticos, econômicos, culturais, de educação, meio ambiente, emprego, alimentação [...], terra e transporte (BRASIL, 1986).

Isso significa que também somos responsáveis pelas questões que não estão diretamente sob a condição do setor saúde, mas que estão intimamente ligadas às suas ações, o que implica, portanto, nosso comprometimento em dar resolubilidade às mesmas e a buscarmos soluções coletivas, compartilhadas e intersetoriais.

O fato é que todas essas questões nos remetem à necessidade de inovar nossas práticas na busca de uma maior aproximação com a população, dialogando com ela sobre suas necessidades, sobre a organização dos serviços, construindo propostas coletivas de trabalho para que tenhamos maior êxito nas nossas empreitadas.

Acerca da avaliação das mulheres em relação à participação nos grupos educativos, identificamos que os temas “Aprendeu com o grupo” e “Considera o grupo importante” aparecem com maior número de unidades de registro. Entretanto, o tema “As atividades de educação em saúde ajudaram as gestantes a se sentirem preparadas para cuidar do bebê” parece trazer uma forte contribuição no sentido de ajudar a refletir sobre a promoção da autonomia da mulher em relação ao autocuidado e ao cuidado com o recém-nascido.

Eu queria fazer tudo porque eu me sentia bastante segura com tudo que a gente aprendeu aqui (C., G2)

...tudo que a gente aprendeu aqui eu tentei seguir...eu ia deixar de amamentar quando ela tinha dois meses porque meu peito feriu muito...aí na época eu falei com eles que ia deixar de amamentar, aí eles foram me visitar e tudo que eles me falaram aqui eu seguia. (JL., G2)

Nas falas selecionadas, é possível identificar que o vínculo entre os profissionais de saúde e as usuárias foi se fortalecendo durante as reuniões, de modo que a confiança nas orientações discutidas com os profissionais foi internalizada pelas usuárias, inclusive, garantindo-lhes uma segurança no sentido de manter suas escolhas e decisões, apesar da forte influência familiar e de amigos.

Há um ponto que consideramos contraditório, pois discutimos anteriormente algumas práticas que foram desenvolvidas sem a construção compartilhada, premissa básica para a autonomia e exercício da cidadania dos sujeitos. Acioli (2008) cita que o diálogo, o ouvir o outro, partir dos saberes e práticas do outro são elementos fundamentais no processo educativo e de produção de conhecimento.

Nessa análise, compreendemos que apesar de os relatos mostrarem implicitamente uma ênfase na explanação dos profissionais, do que o estímulo à participação das mulheres, o vínculo construído e o apoio às suas expectativas favoreceram a confiança e a adoção das orientações discutidas nos grupos.

É necessário, contudo, que as atividades em grupo sejam estruturadas no princípio da troca de saberes e na garantia da interlocução entre as usuárias e os profissionais de saúde.

Para Freire (1991), para se chegar à consciência transitiva crítica, que trata da consciência articulada com a práxis, é necessário o diálogo crítico, a fala e a convivência. Segundo o autor, o diálogo é uma relação horizontal, nutre-se de amor, humildade e confiança.

As mulheres consideraram o grupo importante porque acreditam que aprenderam nesse espaço as informações necessárias para o momento do parto e principalmente o cuidado com o recém-nascido. Apesar de trazerem nas falas um conhecimento prévio sobre diversos assuntos que foram abordados, parece que nas reuniões algumas dessas informações foram sistematizadas e tomaram outra forma, ou outro sentido.

Considerando que essas atividades devem possuir um cunho emancipatório, ainda se faz necessário trabalhar de forma a compartilhar saberes, partindo de uma prática em que o profissional precisa sair do centro para se voltar para o conhecimento dos indivíduos e assim, talvez, ao invés de ouvirmos das usuárias que elas aprenderam muito, as ouviremos dizer que trocaram muitas experiências ou que contribuíram com as outras participantes discutindo as suas vivências anteriores.

Eu acho bom, aprendi muita coisa (AP, G3)

Muito interessante, ajudou muito a gente a cuidar, ajudou bastante (V., G1)

Pra mim eu aprendi tudo que eu já sabia, né? (JU, G3)

Na realização do grupo, percebe-se que as mulheres contribuem umas com as outras, mas elas próprias não se dão conta disso, acreditando estarem ali somente para aprender, o que possivelmente tem relação com a postura e as técnicas adotadas pelos profissionais de saúde. Pode-se dizer, a partir disso, que a realização do grupo focal como técnica de coleta de dados foi uma escolha apropriada, por permitir até no momento da pesquisa uma interação das participantes, que compartilharam problemas, como a pouca participação dos pais nos cuidados com o bebê, e a ansiedade e angústia do retorno ao trabalho e outros temas trazidos por algumas mulheres, que foram confortadas por outras participantes que já haviam vivenciado a mesma situação e puderam contar um pouco sobre os recursos que utilizaram para lidar com essas situações.

Segundo Machado (2008) “os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida”. Percebe-se que a troca de informações realizada nos grupos contribui para o empoderamento das participantes, o que traduz um fortalecimento do poder pessoal. De acordo com Machado (2008, p. 82), o conceito de empoderamento na prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam crescer em autonomia visando à transformação.

Compreendemos assim que, além de representar um espaço para a troca de informações e de aprendizado, os grupos educativos contribuíram para que as mulheres se sentissem mais instrumentalizadas quanto às questões relativas ao processo de gestação, ao parto e pós-parto, permitindo, sobretudo, que pudessem enfrentar opiniões e práticas divergentes daquelas apreendidas pelo grupo como mais saudáveis, conforme identificado nas falas.

Quanto à participação dos profissionais na realização das atividades de educação em saúde, é possível identificar que o enfermeiro é o profissional que aparece com maior frequência nas atividades desenvolvidas, seguido do ACS.

Estudos de Souza (2008), de Rios (2007) apontam que o enfermeiro é o profissional que na maioria das vezes assume essas atividades, inclusive porque elas fazem parte do cuidado. Segundo Acioli (2008, p. 7), a enfermagem tem, na ação educativa, um de seus principais eixos norteadores, que se concretizam nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral e isso implica pensá-la como eixo fundamental no que se refere ao cuidado de enfermagem.

[...](participaram das atividades), a doutora, a nutricionista...mas normalmente era só a enfermeira (J., G1)

A Educação em Saúde parece compor o trabalho da enfermagem através da história, quando em 1920, a formação dos profissionais de enfermagem tinha como um dos propósitos a Educação Sanitária dos doentes e suas famílias. De acordo com Silva (2005, p. 76), esse fato pode ser constatado atualmente com a ESF, que tem como eixo norteador a Educação em Saúde.

A autora cita Nascimento e Nascimento (2005) que aponta a prática educativa como uma das práticas que são desenvolvidas regularmente pelos enfermeiros no PSF, enquanto Trezza (2007, p. 333) destaca que educar é uma das funções de maior relevância no trabalho do enfermeiro, porque, por seu intermédio, os sujeitos podem ser motivados a transformar suas vidas.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), é atribuição comum de todos os profissionais que integram as equipes de saúde da família “coordenar, participar de/ou organizar grupos de educação para a saúde”. Contudo, observa-se que dentre os profissionais da ESF, aqueles de nível superior são os que mais participam desse processo, sobretudo o enfermeiro (SOUZA, 2005, p. 36).

