



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Sirleide Corrêa Rangel

**(Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa
convergente-assistencial**

Juiz de Fora
2022

Sirleide Corrêa Rangel

**(Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa
convergente-assistencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Nádia Fontoura Sanhudo
Coorientador: Prof. Dr. Delmar Teixeira Gomes

Juiz de Fora

2022

Rangel, Sirleide Corrêa.

(Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal :
uma pesquisa convergente-assistencial / Sirleide Corrêa Rangel. --
2022.

276 f. : il.

Orientadora: Nádia Fontoura Sanhudo

Coorientador: Delmar Teixeira Gomes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz
de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2022.

1. Educação em saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Estratégias. 4.
Gestantes. 5. Saúde materno infantil. I. Sanhudo, Nádia Fontoura,
orient. II. Gomes, Delmar Teixeira, coorient. III. Título.

Sirleide Corrêa Rangel

(Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa convergente assistencial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Nádia Fontoura Sanhudo - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Delmar Teixeira Gomes - Coorientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Maira Buss Thofehn
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 01/02/2022.



Documento assinado eletronicamente por Nadia Fontoura Sanhudo, Professor(a), em 16/02/2022, às 17:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Beatriz Francisco Farah, Professor(a), em 16/02/2022, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Usuário Externo, em 16/02/2022, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Delmar Teixeira Gomes, Professor(a), em 16/02/2022, às 20:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador 0663507 e o código CRC 95CFC817.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de bondade e misericórdia infinitas, que, desde a seleção para o Mestrado, amparou-me, fortaleceu-me e mostrou-me que este sonho seria possível e que tudo tem um tempo certo para acontecer.

À Maria Santíssima, que me iluminou, me protegeu e me conduziu durante todo o percurso.

A Jesus, que sempre caminhou ao meu lado e carregou-me no colo nos momentos em que eu já não tinha mais força, esperança e condições físicas, emocionais e espirituais para prosseguir.

Ao Espírito Santo, que invoquei por diversas vezes e senti-me, por ele, inebriada, acalentada, amada e em paz.

À Santíssima Trindade por não ter me deixado desistir, diante de tantos percalços que surgiram durante o caminho.

Aos profissionais que cuidaram de mim com dedicação, amorosidade, empatia e competência.

Aos meus pais, Sirleir e Ivan, minha fortaleza, meu porto seguro, meus grandes incentivadores ao longo de toda a minha jornada de vida. Sem o amor, a compreensão e o estímulo de vocês, eu não teria chegado até aqui.

À minha irmã Waneide e à minha amada sobrinha Giovana por me apoiarem e compreenderem a necessidade de, muitas vezes, ausentar-me por várias horas, dias e meses para mergulhar em leituras, em escritas e no extenuante trabalho necessário para o alcance deste objetivo.

Ao meu esposo, André, pelo apoio, pela compreensão e pelo fortalecimento, principalmente na trajetória final, incentivando-me a concluir.

A todos os colegas do Mestrado pelo companheirismo, pela troca de experiências, pelo auxílio nas atividades acadêmicas e pelo esclarecimento de dúvidas. Em especial, a Giovana Caetano de Araújo Laguardia, Poliana Novais Mendes, Darla Tormen e Suellen Fernandes de Souza Viana pelo acolhimento, pela amizade, escuta e pelo compartilhamento de anseios e de receios.

A todos os professores que contribuíram em muito para a construção do meu conhecimento.

À Universidade Federal de Juiz de Fora e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de crescimento acadêmico e profissional.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Nádia Fontoura Sanhudo, por ter me aceitado, mesmo com uma temática diversa à sua experiência, demonstrou interesse em adaptar a obstetrícia, minha eterna paixão, à sua linha de pesquisa, mantendo, dessa forma, minha motivação. Muito obrigada por sua dedicação, compreensão, acolhimento, serenidade e ensinamentos. Sua didática auxiliou-me de forma significativa, sempre reforçando meus pontos fortes e pontuando aquilo em que eu precisava melhorar.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Delmar Teixeira Gomes, que demonstrou interesse por este estudo e contribuiu compartilhando seus conhecimentos relacionados à área da obstetrícia e à escrita acadêmica.

Aos professores doutores Betina Hörner Schindwein Meirelles, Beatriz Francisco Farah, Maira Buss Thofehn e Geovana Brandão Santana Almeida por aceitarem participar da composição da minha banca de qualificação e defesa e pelas contribuições gentilmente concedidas.

A todas as puérperas participantes deste estudo por terem aceitado o convite, disponibilizado um pouco do seu tempo e compartilhado suas vivências. Vocês foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde que também aceitaram participar da pesquisa, cedendo seu tempo e contribuindo para o alcance dos objetivos deste estudo.

Enfim, agradeço a todas as pessoas com quem eu convivi durante este período e que fizeram parte desta trajetória de forma direta ou indireta.

Cantares

Tudo passa e tudo fica
porém o nosso é passar,
passar fazendo caminhos
caminhos sobre o mar

Nunca persegui a glória
nem deixar na memória
dos homens minha canção
eu amo os mundos sutis
leves e gentis,
como bolhas de sabão

Gosto de vê-los pintar-se
de sol e grená, voar
abaixo o céu azul, tremer
subitamente e quebrar-se...

Nunca persegui a glória
Caminhante, são tuas pegadas
o caminho e nada mais;
caminhante, não há caminho,
se faz caminho ao andar
Ao andar se faz caminho
e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca
se há de voltar a pisar

Caminhante não há caminho
senão há marcas no mar...

Faz algum tempo neste lugar
onde hoje os bosques se vestem de espinhos
se ouviu a voz de um poeta gritar
“Caminhante não há caminho,
se faz caminho ao andar” ...

Golpe a golpe, verso a verso...

Morreu o poeta longe do lar
cobre-lhe o pó de um país vizinho.
Ao afastar-se lhe viram chorar
“Caminhante não há caminho,
se faz caminho ao andar...”
Golpe a golpe, verso a verso...

Quando o pintassilgo não pode cantar.
Quando o poeta é um peregrino.
Quando de nada nos serve rezar.
“Caminhante não há caminho,
se faz caminho ao andar...”

Golpe a golpe, verso a verso.

(MACHADO, 2009).

RESUMO

A educação em saúde é uma estratégia essencial para a prevenção de agravos e promoção da saúde no ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, ainda predomina, nos serviços de saúde, o modelo tradicional de transmissão de informações, de forma a não considerar a mulher como protagonista do seu cuidado, o que baliza a sua autonomia. Diante desse cenário, torna-se necessário rever as práticas educativas sob a ótica das usuárias e dos profissionais de saúde de um serviço de pré-natal de atenção secundária da zona da mata mineira. Os objetivos deste estudo foram: (re)construir coletivamente um projeto de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, compreender as ações educativas desenvolvidas em um ambulatório de atendimento pré-natal de atenção secundária sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais de saúde e discutir as estratégias educativas vigentes e as novas propostas de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utiliza o referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial. A pesquisa envolveu três etapas: entrevistas semiestruturadas com 16 puérperas, entrevistas semiestruturadas com nove profissionais de saúde do serviço de pré-natal e grupos de discussão, com os profissionais de saúde, sobre as estratégias educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, propostas durante as entrevistas. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2020 a agosto de 2021. Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados segundo a análise temática de Bardin, sendo estabelecidas três categorias a partir das entrevistas com as puérperas: (a) percepção das puérperas sobre o cuidar-educar no pré-natal; (b) o período puerperal e a maternidade: realidade desvelada; (c) sugestões das usuárias para o cuidar-educar no pré-natal e outras três categorias com base nas entrevistas com os profissionais de saúde: (a) educação em saúde no pré-natal: o grupo como um espaço de construção do conhecimento; (b) participação das mulheres nos grupos de gestantes: fatores facilitadores e dificultadores; (c) atividades educativas no serviço de pré-natal: propostas de (re)construção. A partir dos grupos de discussão, emergiram novas propostas educativas: teleconsulta e teleorientação de enfermagem e abordagem interdisciplinar sobre a temática do puerpério nos encontros educativos com gestantes. Os resultados obtidos com as entrevistas indicaram que as propostas de atividades educativas sugeridas pelas puérperas foram convergentes com aquelas indicadas pelos profissionais de saúde, principalmente quanto à necessidade de incorporação de atividades práticas e demonstrativas nos grupos de gestantes, produção e transmissão de vídeos informativos e orientações de forma *on-line*. Algumas temáticas educativas foram apontadas como necessárias: plano de parto, planejamento familiar, icterícia neonatal, introdução