Trata-se de um desafio para a Saúde da Família a realização do trabalho em equipe, integrando conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho e de construção da cidadania.

Para tanto, se faz necessária a superação do trabalho técnico hierarquizado na busca de uma prática de interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos atores e, conseqüentemente, uma maior integração da equipe (ALMEIDA, 2001, p. 150).

Nesse sentido, devemos compreender que a equipe precisa construir um projeto comum, em que os conhecimentos de cada profissional possam ser complementares, pois, de acordo com Schaiber et al. (1999), o fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões complexifica o conhecimento e as intervenções a serem realizadas, de modo que não é possível a ação de um único agente.

O enfermeiro tem frequentemente assumido funções de gerência e coordenação nos serviços de saúde (BRASIL, 1997), o que o coloca como facilitador no processo de coesão e envolvimento dos atores na realização das práticas educativas, incluindo o processo de diagnóstico das ações necessárias, seu planejamento e execução. Portanto, cabem a esse profissional o estímulo e a valorização da participação de todos os profissionais da equipe no desenvolvimento das práticas de educação em saúde.

Nesse estudo chama a atenção, a notável participação da nutrição na realização dessas atividades. Essa categoria vem compondo parcerias na atuação da Estratégia de Saúde da Família e ocupando alguns espaços, antes pertencentes aos enfermeiros. É a partir dessa análise que se pode fazer uma associação à abordagem significativa em relação ao tema de aleitamento materno e o da alimentação, que surgem como os temas de maior frequência.

A figura do médico também surge na participação das práticas educativas, indicando que esse profissional tem contribuído no desenvolvimento desse trabalho dando seu olhar e fortalecendo o vínculo com as usuárias.

Essa relação de confiança entre os profissionais e as usuárias aparece também em uma fala importante das mulheres, que gostariam que a mesma equipe que realizou o pré-natal e fez todo o acompanhamento pudesse estar presente no momento do parto.

Eu queria ter a participação do pessoal que me atendia, que conhecia o meu problema... (V., G1)

Merece destaque a pouca participação das técnicas de enfermagem, que aparecem com apenas uma unidade de registro, o que sinaliza que possivelmente esse profissional esteja mais voltado para a realização dos procedimentos do que para as práticas educativas (BECHTTLUFFT, 2009). Também surgem pontualmente o dentista e o assistente social, indicando a necessidade da realização de atividades multiprofissionais de educação em saúde, com mais envolvimento e participação dos diversos atores, considerando as práticas

educativas como parte do cuidado, assim como os procedimentos que são próprios de cada categoria.

A figura do agente comunitário de saúde (ACS) surge diversas vezes conforme observado no quadro, entretanto, sua participação é mencionada sob alguns aspectos. Algumas mulheres citaram a pouca participação desse profissional, sobretudo nas visitas domiciliares, considerando necessitar de maior acompanhamento. O que se observa é que essa categoria profissional ainda assume de maneira muito tímida as ações de educação em saúde, cabendo ao enfermeiro essa responsabilidade.

Ah! Teve as agentes comunitárias que participaram bastante também (JL, G2)

O agente vai em casa uma vez ou outra, ele tem que perguntar como que tá passando, mas nem isso ela faz. Eu acho que tinha que ter mais participação (R., G3)

Houve uma grande queixa em um dos grupos a respeito da forma como o ACS realizava as visitas, sem entrar no domicílio ou apenas perguntar superficialmente sobre a família. Nesse sentido, pode-se destacar que esse espaço da visita domiciliar parece estar sendo pouco valorizado para a continuidade do trabalho desenvolvido nos grupos, que aparece em outra fala de maneira positiva. Essa questão nos sinaliza a diferença de perfil profissional e de formação técnica, além do comprometimento pessoal com o cuidado da população acompanhada.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) descreve como uma das atribuições dos agentes comunitários de saúde “desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças”.

Esses atores possuem uma característica muito específica que difere dos demais profissionais da equipe, porque são pessoas que convivem com a realidade da população a que assiste, já que faz parte dela. Feuerwerker e Almeida (2000) mencionam que “os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade, pois conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades”

O conhecimento desse profissional acerca da dinâmica social da localidade em que reside consiste em um facilitador no trabalho a ser realizado pela equipe de saúde, sendo então considerado um mediador.

Bornstein e Stotz (2008, p. 458) descrevem que a mediação é entendida de diversas maneiras, podendo ser compreendida como facilidade do acesso da população ao serviço, estratégia para que as questões consideradas relevantes pelo serviço sejam mais bem assimiladas pelas classes populares e também pode ser considerada sob o aspecto da mediação entre conhecimento popular e científico.

Esses autores descrevem que a posição do ACS como mediador pode ser ambígua, resultando, de um lado, de sua vivência com as práticas de saúde da localidade onde mora e trabalha e de outro, de sua formação que absorve o modelo assistencial biomédico. Esse fato pode contribuir para a reprodução de um modelo que se deseja superar, do contrário é preciso que essa mediação tenha um caráter transformador, ou seja, que haja uma ruptura da relação vertical e assimétrica para que haja maior compartilhamento de conhecimento.

Para desempenhar esse papel, os agentes de saúde devem ser capacitados sobre diferentes aspectos do processo saúde-doença. Além do saber técnico, é preciso que haja, em sua formação, saberes que favoreçam o processo de interação desses agentes com as famílias. É preciso flexibilizar sua formação, inserindo questões sociais, considerar a educação popular como norteadora da sua formação e dos demais profissionais, assim como desburocratizar o trabalho da equipe, permitindo maior investimento no trabalho educativo (DUARTE, 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

A formação deficitária, o perfil inadequado e o descontentamento com as atribuições que desenvolvem, parecem ser fatores responsáveis pela falta de acompanhamento ou acompanhamento precário por parte dos agentes de saúde. Desse modo, apontamos, como relevante, que os processos de seleção e os investimentos em capacitações para essa categoria sejam elaborados de forma cuidadosa e que possam instigar o desenvolvimento de habilidades e potencialidades desses atores, qualificando-os cada vez mais para sua prática. (SILVA, 2002)

O saber dos agentes de saúde, assim como o dos diversos profissionais envolvidos nas práticas educativas precisam estar articulados e devem ser construídos no coletivo, pois de outra forma, o trabalho acontecerá de forma fragmentada. Assim, colocamos como de fundamental relevância que a equipe possa construir um projeto comum de trabalho, o que depende da organização, do conhecimento técnico e principalmente da distribuição de poder (PAIM, 1992).

4.6.3 Categoria 3: Definição do tipo de parto

Uma das principais discussões presentes durante os grupos focais está relacionada à escolha da mulher pelo tipo de parto. Percebe-se que essa escolha está frequentemente ligada a conhecimentos prévios a respeito do parto e pós-parto, quer sejam informações positivas ou

negativas sobre o parto vaginal ou a cesárea. (BONFANTE, 2009; CURY, 2005; HOTIMSKY, 2002).

Trataremos aqui da escolha pelo tipo de parto como o desejo da mulher em ter parto vaginal ou cesárea, já que o fato de desejar algo não significa que lhe sejam garantidos e respeitados o direito de escolha e sua efetiva realização.

O processo de decisão parte de questões subjetivas e muito próprias da mulher. Está associado a referências obtidas tanto a partir de suas próprias experiências anteriores, quanto de familiares e amigos, o que significa que está associada à sua bagagem de conhecimentos. Segundo Schutz (1974), é como uma estrutura sedimentada das experiências subjetivas prévias do indivíduo, adquiridas ao longo da vida, por meio de experiências vivenciadas ou que a ele foram comunicadas por outras pessoas.

A investigação aponta que o principal fator para a escolha pelo tipo de parto está relacionado ao medo da dor, conforme se observa nas falas que se seguem:

Eu sentia muito medo, muito medo mesmo...(S., G1)

Eu tinha muito medo de ter parto normal (JL., G2)

A insegurança e o medo da gestante em relação ao momento do parto é um fato antigo e por tradição popular, sempre foi aliado à idéia de sofrimento e dor (SIMÕES, 1997; BONFANTE, 2009; TEIXEIRA, 2007).

A dor do parto tem um aspecto importante e diferenciado em cada sociedade, já que é influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais (RUANO, 2007). Lamentavelmente, o medo da dor muitas vezes acaba sendo reforçado pelos próprios profissionais de saúde, que reproduzem práticas intervencionistas desnecessárias e contribuem para que a mulher compreenda ser esta a única forma de parir de maneira prazerosa, o que impede um processo fisiológico como o parto vaginal. (MOURA, 2007; TEIXEIRA, 2005).

É nesse contexto que alguns autores mencionam a expressão “cesárea a pedido”, como uma justificativa para os altos índices da intervenção cirúrgica. A autoridade do profissional de saúde e a relação de dominação que ele estabelece com a gestante, reproduzem uma história de desapropriação do seu corpo e, sobretudo, de uma perda de autonomia e de poder decisório. Isso ocorre porque os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o parto, de modo que entendem melhor as necessidades das mulheres, não havendo assim sensibilidade para compreender o que elas sentem e temem, pois esse é um campo subjetivo, uma área negada pela tecnologia medicalizante da atenção ao parto (OLIVEIRA, 2002; CURY, 2006; MANDARINO, 2009; TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, são consideradas um desafio a desconstrução da postura autoritária dos profissionais de saúde e a adoção de práticas mais humanizadas, compostas por fatores como comunicação, empatia, conhecimentos técnico-científicos e respeito pelos seres humanos. É papel do profissional, receber a mulher com respeito, ética e dignidade desde o pré-natal até o momento do parto.

Durante o pré-natal, é necessário que o profissional possa estabelecer uma relação de confiança com a mulher, e que esta possa se fortalecer durante todo o período gravídico, pois é nesse momento que se torna possível, através das práticas educativas, ajudá-la a superar seus medos, suas ansiedades, oferecer a escuta qualificada, considerar seus desejos e necessidades. A fala a seguir contribui para que possamos identificar no estudo o sentido desse apoio para uma gestante:

Aí eu ficava com muito medo, aí tava chegando quase nas últimas semanas, aí teve um dia do grupo aqui. Aí eles (profissionais) foram tirando o medo, que não era assim...e isso ajuda (J., G1)

Os espaços das práticas educativas podem ser utilizados para a abordagem das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, incentivando uma troca de experiências entre as próprias mulheres a partir de suas vivências. Esse é um dos caminhos para o incentivo à autonomia da mulher e à sua instrumentalização no processo de escolha. Na investigação, observa-se que a participação nas práticas educativas ajuda nas escolhas da mulher.

Depois que eu fui no hospital, eu tive vontade de ter parto normal, antes não...(JL., G2)

O pré-natal é o momento apropriado para a preparação e orientação para o parto, é quando a mulher pode receber orientações sobre as formas de controlar a dor durante o trabalho de parto e o parto. Deve ser incentivada a exercer seu protagonismo ativo para que tenha condições de tomar decisões compartilhadas com o profissional de saúde.

Além do medo da dor, conforme já foi abordado, aparece em duas unidades de registro também como causa para a escolha pela cesárea, a laqueadura. Segundo Mandarino (2009), os médicos que são considerados responsáveis pela realização das cesáreas por interesses próprios, justificam apenas o cumprimento do desejo da gestante em não sentir dor e aproveitar a ocasião para realizar a laqueadura tubária. Hotimsky (2002) relaciona a preferência pela cesárea com objetivo de realizar a laqueadura às multigestas, como identificamos na fala abaixo:

Eu nunca fiz cesárea, meus filhos todos (seis) nasceram normal, o único de cesárea mesmo foi ele. Eu tive que ganhar cesárea pra poder me operar, né? (JU, G3)

Convém destacar que o município de Quissamã possui o Programa de Ligadura Legal, implementado no ano de 2003, com presença de psicólogo, assistente social, enfermeiro e

médico, que seguem etapas específicas do programa para garantir à mulher a assistência necessária à tomada de decisão. Contudo, o que identificamos é que muitas usuárias preferem burlar os trâmites legais, estabelecendo acordos diretamente com os profissionais que realizam o parto.

A lei federal nº 9.263/96, que dispõe sobre Planejamento Familiar, proíbe a ligadura tubária no momento do parto, já que a Organização Mundial de Saúde refere que há métodos menos arriscados de esterilização tubária ao invés da cesárea e ainda que o período da gravidez e do parto não é o melhor momento para decidir sobre a ligadura, pois a mulher estará envolvida pela emoção da chegada do bebê. Trata-se de um risco desnecessário à saúde, além disso, antes de decidir pela ligadura de trompas, a mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos para evitar uma gravidez e, se for de fato a sua decisão, ela precisa saber que esse é um direito e deve ser oferecido gratuitamente pelo SUS.

Observamos no estudo que a maioria das mulheres desejava ter o parto normal e a principal justificativa era devida à recuperação mais rápida, contudo nem todas conseguiram realizar o parto desejado. Atribuímos a essa realidade uma das principais questões dessa investigação, pois identificamos uma disputa entre o projeto, ou plano de parto das mulheres, e o dos profissionais que realizam o parto.

Durante o período de gestação, a mulher elabora planos que são construídos tanto ao longo do período, assim como podem ter sido gradativamente formados durante toda a sua vida (MERYGHI, 2007; OLIVEIRA, 2002). Esses planos incluem a própria escolha pelo tipo de parto, o acompanhante que estará ao seu lado durante o trabalho de parto e no pós- parto, a escolha pelo aleitamento materno e tantas outras questões que podem compor o “projeto” da mulher para esse momento. Deslandes (2006) descreve que o plano de parto está relacionado à proposta de Humanização da assistência ao parto, que possui como estruturas centrais:

- Respeito à fisiologia do trabalho de parto, a garantia à presença de acompanhante(s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família.
- Acatamento dos desejos da mulher expressos em seu plano de parto, construído ao longo da gestação junto com profissionais de saúde.
- Ambiente para que ela seja a protagonista desses momentos carregados de sentido humano para ela.

O plano de parto ainda é um instrumento pouco utilizado e deve ser construído ao longo do período gestacional pela gestante e seu parceiro e os profissionais de saúde.