alimentar ao recém-nascido, puerpério, dificuldades do aleitamento materno, parto humanizado, violência obstétrica x direitos, cesariana e causas de perdas gestacionais. Esta pesquisa convergente assistencial possibilitou a (re)construção de um projeto de ações educativas de um serviço de atendimento pré-natal de atenção secundária e trouxe implicações para a prática do cuidar-educar no ciclo gravídico-puerperal, a partir da ação-reflexão-ação do processo educativo numa concepção dialógica, participativa, libertadora e problematizadora, na perspectiva de trabalho interdisciplinar.

Palavras-chave: Educação em saúde. Cuidado pré-natal. Estratégias. Gestantes. Saúde materno infantil. Educação pré-natal. Promoção da saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Health education is an essential strategy for disease prevention and health promotion in the pregnancy-puerperal cycle. However, the traditional model of information transmission still predominates in health services, so as not to consider women as protagonists of their care, which marks their autonomy. Given this scenario, it is necessary to review educational practices from the perspective of users and health professionals of a prenatal service of secondary care in the forest region of Minas Gerais. The objectives of this study were: (re)build collectively a project of educational actions related to the pregnancy-puerperal cycle, understand the educational actions developed in a prenatal care clinic of secondary care from the perspective of mothers and health professionals and discuss current educational strategies and new proposals for educational actions related to the pregnancy-puerperal cycle. It is a qualitative, descriptive and exploratory research, which uses the methodological framework of convergent care research. The research involved three stages: semi-structured interviews with sixteen mothers, semi-structured interviews with nine health professionals from the prenatal service, and groups of discussion, with health professionals on educational strategies related to the pregnancy-puerperal cycle, proposed during the interviews. Data collection took place from May 2020 to August 2021. The data obtained from the interviews were analyzed according to Bardin's thematic analysis, with three categories being established, based on the interviews with the mothers: (a) perception of postpartum women about care and education in prenatal care; (b) the puerperal period and maternity: unveiled reality; (c) suggestions from users for the care and education in prenatal care. And three other categories, based on interviews with health professionals: (a) prenatal health education: the group as a space for building knowledge; (b) participation of women in groups of pregnant women: facilitating and hindering factors; (c) educational activities in the prenatal service: (re)construction proposals. From the discussion groups, new educational proposals emerged: nursing teleconsultation and teleorientation and an interdisciplinary approach on the puerperium theme in educational meetings with pregnant women. The study was approved by CEP/HU-UFJF under Opinion No. 3.987.166. The results obtained from the interviews indicated that the proposals for educational activities suggested by the mothers converged with those indicated by the health professionals, mainly regarding the need to incorporate practical and demonstrative activities in pregnant women's groups, production and transmission of informative videos and guidelines online. Some educational themes, not addressed in the group of pregnant women, were identified as necessary: birth plan, family planning, neonatal jaundice, introduction of food to the newborn, puerperal period,

difficulties in breastfeeding, humanized childbirth, obstetric violence X rights, childbirth cesarean section and causes of pregnancy loss. This convergent care research enabled the (re)construction of a project of educational actions for a prenatal care service of secondary care and brought implications for the practice of care-educating in the pregnancy-puerperal cycle, based on action-reflection-action of the educational process in a dialogic, participative, liberating and problematizing conception, in the perspective of interdisciplinary work.

Keywords: Health education. Caution prenatal. Strategies. Pregnant women. Maternal and child health. Prenatal education. Health promotion. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Razão da Mortalidade Materna (RMM) por regiões do Brasil – 2015 a 2019.....	21
Figura 1	Linha do tempo: síntese das políticas voltadas para a saúde da mulher no Brasil.....	26
Quadro 1	Síntese das Conferências de Promoção da Saúde.....	37
Figura 2	Fluxograma de seleção dos artigos da revisão bibliográfica.....	48
Quadro 2	Características dos estudos selecionados, quanto a periódico, ano de publicação, Qualis, local de realização dos estudos, título e autoria.....	49
Figura 3	As múltiplas dimensões do cuidado em saúde.....	62
Figura 4	Gestão do cuidado em obstetrícia baseada nas dimensões de Cecílio (2011)	63
Figura 5	Categorias e subcategorias definidas a partir das unidades de contexto das entrevistas com as puérperas.....	104
Quadro 3	Síntese dos estudos selecionados da revisão bibliográfica sobre as estratégias educativas.....	50
Quadro 4	Detalhamento da ferramenta 5W2H, segundo Gozzi, 2015.....	91
Quadro 5	Unidades de contexto e unidades de registro obtidas a partir das entrevistas com as puérperas.....	102
Quadro 6	Propostas de estratégias educativas sugeridas pelas puérperas para melhoria do serviço.....	144
Quadro 7	Unidades de contexto e unidades de registro, obtidas a partir das entrevistas com os profissionais de saúde.....	148
Figura 6	Categorias e subcategorias definidas a partir das unidades de contexto das entrevistas com os profissionais de saúde.....	152
Quadro 8	Propostas de estratégias educativas sugeridas pelos profissionais de saúde para melhoria do serviço.....	175
Figura 7	Pontos fortes e pontos fracos do cuidar-educar no serviço de pré-natal, novas temáticas e estratégias educativas sugeridas pelos participantes (puérperas e profissionais)	185
Quadro 9	Síntese do consenso do grupo sobre as novas temáticas.....	186
Quadro 10	Plano de ação para (re)construção das estratégias educativas no serviço de pré-natal, a partir das percepções do consenso do grupo.....	188
Figura 8	Síntese dos momentos de convergência entre teoria e prática assistencial, a dança da PCA.....	193

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas participantes do estudo, n=16, Minas Gerais, 2021..	96
Tabela 2- Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo, n=09, Minas Gerais, 2021	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acog	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy-scale- Short-form</i>
Caae	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica
Ciur	Crescimento Intrauterino Restrito
CMV	Citomegalovírus
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CPN	Centro de Parto Normal
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
EE	<i>Entertainment Education</i>
Febrasgo	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
Hapo	<i>Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
Iifas	<i>Infant Feeding Knowledge and Attitudes</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Mantra	<i>Maternal and Neonatal Technologies in Rural Areas</i>
MCH	<i>Maternal and Child Health</i>
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
ODSs	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