Entretanto, essa construção somente será possível se houver um vínculo entre essas partes. E para o estabelecimento desse vínculo, é imprescindível a mudança de postura dos trabalhadores da saúde. É necessário abolir a prática autoritária e adotar uma postura compreensiva de escuta, e as práticas educativas desenvolvidas com esse grupo precisam incorporar esses valores, o que certamente contribuirá para a emancipação e autonomia da gestante.

A investigação aponta a importância da abordagem das questões relacionadas ao parto durante o pré-natal, pois diversos autores destacam que a insuficiência de informações interfere diretamente na questão do medo e, conseqüentemente, na escolha pelo parto cesáreo (GRIBOSKY, 2006; QUEIROZ, 2005; MACHADO, 2006; HOTIMSKY, 2002).

A assistência obstétrica deve estar centrada nas necessidades das gestantes, caracterizando-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado ao seu próprio corpo. Se não houver informação com qualidade, o direito de decidir adequadamente deixa de existir (MACHADO, 2006).

O estudo evidencia que a maioria das mulheres deseja ter seu parto pela via vaginal, sendo essa escolha associada a questões anteriores ao parto, assim como construídas durante a gestação. Aquelas que optam pela cesárea, geralmente o fazem devido ao medo da dor, por desejarem realizar a laqueadura ou devido a experiências anteriores, como parto sofrido ou cesárea prévia. O fato é que ainda faltam informações suficientes para que a mulher esteja instrumentalizada na tomada de decisão e na sustentação dela, pois se identificou que suas escolhas são anuladas pela decisão profissional, de modo que o serviço não tem garantido a satisfação dos desejos das gestantes.

Segundo Oliveira (2002), a mudança desse quadro somente será viável se encontrarmos novas formas que possibilitem à mulher um maior controle sobre seu corpo. A “aliança terapêutica”, considerada um diálogo entre a gestante e o profissional de saúde, contribuirá na elaboração do plano de parto, em que a gestante será orientada sobre as alternativas possíveis de assistência e construirá um projeto sobre seus desejos para a gestação e o momento do parto e pós-parto.

O direito à opção fundamentada na “escolha informada” deve ser um desafio a ser alcançado, sendo inclusive estimulado pelo Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), que reafirma que se deve respeitar o direito de a mulher decidir a via de parto, em pré-natal de baixo risco, estando a gravidez entre 39 a 40 semanas, desde que a mesma esteja informada e devidamente esclarecida sobre os riscos e benefícios

do procedimento cirúrgico e assine um termo de consentimento livre e esclarecido (MANDARINO, 2009).

A investigação aponta que definição do parto ocorre pelos profissionais no momento do parto, independentemente das escolhas realizadas durante o período gestacional.

As falas emergentes indicam alguns fatores que, segundo as mulheres, justificam tecnicamente a escolha dos profissionais de saúde pela cesárea. Aparecem como indicações clínicas a falta de passagem e a circular de cordão, conforme se observa nos relatos abaixo:

Se eu pudesse escolher eu tinha escolhido normal, a minha filha quase foi normal, não foi porque assim, ela vinha, o médico via ela quase coroando mas não tinha passagem, não tinha como... (J., G1)

Eu queria ter parto normal, mas não aconteceu[...], eu não tava tendo passagem, aí induziram meu parto (JL, G2)

Com uma semana (antes de ter) eu descobri que estava com o cordão enrolado e eu tive alguns probleminhas que não podia ter normal (C., G2)

Identificamos no estudo que, apesar das escolhas realizadas pelas mulheres no período gestacional, a indicação médica é a que prevalece. Segundo Teixeira (2006, p. 742), isso acontece porque os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o evento, estando mais bem preparados para entender o que as pacientes precisam.

Estudos evidenciam que a relação profissional-paciente pode ser entendida muitas vezes como uma relação de dominação, em que para as mulheres o processo de decisão passa a ser uma forma de subordinação ao transferir a decisão da escolha para os profissionais de saúde (TEIXEIRA, 2006; GRIBOSKI, 2006; HOTIMSKY, 2002). Percebem-se, então, um discurso e uma postura autoritários por parte da equipe de saúde, travando assim uma disputa de projetos: o idealizado pela mulher e o determinado pelos profissionais.

A literatura descreve que a preferência dos profissionais de saúde pela cesárea parece se dar possivelmente devido à conveniência de uma intervenção programada, que não tomará muito tempo (MANDARINO, 2009; QUEIROZ, 2005; FAÚNDES, 1991).

Essa preferência dos médicos pela cesárea acaba por contribuir para diversos desdobramentos durante o pré-natal, sobretudo o estímulo ao medo da gestante pelo parto vaginal devido à dor e à precariedade de informações a respeito das possibilidades existentes (BONFANTE, 2009).

Nesse sentido, compreendemos que o pré-natal é o momento propício para que a mulher seja orientada e possa ser ouvida nas suas angústias e expectativas e que possa ser instrumentalizada a respeito do trabalho de parto, formas opcionais de controle da dor nesse momento, complicações advindas de intervenções desnecessárias e outras tantas informações que podem ser discutidas pelo profissional e a mulher durante o período gestacional.

É o acesso a essa informação e a uma assistência de qualidade que permite a efetiva escolha das mulheres quanto à assistência que deseja ter. Se não houver essa oferta, o direito de decidir adequadamente inexistente.

Quanto à questão da assistência, concordamos com Machado (2006), quando menciona que a expressão *assistência humanizada* não reflete a amplitude do cuidado prestado na assistência obstétrica, de modo que o autor se utiliza da expressão *assistência centrada nas necessidades da cliente*, que reforça o papel da humanização em um sentido mais amplo. Segunda a autora:

Caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é fator relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado com seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar (2006, p.277)

Para tal se faz necessário que haja uma aliança entre o profissional de saúde e a mulher, no sentido de priorizar o direito de escolher qual alternativa de assistência ao parto deseja ter, sendo ela preparada durante o pré-natal para se apropriar do conhecimento do seu corpo e se tornar ativa no processo de tomada de decisões.

Observamos na literatura que há uma divergência no próprio meio médico a respeito das indicações da cesárea. Ymayo (2009), Cabral et al. (2003), Tedesco (2004), Queiroz (2005) não consideram a falta de passagem ou a circular de cordão indicações para a cesariana. Descrevem como principais indicações a apresentação pélvica, descolamento de placenta, sofrimento fetal e distocia.

Estudos de Dias et al. (2007) e de Queiroz et al. (2005) apontam que nos prontuários das parturientes as principais indicações registradas no momento do parto são a hipertensão arterial, amniorrexe, desproporção céfalo-pélvica (que compreendemos que pode comprometer a passagem do feto, mas não se torna fator condicionante) e cesárea prévia. Foi observada uma incompatibilidade entre os registros e as informações fornecidas às mulheres, o que nos faz questionar a fidedignidade da indicação clínica para a cesárea.

Esses achados nos permitem dizer que um dos passos para que as mulheres tenham a garantia de que suas escolhas serão respeitadas é um investimento na formação de comitês de avaliação das indicações de cesárea, no intuito de investigar as reais necessidades desse procedimento e principalmente de colocar limite às decisões médicas, que atualmente não são questionadas e são tidas como leis a serem cumpridas sem possibilidade de discordância.