Opas	Organização Pan-americana de Saúde
OVA	Objeto Virtual de Aprendizagem
Paism	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
Pnab	Política Nacional da Atenção Básica
Pnaism	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal
Premmice	Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis
PSF	Programa de Saúde da Família
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
Ucinco	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
Utin	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
3.1	OS AVANÇOS DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	26
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA	34
3.2.1	A Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil.....	41
3.3	ESTRATÉGIAS DE AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	43
3.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL....	58
3.4.1	O processo de trabalho em serviços de saúde: gestão do cuidado em saúde e gerência do cuidado de enfermagem.....	58
3.4.2	Gestão e gerência do cuidado de enfermagem na rede de atenção materno-infantil.....	66
4	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	72
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	80
5.1	IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	80
5.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	80
5.2.1	Fase de concepção.....	81
5.2.2	Fase de instrumentação.....	83
5.2.2.1	Descrição do cenário do estudo.....	83
5.2.2.2	Seleção dos participantes.....	84
5.2.2.3	Apresentação das técnicas de coleta de dados.....	85
5.2.3	Fase de perscrutação.....	88
5.2.3.1	Implementação dos grupos de discussão.....	90
5.2.4	Fase de análise.....	92
5.3	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	94
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	96

6.1	ETAPA 1: ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS.....	96
6.1.1	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas.....	96
6.1.2	Categorias de análise: puérperas.....	102
6.2	ETAPA 2: ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	145
6.2.1	Caracterização dos profissionais de saúde.....	145
6.2.2	Categorias de análise: profissionais de saúde.....	147
6.3	ETAPA 3: GRUPO DE DISCUSSÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	185
6.3.1	Apresentação e análise dos dados do grupo de discussão.....	186
6.3.2	Convergência entre pesquisa e prática assistencial.....	193
6.3.3	Avaliação do processo de pesquisa.....	194
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	196
	REFERÊNCIAS.....	200
	APÊNDICE A - Quadro 3: Síntese dos estudos selecionados da revisão bibliográfica sobre as estratégias educativas.....	234
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	244
	APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com as puérperas.....	247
	APÊNDICE D - Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde..	248
	APÊNDICE E – Declaração de Infraestrutura e concordância.....	249
	APÊNDICE F – Ata da primeira reunião do grupo de discussão.....	250
	APÊNDICE G - Ata da segunda reunião do grupo de discussão.....	254
	APÊNDICE H – Projeto de ações educativas em um serviço pré-natal de atenção secundária: Trilhando um caminho para a interdisciplinaridade (versão revisada).....	259
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	272

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática relacionada à educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal emergiu em 2018, quando iniciei minhas atividades como enfermeira obstetra em um ambulatório de assistência pré-natal, referência em gestação de alto risco. O serviço, até então, não possuía, em sua equipe, enfermeiros.

Em conjunto com outras colegas, enfermeiras obstetras, estruturamos e apresentamos uma proposta de plano de trabalho para nossa atuação na unidade, a qual constava de realização de consultas de enfermagem com foco na prevenção de agravos e na promoção da saúde, direcionadas a cada trimestre gestacional. Além disso, a proposta abarcava ações de educação em saúde voltadas às gestantes e aos acompanhantes, inicialmente implementadas na sala de espera do ambulatório de obstetrícia e, posteriormente, implementadas na construção do projeto do grupo de gestantes. Profissionais de diversas áreas foram convidados a participar do grupo, entre eles: médicos, residentes de ginecologia e obstetrícia, acadêmicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas, dentistas e nutricionistas. O projeto foi aprovado pela instituição e iniciado em 2019.

Convém ressaltar que minha paixão pela obstetrícia se iniciou já na graduação em enfermagem, no período de 2002 a 2004, momento em que iniciei o estágio em unidades de saúde ao acompanhar consultas de pré-natal e em maternidades, além de atender mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Em 2005, comecei a trabalhar em um centro obstétrico, e, em 2007, surgiu a oportunidade de realizar a especialização em enfermagem obstétrica pela Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Foram dois anos de muito aprendizado, prática e profunda imersão no contexto da assistência ao parto e ao recém-nascido (RN).

A partir do embasamento científico oportunizado pela especialização, pude aplicar meus conhecimentos adquiridos na prática, ao atuar em centro obstétrico por dez anos. Durante a minha trajetória, pude perceber que muitas mulheres admitidas na maternidade apresentavam pouco conhecimento a respeito do processo de trabalho de parto, parto, direitos, aleitamento materno, cuidados com o RN, entre outras orientações pertinentes. Além disso, identifiquei o desafio dos profissionais em compartilhar essas informações com as usuárias no momento da admissão e da internação para o parto, momento este em que, muitas vezes, a atenção e a receptividade das mesmas não são favoráveis em decorrência da dor das contrações de trabalho de parto e da preocupação com o desfecho do nascimento. A escassez de informações sobre o

processo do ciclo gravídico-puerperal pode influenciar diretamente o empoderamento dessas mulheres para o parto.

Em contrapartida, percebo que, durante a assistência pré-natal, a mulher está mais aberta para dialogar com os profissionais sobre todos os assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Portanto, na fase pré-natal, a mulher e sua família precisam ser preparadas para o processo do trabalho de parto, parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados com o RN. A partir do conhecimento sobre cada etapa desse ciclo, do acolhimento dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica e do apoio familiar, espera-se que as mulheres possam ter uma vivência positiva do nascimento e da maternidade.

Diante do exposto, como enfermeira obstetra de um ambulatório de pré-natal, busquei, a partir desta pesquisa de Mestrado, vinculada ao grupo de pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, compreender as ações educativas desenvolvidas no ambulatório de pré-natal de um serviço de atenção secundária sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais de saúde, discutir as estratégias educativas vigentes, bem como as novas propostas de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e (re)construir coletivamente um projeto de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, de modo a melhorar continuamente a qualidade do processo educativo no serviço.

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde vigente ainda se encontra associada ao modelo reducionista e positivista de transmissão de conhecimentos em saúde, focada na prevenção de doenças e de agravos. É necessário romper com esse paradigma, ao possibilitar uma educação em saúde fundamentada nos princípios de Paulo Freire, através de uma relação dialógica, libertadora, que contribua para a emancipação dos sujeitos em seu processo de cuidado (CHAGAS *et al.*, 2009).

O pensamento complexo de Edgar Morin pode contribuir para a superação desse modelo biomédico em saúde, a partir da compreensão da saúde e da educação como áreas do conhecimento interligadas, articuladas e que precisam considerar em seu processo de cuidar-educar as múltiplas dimensões do ser humano: biológica, psicológica, cultural, econômica, histórica e social, como partes interdependentes, interativas e inter-retroativas, de forma a constituir um todo coerente (MORIN, 2000). A educação libertadora e problematizadora pressupõe a dialética e a superação da dicotomia entre educador-educando, a partir de uma relação dialógica, horizontalizada, reflexiva, de constante desvelamento da realidade (FREIRE, 1987).

Nesse processo de ensino-aprendizagem interativo e dialógico, é essencial que os educadores respeitem as crenças, vivências dos indivíduos, ao considerá-los sujeitos ativos capazes de refletir criticamente sobre seus problemas e intervir em sua realidade com vistas a transformá-la (FREIRE, 1999). A mudança de comportamento só é possível se acarretar um significado na vida das pessoas, sem significado, a educação será apenas transmissão de informação (PINHO, 2018).

Essa nova concepção educativa, crítica e reflexiva busca integrar o saber científico e o saber popular e dessa forma construir coletivamente o conhecimento (PINHO, 2018). Aproxima-se da educação popular que considera a saúde como prática social, mantém contato com a comunidade e os movimentos sociais, valoriza os saberes prévios dos usuários e não somente o saber científico, ao considerar as especificidades locais e as reais necessidades da população (FALKENBERG *et al.*, 2014).

No ciclo gravídico-puerperal, a educação em saúde é uma estratégia essencial para a prevenção de agravos, para a promoção da saúde e para a desmitificação de medos, ao transmitir segurança à mulher gestante e puérpera (GUERREIRO *et al.*, 2012). A gestação é um momento único na vida da mulher que, por sua vez, vivencia alterações físicas, hormonais e emocionais, sendo comum o surgimento de dúvidas e de receios que precisam ser discutidos e esclarecidos durante a assistência pré-natal, para uma melhor preparação para o parto e puerpério. A família

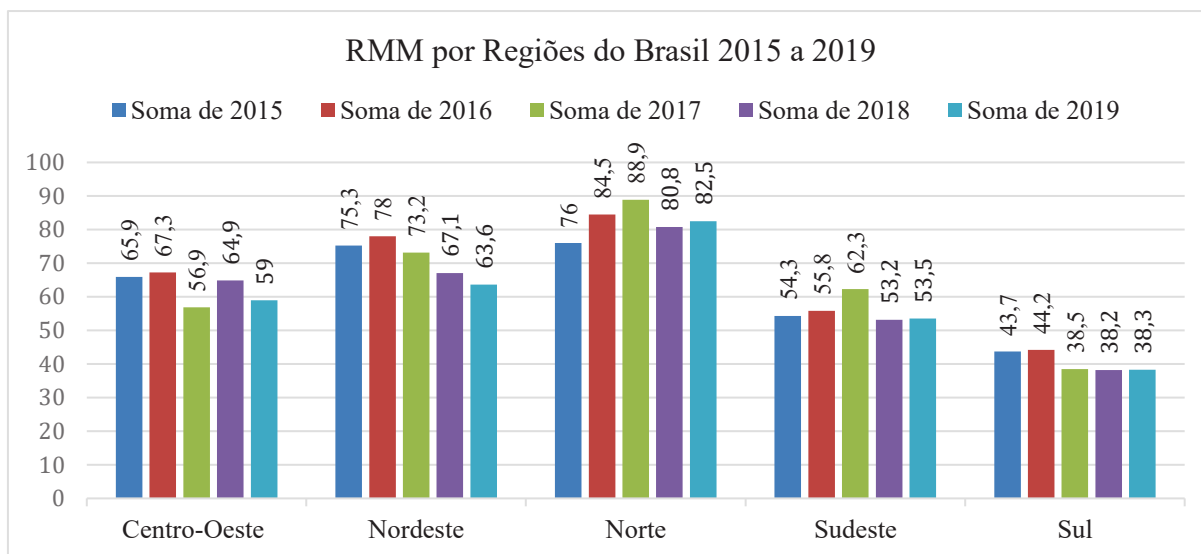
e os profissionais de saúde devem apoiar essa mulher para que ela se sinta segura em exercer a maternidade (BRITO *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), todas as mulheres têm direito a cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o pós-parto, incluindo o acesso a informações. A mortalidade materna, importante indicador de saúde feminina, apresenta uma taxa alta, com predominância nos países de baixa e média renda, e a maioria dos óbitos são evitáveis (WHO, 2019). Em 2017, a razão de mortalidade materna (RMM) em países de baixa renda foi de 462 por 100 mil nascidos vivos; em contrapartida, nos países de alta renda, a RMM foi de 11 por 100 mil nascidos vivos. Um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) é reduzir a RMM global para menos de 70 por 100 mil nascimentos até 2030 (WHO, 2019).

No Brasil, de acordo com a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CGIAE), a RMM por 100 mil nascidos vivos, corrigida utilizando-se a vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil, foi de 62 em 2015, 64.4 em 2016, 64.5 em 2017, 59.1 em 2018 e 57.9 em 2019. Observa-se que, entre 2017 e 2018, houve uma redução de 8,4%, provavelmente relacionada aos esforços do Ministério da Saúde (MS) para fortalecer e qualificar as ações de assistência às gestantes, na rede de atenção a pré-natal, parto e puerpério, com implementação de estratégias, políticas, com destaque para a Rede Cegonha, o Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis (Premmice) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (BRASIL, 2021, 2020a).

Ressalta-se ainda o investimento na qualificação e no monitoramento das informações sobre o óbito materno e infantil com o acompanhamento contínuo dessas ocorrências por vigilância do óbito. Entretanto, apesar da implementação dessas ações a fim de reduzir a RMM, observa-se, com base nos indicadores dos últimos anos, que, nas regiões menos desenvolvidas e de difícil acesso aos serviços de saúde, como Norte e Nordeste, a RMM ainda permanece alta se comparada à de outras regiões, conforme demonstrado no Gráfico 1 (BRASIL, 2021).

Gráfico 1 - Razão da Mortalidade Materna (RMM) por regiões do Brasil – 2015 a 2019



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2021)

Diante desse cenário, é urgente a necessidade de melhorar os cuidados pré-natais e os de atenção à saúde da mulher durante o parto e o puerpério, para oferecer serviços e intervenções adequados e oportunos para todas as mulheres.

A educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias entre as ações de saúde para a prevenção da morbimortalidade materna por meio de orientações sobre os riscos e os sinais de alerta durante a gestação e o período puerperal, com o objetivo de prevenir complicações e promover corresponsabilização e autonomia no cuidado à saúde (TINOCO *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde devem atualizar constantemente seus conhecimentos, a fim de oferecerem uma atenção pré-natal de qualidade e dessa forma propiciar a redução do número de mortes maternas por causas evitáveis (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou as recomendações de atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva que incluem ações para a promoção da saúde e para uma atenção respeitosa, individualizada, centrada na pessoa, com práticas integradas e eficazes, informações relevantes e oportunas, apoio emocional e psicossocial. A OMS recomenda, no mínimo, oito consultas de pré-natal durante a gestação, para melhorar os resultados perinatais e a experiência de atendimento das mulheres. O aconselhamento sobre a preparação para o nascimento e o planejamento familiar pós-parto é considerado como boa prática clínica e pode ser realizado por meio de grupos de gestantes que oportunizam às mulheres discussões de forma participativa sobre suas necessidades durante a gravidez (WHO, 2016).

Em relação às práticas educativas no pré-natal, estudos apontam que as orientações relevantes sobre os cuidados na gestação, no parto, no pós-parto, na amamentação e nos cuidados com o recém-nascido (RN) são escassas (VIELLAS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018a). Gonçalves *et al.* (2017) observaram que a precariedade das orientações durante a assistência pré-natal esteve associada a poucas consultas e ao intervalo maior entre a última consulta e o parto. O início precoce do pré-natal, ou seja, até 12 semanas, e a maior adesão às consultas, entre sete ou mais, contribuem para que as mulheres recebam orientações dos profissionais em relação ao tipo de parto, à amamentação, à consulta puerperal e aos cuidados com o RN (BERNARDO, 2016).