O segundo passo, que consideramos relevante, diz respeito à necessidade de investimento na promoção de treinamento permanente dos profissionais que atuam na assistência obstétrica para que possam adquirir ou aperfeiçoar suas habilidades práticas na

realização do parto normal. E ainda que possam ser sensibilizados e comprometidos para receberem a mulher com respeito, dignidade e que possam ser incentivadas quanto à sua autonomia no processo parturitivo.

Finalmente, acreditamos que para que a mulher seja empoderada e possa levar adiante suas decisões, há que se considerar o conceito de gênero, que se refere à construção social do sexo, ou seja, o corpo é entendido como suporte da identidade social, onde os valores são delineados, assim como as diferenças entre homens e mulheres e as tarefas que lhes são atribuídas.

Esse conceito rompe com a idéia de naturalidade, e que diversas questões são definidas de uma determinada forma e se perpetuam assim, sendo um exemplo a sobreposição dos desejos do profissional (muitas vezes homem) sobre os desejos da mulher. (CARNEIRO et al, 1994, p.58)

A partir da idéia de gênero podemos compreender a questão da dominação feminina, sobretudo da gestante, que se encontra em um momento de fragilidade e possui pouca informação a respeito dos seus direitos, do momento do parto, das vantagens e desvantagens de cada um e dos riscos quanto a procedimentos desnecessários.

Ser preparada para o parto, tendo o conhecimento dessa dominação, que é histórica, pode contribuir para que a mulher possa fazer suas escolhas, questionando o saber médico e prosseguindo nas suas decisões.

Apesar do investimento e da luta de alguns profissionais para instrumentalizar a mulher quanto a essas informações, o modo como isso vem acontecendo ainda não consegue empoderar a mulher para realizar as escolhas com segurança e principalmente para decidir mantê-las até o momento do parto.

O presente estudo indica que as práticas educativas desenvolvidas com as gestantes na Estratégia de Saúde da Família têm alcançado algumas conquistas, sobretudo pelo vínculo formado entre as mulheres e a equipe de saúde da família, contudo, essa prática ainda está bastante voltada para transmissão de conhecimentos do que pela dialógica, que pode levar à transformação e à emancipação.

A consequência dessa forma de trabalho dos profissionais é uma abordagem dos assuntos referentes ao parto, mas que não fortalecem a mulher para a disputa com as idealizações das equipes que prestam assistência obstétrica, de modo que os desejos das mulheres ainda não são considerados e quando são, ao final, a decisão médica prevalece.

5 CONCLUSÕES

A motivação para a realização desse estudo se deu a partir de questionamentos levantados na própria rede de saúde quanto aos resultados das ações desenvolvidas com gestantes na Atenção Primária e sua relação com a escolha pelo tipo de parto. A reflexão acerca das práticas educativas durante a gestação nas unidades de saúde da família trouxe contribuições valiosas à minha prática como enfermeira e como gestora no município de Quissamã.

Percebemos que as práticas educativas são realizadas tanto nos grupos quanto em outros espaços como nas consultas e visitas domiciliares. Há um reconhecimento das mulheres acerca dessa informação. Contudo, a compreensão que elas têm a respeito das práticas ainda parece bem limitada, sendo entendida apenas como palestra e não de uma forma mais ampliada, o que nos parece possuir uma relação com a forma como as práticas estão sendo desenvolvidas pelos profissionais

O desenvolvimento das ações parece seguir parcialmente o que se preconiza sobre o planejamento de atividades de educação em saúde, sendo observado que em alguns momentos, o levantamento das necessidades (diagnóstico) é construído em conjunto com as participantes. Entretanto, identificamos que a metodologia utilizada por vezes ainda reflete uma postura transmissora, o que pode ser percebido através das falas que emergiram dos grupos focais.

Da mesma forma, parece não estar muito clara a definição dos objetivos e a realização de avaliação tanto por parte das participantes a respeito da dinâmica da atividade, quanto por parte dos profissionais acerca do alcance dos objetivos.

Acerca da metodologia adotada, identificamos que há uma relação com a formação técnica e o perfil dos profissionais que desenvolvem as ações. De modo que entendemos ser de fundamental importância para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família a seleção de profissionais que possuam o perfil para o trabalho com grupos e com a comunidade, que sejam criativos, possuam clareza dos princípios do SUS e adotem uma postura menos autoritária conforme se observa na literatura.

O investimento em capacitações e na educação permanente é observado como um ponto relevante a ser considerado, pois podem proporcionar uma reflexão constante da prática desenvolvida, de modo a desconstruir e construir saberes.

A respeito da participação das mulheres nas práticas educativas, surge como dificuldade o acesso, devido ao transporte e a falta de convite, o que nos sinaliza a necessidade de uma reorganização do serviço no intuito de adequar as atividades às necessidades das mulheres e assim obter uma maior adesão.

Acerca da falta de convite para as atividades, consideramos relevante levantar como questionamento, qual o valor que as equipes de saúde da família têm atribuído às ações educativas, pois se há de fato um interesse das equipes na realização de tais atividades, e mais, se há planejamento para isso, porque os principais atores não estão sendo envolvidos nesse processo?

Dentre os temas abordados nos encontros, o que diz respeito aos tipos de parto e o incentivo ao parto vaginal, surgem com uma frequência considerável, indicando que o assunto tem sido valorizado pelas mulheres e pela equipe, entretanto, o que identificamos, é que esse assunto parece não estar presente no discurso de todos os membros das unidades. Portanto entendemos que não somente os profissionais que desenvolvem as atividades precisam estimular o parto vaginal, mas toda a equipe, incluindo os recepcionistas, serviços gerais e tantos outros.

O estudo aponta uma tendência do enfermeiro assumir as atividades de educação em saúde, sendo compartilhada essa responsabilidade principalmente com os agentes comunitários de saúde que também aparecem com grande participação, seguidos do médico, e outros profissionais que surgem timidamente nas falas das participantes, como o assistente social e o dentista.

Merecem comentários a participação significativa da nutrição e a pouca participação dos técnicos de enfermagem, que em nosso entendimento têm se dedicado mais aos procedimentos do que às práticas de educação em saúde.

Nesse sentido acreditamos que o enfermeiro tem o papel fundamental de mobilizar os profissionais na realização de um trabalho multi e transdisciplinar, além da busca de ações intersetoriais.

Os grupos apontam que a participação nas práticas educativas ajuda nas escolhas durante a gestação, pois as mulheres sentem-se mais seguras e preparadas para o parto e o pós-parto, contudo, a escolha pelo tipo de parto ainda é determinada pelos profissionais. Entendemos que a prática educativa é um dos elementos que contribui na escolha das mulheres pelo tipo de parto, mas não é o único. Além disso, outras instâncias também precisam estar comprometidas com essas questões, pois a Atenção Primária sozinha não abarcará as ações necessárias para a mudança desse quadro.

Nessa investigação a maioria das mulheres desejava ter o parto normal, porém a maior parte não conseguiu devido às indicações médicas. A principal indicação foi a falta de passagem, que contraditoriamente se observa a partir da literatura não ser uma indicação clínica da cesárea.

Identificamos aqui uma disputa entre os projetos desenhados pelas mulheres acerca da gestação e do parto e os projetos profissionais e institucionais. A literatura aponta uma preferência do médico pela cesárea devido à comodidade de uma intervenção programada, o que muitas vezes pode influenciar na sua postura durante o acompanhamento à mulher, reforçando o medo e fazendo prevalecer sua decisão.