Esse cenário suscita reflexão por parte de gestores e de profissionais de saúde, em especial enfermeiros, sobre a responsabilidade social de preparar as mulheres e seus familiares para o momento do parto. Outros estudos são necessários para investigar formas de efetivação do acesso às orientações essenciais e oportunas para o parto durante o pré-natal e também analisar a necessidade e os benefícios advindos da inserção do enfermeiro obstetra nas equipes de atenção primária à saúde (GONÇALVES *et al.*, 2017).

O enfermeiro é um profissional capacitado para executar importantes ações na assistência pré-natal, que vão além de procedimentos técnicos, isto é, anamnese, exame físico e obstétrico. O acolhimento, a escuta qualificada e a comunicação atenta são essenciais para estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e a mulher, ao permitir a discussão de aspectos fundamentais à sua saúde e à do seu bebê (JARDIM *et al.*, 2019). Para esses autores, as orientações fornecidas às gestantes devem estimular o empoderamento da mulher no parto, por meio de práticas educativas que incentivem a autoconfiança e o exercício de sua autonomia.

É preciso reforçar a implementação do processo educativo com o propósito de oferecer uma assistência integral e efetiva à gestante durante o pré-natal, ao objetivar uma vivência gestacional saudável e livre de danos (DIAS *et al.*, 2015). A qualidade da atenção à saúde, sob a ótica das usuárias, depende das ações dos profissionais, estes precisam rever suas práticas de modo a priorizar a humanização, a autonomia e a subjetividade da mulher (HOLANDA *et al.*, 2015).

As estratégias educacionais durante o pré-natal, com grupos de gestantes e visitas domiciliares desenvolvidas de forma pedagógica, participativa e construtiva, contribuem para melhores resultados obstétricos, como: redução da prematuridade, baixo peso ao nascer, início precoce e maior duração do aleitamento materno exclusivo (SILVA *et al.*, 2016a; HERVAL *et al.*, 2019). De acordo com esses autores, as ações realizadas durante o pré-natal – e que se

estenderam no período pós-parto – mostraram-se mais eficazes, principalmente em relação à amamentação.

Para o sucesso das ações de educação em saúde, é preciso buscar constantemente novos olhares, alternativas diferentes de fazer, ao utilizar a criatividade para propor melhores formas de ensinar e de aprender que motivem e estimulem os participantes a falarem sobre suas vivências e experiências (MELO *et al.*, 2017; PINHO, 2018). De acordo com Pinho (2018), a valorização pelos gestores das instituições de saúde também é essencial, para proporcionar aos profissionais condições adequadas para a realização das práticas educativas.

Ao longo dos anos, o MS e a OMS elaboraram políticas e diretrizes que orientam e valorizam as ações educativas na assistência pré-natal, tais como: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, que reforça os cuidados básicos à saúde das mulheres, ao incluir as ações educativas e os princípios de humanização, integralidade e promoção da saúde; a Rede Cegonha em 2011; o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres em 2016; as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal em 2017 e as recomendações da OMS para uma experiência positiva de cuidado pré-natal e intraparto em 2016 e 2018, respectivamente (BRASIL, 2000, 2004a, 2011, 2016a; WHO, 2016, 2018).

Apesar da existência dessas políticas, ainda estão presentes a falta de autonomia e de empoderamento da mulher no momento do parto, o que leva à reflexão sobre as formas de preparação pertinentes para que a mulher possa tomar decisões no momento oportuno de desfecho da gravidez, o nascimento (MELO *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2019).

As principais estratégias educativas relacionadas à saúde materno-infantil identificadas em uma revisão de escopo foram baseadas na comunidade, na saúde móvel, nas informações em *sites*, jogos, em visitas domiciliares, em grupos, em aulas ou palestras e na educação individual (HERVAL *et al.*, 2019). No cenário deste estudo, as estratégias utilizadas são grupos de gestantes, orientações em salas de espera, cartilhas educativas relacionadas aos direitos da gestante e ao pré-natal odontológico e orientações individuais em consultas.

Entretanto, questiona-se a forma de abordagem dessas estratégias e a participação das usuárias. Silveira (2017) aponta que novos estudos que abordem as puérperas são necessários para investigar a transferência de conhecimentos apreendidos pelas gestantes durante a assistência pré-natal para a vida real, no momento do parto e no puerpério.

Diante do exposto, é necessário repensar as estratégias de ações educativas utilizadas durante a assistência pré-natal, inserindo as usuárias na (re)construção dessas práticas, de forma participativa e integrada com os profissionais de saúde.

Os pressupostos deste estudo se encontram apoiados nos pensamentos teórico-filosóficos de Paulo Freire e Edgar Morin, que dão sustentação ao processo de ação-reflexão-ação para a (re)construção dessas estratégias educativas, pautadas em uma prática pedagógica dialógica, crítica, libertadora defendida por Freire (1987), e na perspectiva interdisciplinar, do pensamento complexo de Morin (2000, 2015) com vistas a buscar caminhos para superar o reducionismo e a fragmentação disciplinar do cuidado em saúde materno-infantil e resgatar a autonomia e o empoderamento da mulher. Ambos os autores corroboram para uma reforma no ensino que requer uma mudança de mentalidades e de paradigmas, do positivista, cartesiano para o construtivista, progressista, com o objetivo de desenvolver pessoas cognitivamente críticas e capazes de se emancipar (GUIMARÃES, 2020).

Os pressupostos básicos subsidiados pela formação e prática profissional da pesquisadora são: o período pré-natal é o momento mais oportuno para que gestantes e familiares possam apreender conhecimentos relacionados à evolução saudável da gestação, às boas práticas de assistência a parto e nascimento, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e período puerperal; a prática educativa dialógica, participativa, problematizadora e libertadora pode auxiliar a mulher na percepção crítica dos contextos nos quais está inserida e na identificação de estratégias de enfrentamento a fim de transformar sua realidade ao resgatar a sua autonomia e empoderamento no cenário do nascimento; o trabalho em equipe de forma interdisciplinar contribui para a melhor compreensão do ser complexo que é a mulher, gestante e puérpera, por meio da articulação e religação de diversos saberes disciplinares sobre um mesmo fenômeno.

Sendo assim, delinearam-se, como objeto deste estudo, as estratégias de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal desenvolvidas no pré-natal, propondo-se responder à seguinte questão norteadora: como as estratégias de educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal podem ser revisadas e ressignificadas, de forma a promover a autonomia e o empoderamento feminino e a contribuir para uma vivência positiva da gestação, parto e puerpério?

Convém ressaltar que o objeto deste estudo é condizente com o quinto objetivo do milênio de promover o empoderamento da mulher, aumentando o uso de tecnologias de informação e comunicação (ONU, 2020) e com uma das prioridades apontadas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a) de avaliar a implementação de estratégias de educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

2 OBJETIVOS

A seguir são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

(Re)construir coletivamente um projeto de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, em um ambulatório de atendimento pré-natal de atenção secundária da Zona da Mata Mineira.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender as ações educativas desenvolvidas no ambulatório de pré-natal de um serviço de atenção secundária sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais de saúde;

discutir as estratégias educativas, dirigidas às gestantes e puérperas, desenvolvidas pelos profissionais de saúde;

propor novas ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal a partir dos resultados da pesquisa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo está estruturado com os seguintes tópicos: os avanços das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, promoção da saúde: conceitos e evolução histórica, estratégias de ações educativas no pré-natal: uma revisão bibliográfica, educação em saúde como ferramenta para a gerência do cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Tem o propósito de compor o embasamento teórico que subsidiará os resultados da referida pesquisa.

3.1 OS AVANÇOS DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher vêm sofrendo influência das mudanças sociais e políticas de cada momento histórico, desde o início do século XX.

Com o objetivo de resgatar o caminho trilhado pelo Ministério da Saúde voltado para as estratégias políticas de melhoria da assistência à saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou-se uma linha do tempo, Figura 1, para representar essa evolução:

Figura 1 - Linha do tempo: síntese das políticas voltadas para a saúde da mulher no Brasil



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021

Na década de 70, iniciou-se um movimento da reforma sanitária que visava à redemocratização do país, ao rompimento do paradigma focado na prevenção e na cura de doenças e à criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para a universalização da assistência à saúde e a melhoria das condições de saúde da população. Em 1978, a Conferência

Internacional de Saúde de Alma Ata preconizou os cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS) para todos, assim como o aumento do acesso e da participação da comunidade (KORNIJEZUK, 2015).

Nessa fase de mudanças conceituais importantes no âmbito das políticas sociais e de saúde no Brasil, surgiu, em 1974, o primeiro Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde (MS), cujo foco principal era a prevenção à gravidez de alto risco com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e materna e introduzir a suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda (MAMEDE, 2015).

Em 1978, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) com o propósito de regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico e diagnosticar e tratar a infertilidade (BRASIL, 1978).

Paralelamente, nessa época, emergiram os movimentos feministas, que criticavam as políticas de atenção à saúde das mulheres centradas na assistência materno-infantil. Até a metade do século XX, as práticas de atenção à saúde das mulheres estavam voltadas para essa concepção. Contudo, devido ao elevado crescimento populacional, o governo preocupava-se, também, com a necessidade de controle da natalidade, incorporando ações de contracepção nas práticas de saúde (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

O movimento organizado de mulheres foi crescendo, trazendo propostas que ampliavam a visão da sexualidade feminina para além de um corpo que procria. Quanto às ações de anticoncepção, as reivindicações das mulheres eram para que as ações estivessem atreladas a uma abordagem mais ampla e integral da saúde da mulher, entendida como uma questão de direitos das mulheres (CUNHA, 2017).

As mulheres lutam para serem reconhecidas como sujeito, assumindo o poder sobre seus corpos, com capacidade de decidir quando, como, com quem e se terão seus filhos. A reprodução e a sexualidade devem ser compreendidas como algo complexo que envolve homens e mulheres e requer políticas amplas de oferta de ações e programas de saúde. No final do século XX, surge a proposição dos *Direitos Sexuais e Reprodutivos*, servindo como uma diretriz para as políticas e para as práticas de saúde voltadas às mulheres (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Diante dos constantes movimentos organizados de grupos feministas e da necessidade de incorporar práticas de saúde das mulheres ampliadas para além do aspecto reprodutivo, em 1984, o MS publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), com a incorporação de práticas de atenção integral à saúde das mulheres que rompem com o antigo

modelo de atenção materno-infantil vigente, assumindo o compromisso pela autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua saúde e sua vida. Tais ações abrangiam todas as fases do ciclo de vida da mulher, desde a adolescência até a terceira idade (BRASIL, 1984). O Paism, como diretriz filosófica e política, incorporou, também, princípios norteadores da reforma sanitária: descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como a participação social (BRASIL, 2004a).

Um marco importante para o desenvolvimento da assistência pré-natal foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família, considerado eixo estruturante da atenção básica, porta de entrada dos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, ele propõe que a assistência pré-natal seja realizada nas unidades básicas de saúde e estas devem estabelecer um vínculo com a comunidade (BRASIL, 2000).

Em 1995, foi criado o projeto *Oito passos para uma maternidade segura*, em parceria com o MS, com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). A proposta era mobilizar profissionais que atuavam direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, aumentar a cobertura, melhorar a qualidade de atendimento nos serviços de saúde e prestar orientações adequadas à gestante (SOUZA, 2013). Desse modo, as estratégias priorizadas nesse projeto tinham o objetivo de obter a eficácia da assistência e reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

Com o objetivo de aprimorar o Paism, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. O programa foi estruturado no fundamento de que toda gestante tem direito ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério, incluindo o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, a uma assistência ao parto e ao puerpério humanizada e segura, assim como para seu recém-nascido (BRASIL, 2002a).

O documento publicado pela OMS, em 1996, *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*, serviu como base para a criação do PHPN. Esse documento apresentou uma classificação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento a partir de evidências científicas. Essa classificação foi dividida em práticas: (1) demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A); (2) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e

que devem ser eliminadas (categoria B); (3) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, devendo ser utilizadas com cautela (categoria C) e (4) práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 2000).

Em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS lançou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), que retomou as propostas do Paism e incorporou outras, tais como o enfoque de gênero com a representatividade de mulheres historicamente deixadas à margem da sociedade por raça/etnia, gênero, sexualidade e classe. Incorporou, assim, as negras, as indígenas, as trabalhadoras rurais, as homossexuais, as portadoras de necessidades especiais e as presidiárias, estabelecendo uma perspectiva de saúde integral com respeito às especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos sociais, criando, assim, novos sujeitos de direitos (KORNIJEZUK, 2015).

A Pnaism foi uma iniciativa inovadora do Governo ao buscar preencher as lacunas deixadas pelas políticas anteriores, contemplando aspectos relacionados à promoção e à humanização da saúde, com foco nas necessidades das mulheres, com respeito à sua autonomia (FREITAS *et al.*, 2009).

No âmbito da atenção obstétrica e neonatal, em 2004, foi elaborado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que incluiu um conjunto de ações estratégicas em todas as esferas do governo, a fim de qualificar a atenção materna e infantil, em parceria com entidades da sociedade civil organizada. Entre as ações do pacto, destacam-se o apoio financeiro aos municípios para adequação e qualificação dos serviços de atenção ao parto e nascimento e a educação permanente dos profissionais envolvidos, incluindo a formação de enfermeiras obstétricas, capacitação de parteiras tradicionais e doulas (BRASIL, 2004b).

Em 2005, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos contemplava a ampliação do acesso aos métodos anticoncepcionais no SUS, incluindo a laqueadura tubária e a vasectomia; o incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva; a implantação de redes de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; a garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2005a).

Apesar da existência dessas políticas, na prática, os sistemas de saúde ainda apresentam dificuldades para atender às singularidades de grupos prioritários incluídos na Pnaism, como as mulheres indígenas, negras, lésbicas e presidiárias. A efetividade do cuidado à mulher, na perspectiva da integralidade, ainda é um desafio na prática assistencial, permanecendo situações de discriminação e de desigualdade em todas as etapas do ciclo de vida da mulher, sobretudo em regiões de difícil acessibilidade aos serviços de saúde (SANTANA *et al.*, 2019). Quanto à

saúde reprodutiva materno-infantil, persistem problemas relacionados a qualidade de atenção ao parto, elevadas taxas de cesarianas, partos prematuros e obesidade infantil (LEAL *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde, orientado pelos princípios e pelas diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que reconhece e assume a necessidade de se estabelecer mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e de enfrentamento ao racismo institucional no SUS. Tal política visa à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população: precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência (BRASIL, 2017a).

Ainda em 2009, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, por meio de uma estruturação da rede de atenção obstétrica e neonatal e qualificação da assistência ao parto e nascimento, foi lançado o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal (PQM). O PQM sustentou-se nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS e das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher. Uma das preocupações que resultaram na elaboração desta revisão foi a grande divergência entre as práticas assistenciais existentes nos serviços e as práticas recomendadas pelas evidências científicas, além da violência institucional e de gênero. Dessa forma, o plano buscou a incorporação nos serviços de saúde das boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento e abolição daquelas ineficazes ou prejudiciais (BRASIL, 2012a).