O estudo pode deixar como contribuição a proposta de formação de comitês municipais de avaliação das indicações da cesárea, formados por profissionais e representantes da população para que a real necessidade dessas intervenções seja apurada.

É nesse sentido que consideramos o pré-natal como o espaço propício para o fortalecimento da autonomia da mulher, desmistificando seus medos e a empoderando acerca do processo gestacional. Os processos de empoderamento se dão a partir da informação de qualidade, sendo esta, discutida dialogicamente com a mulher, para que se sinta preparada para a tomada de decisão.

Os grupos podem ser considerados espaços valiosos para se abordar formas alternativas de controle da dor durante o trabalho de parto, para a construção do plano de parto e para a troca de experiências entre as participantes. Podemos dizer, inclusive, que a escolha pela técnica do grupo focal para a coleta de dados foi bastante adequada, por permitir que as participantes trocassem informações e contribuíssem entre si no momento da realização da pesquisa.

O que observamos, é que as práticas educativas têm apoiado as mulheres quanto às questões relativas ao período gestacional e puerperal, conseguindo em algumas situações contribuir para que as mulheres mantenham-se firmes em relação às suas escolhas, como identificamos nas falas em relação à amamentação. Contudo, em relação ao parto, percebemos que as práticas educativas não conseguem fortalecê-las, o que nos sinaliza a necessidade de inovação das práticas desenvolvidas.

Destacamos como prioritária a mudança na forma de abordagem, que deve possuir um cunho emancipatório na superação de uma prática transmissora. A relação deve ser pautada na troca de saberes, na escuta qualificada dos profissionais e na busca da autonomia das mulheres acerca do cuidado com seu próprio corpo.

A prática educativa reflexiva, que promove a libertação pode colaborar para negociação do cuidado humanizado, e mais para a promoção da assistência obstétrica pautada nas necessidades das mulheres, pois quando ela se apropria do seu corpo, através do conhecimento, torna-se ativa no processo de decisão acerca do auto-cuidado.

Por fim, sinalizamos algumas sugestões:

- A necessidade de reflexão por parte dos profissionais, sobre as práticas educativas que vêm sendo realizadas, no sentido de indagar se as mesmas possuem um cunho emancipatório e se estão sendo desenvolvidas à luz das teorias de planejamento;
- A formação de comitês de avaliação das indicações de cesárea para a investigação das intervenções realizadas no município;
- A reorganização dos serviços de saúde de modo a facilitar o acesso das mulheres na participação dos grupos e para tal é necessário envolvê-las nessa discussão;
- O investimento em capacitações permanentes aos profissionais, objetivando proporcionar a eles, espaços de discussão, construção do saber e reflexão da prática,
- Finalmente, sugerimos um engajamento de toda a rede na reorganização da Atenção Obstétrica do município, de modo a implementar um serviço pautado nas necessidades das mulheres, utilizando técnicas facilitadoras da fisiologia da parturição, evitando consequentemente intervenções desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002a. 7 p.

_____. **NBR 10719**: apresentação de relatório técnico-científicos. Rio de Janeiro, 2002b. 9 p.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002c. 6 p.

_____. **NBR6028**: resumos. Rio de Janeiro, 2003. 2 p.

ACIOLI, Moab Duarte; CARVALHO, Eduardo Freese de. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 14, p. 59-68, 1998. Suplemento 2.

ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan./fev. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000100019&lng=en&nrm=isso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2008.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectivas problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, abr./jun. 2007.

ARAÚJO, Inesita. Avaliando a avaliação da comunicação em saúde. Algumas idéias sobre as relações entre a prática avaliativa e modelos de comunicação. In: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO IEC- MS. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

ARROIO, Agnaldo et al. A utilização do vídeo educativo como possibilidade de domínio da linguagem audiovisual pelo professor de ciências. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 5., 2005, Bauru. **Atas ...** Bauru: Abrapec, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, jul./set. 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal institucional disponibiliza várias informações e serviços voltados para o cidadão, profissional da área ou não. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticias=46837>. Acesso em: 2 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BECHTLUFFT, Leila Schimidt. **Educação em saúde no programa de saúde da família de Petrópolis: desafios na prática do enfermeiro**. 2009. 77f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2009

BESIO, Mauricio. Cesárea versus parto vaginal: una perspectiva ética. **Revista médica de Chile**. Santiago, v. 127, n. 9, p. 1121-1125, set. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498871999000900014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2008.

BONFANTE, Thamyra Manenti; SILVEIRA, et al. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 38, n.1, p.26-32, 2009.

BORNSTEIN, Vera Joana, STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencenedora e transformadora. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2009.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Siete tesis sobre La educación sanitaria para La participación comunitaria. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CABRAL, Simone Angélica Leite de Carvalho Silva et al. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membrana e a indicação de parto cesáreo. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARLINI-COTRIM, Beatriz Helena. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 30, n.3, p. 285-293, 1996.

CARNEIRO, Fernanda; AGOSTINI, Márcia. Oficinas de reflexão e Espaços de liberdade e sAgostini, M.; Dacri, V.(Org.) Trabalho feminino e saúde. Panorama ENSP. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994.

COSTA, Rafael Ferreira da. **As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural**. Rio de Janeiro, 2007. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CURY, Alexandre Faisal; MENEZES, Paulo Rossi. Fatores associados à preferência pela cesareana. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 40, n.2, p. 226-232, 2006.

DAMASCENO, Andréia Maria; SAID, Fátima Aparecida. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 173-83, 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 416 p.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DUARTE, Lúcia Rondelo; SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da; CARDOSO, Sandra Helena. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-447, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2008.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2007.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O programa de Saúde da Família e o direito à saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 22, p. 22-25, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Programa Comunidade Solidária. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. (Brasil). Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde. **Estruturação das Atividades de Educação em Saúde no âmbito do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

GADOTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**, 2. ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GOLDBAUM, Moisés et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102005000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 ago. 2007.

GONÇALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 349-353, maio/ jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2008.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

HOTIMSKY, Sônia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.54-61, 2008.

KNUPP, Virgínia Maria Azevedo Oliveira; MELO, Enirtes Caetano Prates; OLIVIERA, Rejane Burlandi de. Distribuição do parto vaginal de da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 39-44, mar. 2008.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

MACHADO, Adriana Maria Brant Ribeiro. **Grupo de mulheres**: sistematizando uma prática emancipatória em educação em saúde. 2008. 180 f. Tese (Doutorado em Educação)- UFF, Niterói, 2008.

MACHADO, Nilce Xavier; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.

MANDARINO, Natália Ribeiro et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis en salud**: un desafio para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; CARVALHO, Geraldo Mota de; SULETRONI, Vivian Pontes. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina Maria dos; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 290-295, 2005.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Educação sanitária: uma visão crítica. In: CANESQUI, Ana Maria; CAMARGO, Elizabeth P. de; BARROS, Marilisa Berti de A. (Org.). **Cadernos do CEDES: educação e saúde**. 2. reimp. São Paulo: Cortez, 1984. v. 4, p. 28-43.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago 2007.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; ALVES, Eliane Aparecida; ZUGAIB, Marcelo. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 9-15, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2007.