Em 2011, o MS lançou o Programa Rede Cegonha com o objetivo de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento, qualidade do atendimento e resolubilidade, além de reduzir a mortalidade materna e infantil. A organização dessa rede envolve a articulação de todos os pontos de atenção: primária, secundária e terciária. Estrutura uma linha de cuidado integral desde o pré-natal e parto até o puerpério e tem como diretrizes assegurar o acolhimento com classificação de risco da gestante puérpera e recém-nascido, melhorar a qualidade da assistência pré-natal, garantir o vínculo da gestante à unidade de referência conforme sua necessidade, assegurar a transferência segura, implementar boas práticas de assistência humanizada ao parto e ao nascimento, assegurar o atendimento resolutivo e de qualidade às crianças até 2 anos de idade e garantir o direito da mulher ao planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Com base nessas diretrizes, o MS criou estratégias para implantação e monitoramento das redes de atenção materno-infantil no âmbito regional, incluindo a adesão dos estados e

municípios, definição das regiões de saúde, contratualização e qualificação dos pontos de atenção, estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, certificação e formação de Grupos Condutores Regionais, Estaduais e Municipais para apoio e avaliação periódica. O repasse financeiro e repactuação de metas com o MS ocorrerá de acordo com os resultados apresentados pelos estados e municípios (UFMA/UNA-SUS, 2015).

A Rede Cegonha representa um avanço na área de atenção integral à saúde das mulheres e das crianças, principalmente quanto à gestão do cuidado e gestão do sistema. Traz como inovação pontos de atenção diversificados: Centros de Parto Normal (CPN), casa de gestante de alto risco e alojamento para mães de bebês internados (RATTNER, 2014).

De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde de 2017, a fim de alcançar as metas da rede cegonha, foram realizados investimentos para implementação e qualificação de serviços especializados, tais como: Maternidades de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBPs), Centros de Parto Normal (CPNs), Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Utins), Unidades de Cuidado Intermediário (Ucincos) e Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucincas) (MS, 2018).

Em 2017, foram habilitados 56 serviços de Maternidades em Gestação de Alto Risco, 138 novos leitos de Utins, 116 novos leitos de Ucincas e 422 leitos de Ucincos. Além disso, houve transferência de recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes em 13 maternidades para adequação de ambiência, duas obras de CGBPs foram concluídas e oito habilitadas, seis obras de CPNs foram concluídas, no Acre, Ceará, Pará, Piauí, São Paulo e Tocantins e 26 outras obras de CPNs estão em execução (MS, 2018).

Apesar desses avanços, ainda persistem os desafios e problemas que fragilizam as estratégias de governança das redes regionais de assistência materno-infantil relacionadas ao financiamento do SUS e à comunicação de responsabilidades assistenciais e financeiras entre os estados e municípios (CUNHA, 2017).

Considerando a atenção à saúde da mulher, pré-natal e nascimento, alguns protocolos e diretrizes reúnem as melhores evidências científicas, dando suporte aos profissionais de saúde. Destacam-se o Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres do MS de 2016; as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana de 2016; as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal de 2017 e Recomendações da OMS para uma experiência positiva de cuidado pré-natal e intraparto, 2016 e 2018.

O Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres de 2016 sustenta-se nos princípios e diretrizes da Pnaism ao considerar ações ampliadas na perspectiva da integralidade do cuidado e da promoção da saúde. Está alinhado aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica

(Pnab), com vistas ao acolhimento com escuta qualificada e resolubilidade no cuidado aos usuários do SUS. Contempla desde temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério, atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, problemas/queixas e a prevenção dos cânceres prevalentes na população feminina (BRASIL, 2016a).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foram publicadas pelo MS com a finalidade de qualificar a atenção à gestante, resgatar o processo do parto como natural e fisiológico, considerando os aspectos emocionais, humanos e culturais de cada mulher. Os objetivos dessas diretrizes são padronização das práticas clínicas de assistência ao parto normal, redução de intervenções desnecessárias na assistência ao parto normal, divulgação das práticas baseadas em evidências científicas e recomendação de algumas práticas, respeitando a avaliação clínica do profissional de saúde e as expectativas e necessidades das mulheres e suas famílias (BRASIL, 2017b).

Nas últimas décadas, as operações cesarianas no Brasil atingiram taxas bem elevadas, chegando a 56,7%, sendo 85% nos serviços privados e 40% nos serviços públicos. Sabe-se que a cirurgia cesariana é essencial quando há indicações reais que comprometam o bem-estar materno-fetal, entretanto, quando realizada de maneira desnecessária, pode acarretar riscos inerentes ao procedimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (BRASIL, 2016b).

Diante dessa situação, a escolha da via de parto deve levar em consideração os benefícios à saúde da mãe e do recém-nascido, bem como os riscos associados. Essa decisão deve ser esclarecida e compartilhada com a gestante e sua família. Reconhecendo a grande divergência de opiniões dos profissionais quanto às indicações de cesariana, as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana do MS, que orientam os profissionais de saúde e a população sobre as melhores práticas baseadas em evidências científicas em relação a: casos de cesariana programada, parto vaginal após uma cesárea prévia, particularidades do cuidado ao recém-nascido em caso de cesariana e laqueadura tubária. As indicações de cesariana intraparto, de urgência ou relacionadas a comorbidades de gestantes de alto risco não foram abordadas nessas diretrizes (BRASIL, 2016b).

O guia de Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez contém 39 recomendações relacionadas às intervenções nutricionais; avaliação da mãe e do feto, incluindo recomendações relevantes referentes a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), uso de drogas lícitas e ilícitas, vírus da imunodeficiência adquirida e sífilis;

medidas preventivas; intervenções para sintomas fisiológicos comuns e intervenções para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais, tais como: caderno de anotações da mulher, continuidade dos cuidados prestados por parteiras, cuidados pré-natais de grupo, intervenções com base nas comunidades para melhorar a comunicação e o apoio, recrutamento e retenção de pessoal em zonas rurais e remotas e calendário de contatos para os cuidados pré-natais. Uma experiência positiva durante a gravidez está relacionada a boa saúde física materno-fetal, condições socioculturais adequadas, medidas de prevenção de riscos e tratamento de doenças, autonomia e autoestima da mãe e um trabalho de parto e parto eficazes (WHO, 2016).

A OMS publicou, em 2018, o guia *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, contendo recomendações para os cuidados durante o trabalho de parto e parto. Estabelece padrões de atendimento para gestantes saudáveis e recomenda reduzir intervenções médicas desnecessárias, como acelerar o trabalho de parto sem riscos reais de complicações. Quando a intervenção médica for necessária, deve ser discutido com a mulher e sua família, envolvendo-os na tomada de decisões sobre os cuidados que recebem. A nova recomendação reconhece que cada trabalho de parto é único e que a duração da primeira etapa do trabalho de parto não é igual para todas as mulheres (WHO, 2018a).

Esse documento contém 56 recomendações sobre o que é necessário para cada estágio do trabalho de parto, no pós-parto imediato e nos cuidados com o recém-nascido; inclui o direito a ter um acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto; o respeito às escolhas e a tomada de decisão da mulher na condução da dor e nas posições durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018a).