OLIVEIRA, Maria Marly de. Metodologia interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces Brasil/ Canadá**, Goiânia, n. 1, p. 67-78, 2001.

OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Burocracia y aparato social: implicaciones para La planificación e implementacion de políticas de salud. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Estado y políticas sociales em América Latina**. São Paulo: ENSP-FIOCRUZ, 1992. p. 293-312

_____. Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. In: ROUQUEIROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PENA, Maria Valéria Junho, et al. **A questão de gênero no Brasil**. [S.l]: Banco Mundial, 2005.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As Tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PEREIRA, Sueli Essado. Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. **Com. Ciências Saúde**, v.18, n. 1, p. 33-44, 2007.

PINHEIRO, Eliana de Fátima Catussi et al. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. **Formação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003.

PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira da. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 789-792, dez. 2008.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 58, n.6, p. 687-691, nov./dez 2005.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenelv Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

RUANO, Rodrigo et al. Obstetrícia. **Revista da associação médica brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 5, 2007.

SABÓIA, Vera. Maria. **Educação em Saúde: a arte de entalhar pedras**. Niterói: Intexto, 2003.

SANTOS, Jorge Francisco Kuhn dos. Parto normal ou cesárea?. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 set. 2008.

SÃO PAULO (Estado). **Secretaria de Saúde. Manual para Operacionalização das Ações Educativas no SUS: Educação em Saúde- Planejando as ações educativas: Teoria e Prática.** São Paulo (SP): Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo: 2001. p.40.

SCHRAIBER, Lilia Blimer et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SCHUTZ Alfred. **El problema de la realidade social.** Buenos Aires: Amorrortu; 1974.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVA, Vera Lúcia Barbosa da Silva. **Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família no município de Angra dos Reis:** as representações sociais das enfermeiras. 113f. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Zilmara de Queiroz Jorge da Silva; TRAD, Leny, a. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SIMÕES, Sônia Maria Faria. **O ser parturiente:** um enfoque vivencial. Niterói: EdUFF, 1998.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. A educação em saúde e concepções do sujeito. In: Vasconcelos, E.M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo; Hucitec, 2001. p. 115-136.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista brasileira de enfermagem.** Brasília, DF, v. 61, n.2, p. 153-158, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2008

SOUZA, Maria das Dores. **Grupo de direitos reprodutivos:** conquistas e contradições na área de enfermagem unidades de saúde do SUS, Juiz de Fora Minas Gerais. 2008. 100f. Projeto de tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNAY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360 set./out. 2004.

STOTZ, Eduardo. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

SUCHMAN, Edward. **Evaluative research**: principles and practice in public service and social actions. New York: Russel Sge. Foundation, 1967.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; BARBIERI, Marco; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Avaliação crítica: o profissional de saúde nas ações básicas: o enfoque de risco. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2., 1986, São Paulo, **Painel...**São Paulo: [s.n], 1987. p. 19-24.

TEDESCO, Ricardo Porto et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dez.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2008.

TEIXEIRA, Elizabeth. Modos de sentir e aprender entre mulheres em um projeto de educação popular em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 57-62, mar. 2008.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar-experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, DF, v. 59, n.6, p. 740-744, nov./dez. 2008.

TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; SANTOS, Jirliane Martins dos. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 326-334, abr./jun. 2007.

VALLA, Victor Vincent. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998. Suplemento.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 39-57, 1998. Suplemento.

YMAIO, Marcos. A respeito da cesariana. [S.l.: s.n.], [2009]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac021.html>>.

APÊNDICE A- Roteiro para desenvolvimento da discussão do grupo focal

- Você participou de alguma atividade educativa durante a gestação?
- Qual?
- Fale um pouco sobre essa atividade.
- Fale sobre o grupo de gestantes da unidade de saúde do Carmo/Caxias.
- Quais as atividades que são desenvolvidas com gestantes pela equipe de saúde do Carmo/Caxias?
- Quem participa das atividades?
- Como acontecem as atividades?
- Quais os temas abordados?
- Como os temas são discutidos?
- Como acontece a escolha pelo tipo de parto?
- Tem relação com as atividades educativas?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Título: “Práticas Educativas durante a gestação na estratégia de Saúde da Família: refletindo sobre limites e possibilidades”

Objetivo: Analisar as práticas de Educação em Saúde com gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família e sua relação com a escolha do tipo de parto.

Informações sobre a participação:

- Sua participação é totalmente voluntária.
- Você poderá sair da pesquisa a qualquer momento que desejar.
- Após a leitura dessas explicações, você poderá fazer qualquer pergunta necessária para o entendimento do estudo.
- A sua fala poderá ser utilizada integralmente ou em partes.
- A sua participação não implicará nenhum ônus financeiro, bem como, não haverá nenhuma remuneração pela sua contribuição como participante desta pesquisa.

Procedimentos a serem seguidos:

Será realizada a técnica de Grupo Focal estruturado com roteiro pré-estabelecido para guia o debate.

Para facilitar a captação de sua fala, utilizarei como recurso uma gravação em fita cassete, caso você autorize.

Confidencialidade:

A privacidade das informações será garantida pelo pesquisador, e sua utilização obedecerá estritamente a objetivos científicos. Você poderá escolher um pseudônimo com o qual gostaria de ser chamado durante o estudo, com o objetivo de preservar seu anonimato. Caso você não tenha entendido alguma parte desse documento, pergunte ao pesquisador antes de assinar.

Atesto o recebimento desse acordo constituído por um termo de consentimento e concordo em participar desse estudo. Autorizo a pesquisadora a utilizar as informações fornecidas por mim em seu estudo.

Quissamã, ____ de _____ de 2009

Sujeito da pesquisa- Nome

Sujeito da pesquisa- Assinatura

Daniela Bastos Silveira- Pesquisadora

Contatos:

Pesquisadora: Daniela Bastos Silveira

Tel: [22 2768 1445](tel:2227681445) e [22 8111 8604](tel:2281118604)

E-mail: danielabsilveira@yahoo.com.br

Orientadora: Professora Sônia Acioli

Tel: 21 9964 9961

Email: soacioli@gmail.com

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UERJ

Boulevard 28 de Setembro, 157- 7º Andar- Vila Isabel

Rio de Janeiro Tel: (21) 2587 6335

APÊNDICE C – Quadro demonstrativo da construção dos temas

Código	Temas de significação	G1	G2	G3	Total	%UR
01	Palestras e cursos como atividades de educação em saúde para gestantes.	01	05		06	2.2
02	Influência da participação nos grupos na escolha pelo tipo de parto.	09	04		13	4.7
03	Incentivo dos profissionais ao parto vaginal.	07	01	05	13	4.7
04	Medo do parto vaginal devido à dor.	04		06	10	3.6
05	Ginástica, alongamento, relaxamento.	02		02	04	1.4
06	As atividades de educação em saúde ajudaram a gestante a se sentir preparada para cuidar do bebê.	01	03		04	1.4
07	Não foi realizado parto normal porque os profissionais avaliaram que não havia passagem / cordão umbilical enrolado.	03	03	03	09	3.3
08	Gestante optou pelo parto normal.	03	04	03	10	3.6
09	Frustração por não ter tido parto normal.	01			01	0.4
10	Aprendeu com o grupo.	04	07	05	16	5.9
11	Frequência dos encontros	01		02	03	1.1
12	Fisiologia e Evolução da gravidez e parto.	06	04	06	16	5.9
13	Amamentação / alimentação.	03	12	10	25	9.1
14	Outros espaços de discussão dos temas abordados nos grupos (Ex.: consultas e VDs).	02	06	05	13	4.7
15	Gestante que optou pela cesárea.	04		04	08	2.9
16	Mulher que sentiu que sua escolha não foi atendida.	02			02	0.7

(continua)

Código	Temas de significação	G1	G2	G3	Total	%UR
01	Palestras e cursos como atividades de educação em saúde para gestantes.	01	05		06	2.2
17	Gostariam de ter a participação da equipe que a acompanhava na hora do parto / maltrato no parto.	03			03	1.1
18	Cuidados com o bebê.	03	05	08	16	5.9
19	O que é Pré-natal.	01			01	0.4
20	O cronograma dos encontros era discutido pelo grupo.	02			02	0.7
21	Participação do Enfermeiro nas práticas educativas	01	03	03	07	2.5
22	Participação do Médico nas práticas educativas	01	02		03	1.1
23	Participação da Nutricionista nas práticas educativas	01	02	02	05	1.8
24	Visita à maternidade ajudou a diminuir o medo.	01	03	02	06	2.2
25	Recursos materiais utilizados (Revistas, Folhetos, fitas de vídeo, DVD, cartazes, filmes, depoimentos).	01	07	07	15	5.4
26	Construção de cartazes, murais, fizeram bolo.	01	02	01	04	1.4
27	Dinâmica das atividades em grupo.	03	03	02	08	2.9
28	Os profissionais explicavam os temas.	03	04	01	08	2.9
29	Perguntavam se alguém tinha dúvida ou queria falar.	02		01	03	1.1
30	Considera o grupo importante.	02	06	04	12	4.3
31	Não participou mais assiduamente das atividades porque não tinha com quem deixar o outro filho.		01		01	0.4
32	Participação do Dentista nas práticas educativas		01		01	0.4
33	Não pôde comparecer a muitas reuniões devido ao horário.		01		01	0.4

(continuação)

Código	Temas de significação	G1	G2	G3	Total	%UR
01	Palestras e cursos como atividades de educação em saúde para gestantes.	01	05		06	2.2
34	Participação do ACS nas práticas educativas		02	05	07	2.5
35	Fatores que contribuem para desejar o parto normal	03	01	02	06	2.2
36	Participação do Assistente Social nas práticas educativas	01			01	0.4
37	Participação do Técnico de enfermagem nas práticas educativas			01	01	0.4
38	Não participava por dificuldade de transporte			01	01	0.4
39	Os profissionais tiravam o medo.			01	01	0.4
40	Não participava mais frequentemente dos grupos por falta de convite.			05	05	1.8
41	Mulheres consideram importante a presença dos pais nos grupos e no cuidado com o bebê.			02	02	0.7
42	No serviço privado a mulher pode escolher o tipo de parto			01	01	0.4
43	A definição do tipo de parto só acontece na hora			01	01	0.4
TOTAL					275	100,1

(conclusão)

APÊNDICE D- Quadro de construção das categorias

Categorias	Código	Temas de significação	Nº UR	% UR
1 Metodologia de desenvolvimento das práticas educativas	01	Palestras e cursos como atividades de educação em saúde	06	2.2
	11	Frequência dos encontros	03	1.1
	14	Outros espaços de discussão dos temas abordados nos grupos(Ex: consultas e vds)	13	4.7
	20	O cronograma dos encontros era discutido pelo grupo	02	0.7
	24	Visita à maternidade ajudou a diminuir o medo	06	2.2
	25	Recursos materiais utilizados (revistas, folhetos, fitas de vídeo, DVD, cartazes, filmes, depoimentos)	15	5.4
	26	Construção de cartazes, murais, fizeram bolo	04	1.4
	27	Dinâmica das atividades em grupo	08	2.9
	28	Os profissionais explicavam os temas	08	2.9
	29	Perguntavam se alguém tinha dúvida ou queria falar	03	1.1
Total			68	24,6

(continua)

Categorias	Código	Temas de significação	Nº UR	% UR
1.1 Temáticas discutidas nas práticas educativas	03	Incentivo dos profissionais ao parto vaginal	13	4,7
	05	Ginástica, alongamento, relaxamento	04	1,4
	12	Fisiologia e Evolução da gravidez e parto	16	5,9
	13	Amamentação/ alimentação	25	9,1
	18	Cuidados com o bebê	16	5,9
	19	O que é pré-natal	01	0,4
	41	Mulheres consideram importante a presença dos pais nos grupos e no cuidado com o bebê	02	0,7
Total			77	28,1

(continuação)

Categorias	Código	Temas de significação	Nº UR	% UR
2 Participação nas práticas educativas	06	As atividades de educação em saúde ajudaram a gestante a se sentir preparada para cuidar do bebê	04	1,4
	10	Aprendeu com o grupo	16	5,9
	17	Gostariam de ter a participação da equipe que a acompanhava na hora do parto	03	1,1
	21	Participação do Enfermeiro nas práticas educativas	07	2,5
	22	Participação do Médico nas práticas educativas	03	1,1
	23	Participação da Nutricionista nas práticas educativas	05	1,8
	30	Considera o grupo importante	12	4,3
	31	Não participou mais assiduamente das atividades porque não tinha com quem deixar o outro filho	01	0,4
	32	Participação do Dentista nas práticas educativas	01	0,4
	33	Não pôde comparecer a muitas reuniões devido ao horário	01	0,4
	34	Participação do ACS nas práticas educativas	07	2,5
	36	Participação do Assistente social nas práticas educativas	01	0,4
	37	Participação do Técnico de enfermagem nas práticas educativas	01	0,4
	38	Não participava mais frequentemente por dificuldade de transporte	01	0,4
40	Não participava mais frequentemente por falta de convite	05	1,8	

(continuação)

Total			68	24,8
Categorias	Código	Temas de significação	Nº UR	% UR
3. Definição pelo tipo de parto	02	Influência da participação nos grupos na escolha pelo tipo de parto	13	4,7
	04	Medo do parto vaginal devido à dor	10	3,6
	07	Não foi realizado o parto normal porque os profissionais avaliaram que não havia passagem/cordão umbilical enrolado	09	3,3
	08	Gestante optou pelo parto normal	10	3,6
	09	Frustração por não ter tido parto normal	01	0,4
	15	Gestante optou pela cesárea	08	2,9
	16	Mulher que sentiu que sua escolha não foi atendida	02	0,7
	35	Fatores que contribuem para desejar o parto normal	06	2,2
	39	Os profissionais tiravam o medo	01	0,4
	42	No serviço privado a mulher pode escolher o tipo de parto	01	0,4
	43	A definição do tipo de parto só acontece na hora	01	0,4
Total			62	22,6

(conclusão)

ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 09 de julho de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Daniela Bastos Silveira
Orient. Prof^ª. Sonia Acioli de Oliveira

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2451-CEP/HUPE) "AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DURANTE A GESTAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLETINDO SOBRE LIMITES E POSSIBILIDADES" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^ª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)