Ressalta-se que a implementação das políticas e programas por si só não garante a efetivação de direitos das mulheres, além da intencionalidade política, de grupos sociais organizados e dos profissionais de saúde, é preciso que o governo priorize a destinação de recursos financeiros para essa área (CUNHA, 2017).

As políticas e programas voltados para a atenção à saúde da mulher e materno-infantil possuem como objetivo comum a diminuição das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Constatou-se uma redução nessas taxas no decorrer dos anos, entretanto, os índices ainda permanecem elevados, sendo necessária a avaliação da eficiência e eficácia da implantação dessas políticas e o acompanhamento da qualidade dos serviços (CASSIANO *et al.*, 2014).

Um dos objetivos de desenvolvimento sustentável para se atingir até 2030 é a redução da mortalidade materna para 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por mil nascidos vivos e da mortalidade de crianças menores de 5 anos para

pelo menos 25 por mil nascidos vivos. Outro objetivo bastante relevante é o de alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas (ONU, 2020).

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, diretamente influenciada pelas condições socioeconômicas e de acessibilidade aos serviços de saúde. Reconhecendo as disparidades regionais no Brasil, as estratégias precisam ser planejadas conforme o perfil epidemiológico e sociodemográfico de cada região do país (TINOCO *et al.*, 2018).

A prevenção dos óbitos maternos pode ser alcançada por meio de ações clínicas e educacionais. Algumas dessas ações não necessitam da utilização de tecnologias avançadas de saúde, como planejamento familiar, vinculação aos serviços de pré-natal e à maternidade, orientações sobre os direitos sexuais e reprodutivos e educação em saúde voltada para identificação dos riscos gestacionais e condutas. O sub-registro dos óbitos maternos e a subnotificação dificultam o conhecimento da real situação da mortalidade materna no Brasil e consequentemente os investimentos financeiros do governo (GOMES *et al.*, 2018).

Diante do exposto, é preciso repensar o caminho percorrido até o momento quanto à implementação das políticas públicas voltadas para a qualidade da atenção à saúde da mulher com vistas a garantia dos direitos, humanização da assistência e melhoria dos indicadores de saúde (MAMEDE, 2015).

3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A promoção da saúde em sua forma mais restrita refere-se às ações preventivas voltadas para evitabilidade de doenças, reduz a incidência e a prevalência na população, focada nos aspectos biológicos, desconsiderando a dimensão histórico-social que envolve o processo de saúde e doença (SOUZA; LOCK, 2017).

De acordo com a OMS, o planejamento e a implementação de estratégias de promoção da saúde, incluindo os programas e políticas, devem ser realizados em conformidade com os princípios de concepção holística, intersectorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

A concepção holística compreende a saúde de forma mais ampliada, como um fenômeno socialmente produzido, que engloba todas as dimensões do ser humano, física, mental, social e espiritual. A operacionalização dessas ações depende da articulação e cooperação entre diversos saberes disciplinares e setores, legislativo, tributário, educacional, habitacional, agricultura, serviço social, cultura e lazer, além da participação social e

empoderamento, de forma a envolver e fortalecer a comunidade na tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998).

O princípio da equidade relaciona-se à justiça social, à extinção de diferenças que restringem a oportunidade de se alcançar o bem-estar em saúde. Ações multiestratégicas são uma combinação de diferentes métodos, tais como políticas públicas, mudanças organizacionais, questões legislativas, educacionais e de comunicação, de forma complementar e coordenada. A sustentabilidade é o desenvolvimento para um processo duradouro, em longo prazo, com capacidade de continuidade, adaptação e recuperação (WHO, 1998; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

As ações de promoção da saúde habitualmente encontram-se associadas às intervenções de educação em saúde tradicionais, destinadas à mudança de comportamento dos sujeitos e atividades preventivas (MASCARENHAS *et al.*, 2012). É preciso romper com o paradigma da promoção da saúde voltado para a prevenção de doenças que ainda persiste na concepção da população e considerar que suas estratégias devem abarcar os princípios da promoção da saúde discutidos anteriormente, com o propósito de envolver e fortalecer as pessoas em sua capacidade individual e coletiva para o enfrentamento dos determinantes de saúde, tornando-as corresponsáveis nesse processo (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

O Movimento de Educação Popular, historicamente, gerou mudanças nas práticas de educação em saúde, influenciado pelos movimentos sociais, comunitários e organizado por profissionais de saúde que não concordavam com a mercantilização dos serviços de saúde. Esta excluía a população mais necessitada e incluía práticas de assistência à saúde repetitivas, que não consideravam as reais necessidades da população. A nova concepção de educação considera a saúde como prática social voltada para os interesses das classes sociais, reconhece o saber popular já trazido pelos usuários dos serviços e estimula a análise crítica da realidade vivida pelos indivíduos (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Convém esclarecer as diferenças conceituais entre educação e promoção da saúde. A educação em saúde é um dos instrumentos da promoção da saúde fundamental para a capacitação do indivíduo por subsidiar condições para o melhor controle dos fatores determinantes da saúde, tais como socioambientais e de estilo de vida, podendo assim contribuir para a conquista do empoderamento (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Sícoli e Nascimento (2003) salientam que essa capacitação deve propiciar a participação social efetiva e o exercício democrático da cidadania, envolvendo a população na construção das políticas públicas e nas tomadas de decisão, de forma a fomentar transformações socioeconômicas e ambientais que refletem no campo da saúde. Sendo assim, deve ser entendida como um conjunto de

combinações de experiências de aprendizagem esquematizadas de forma a facilitar atitudes voluntárias, ou seja, não coercitivas, com total compreensão dos objetivos educativos, que conduzem à saúde (CANDEIAS, 1997).

Já a promoção da saúde envolve ações mais amplas, fundamentadas nas Cartas das Conferências Internacionais, engloba um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014a). Requer uma combinação de apoios educacionais e ambientais para se alcançarem as ações e condições de vida capazes de conduzir à saúde (CANDEIAS, 1997).

Destarte, a promoção da saúde apresenta-se como uma nova forma de se pensar e fazer saúde, que busca proporcionar melhores condições de vida para a população, a partir da reflexão sobre os determinantes sociais, ou seja, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que exercem influência sobre os problemas de saúde e condições de risco da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nos serviços de atenção à saúde, geralmente é o enfermeiro que assume a responsabilidade de desenvolver ações de promoção da saúde, sua abordagem pode trazer contribuições relevantes para a ruptura da hegemonia do modelo biomédico. As práticas educativas por meio de grupo de convivência são uma oportunidade relevante para a promoção da saúde com enfoque no empoderamento individual, ao estimular a autonomia e autocuidado direcionados para o gerenciamento do contexto de vida dos sujeitos com seus desafios e fragilidades. É preciso reforçar as ações comunitárias, o trabalho coletivo, multidisciplinar e intersetorial, bem como a criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento sustentável (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, foi um marco referencial na evolução da promoção da saúde. O documento destaca a necessidade de capacitação comunitária e participativa no processo de promoção da saúde para a conquista de uma melhor qualidade de vida e de saúde. Reforça a necessidade de planejamento de ações por parte de todos os setores envolvidos: governo, sociedade, organizações voluntárias e não governamentais, indústria e mídia (CARTA de Ottawa, 1986).

As ações de promoção da saúde objetivam propiciar condições de paz, justiça, igualdade, moradia, educação, alimentação, renda, sustentabilidade dos recursos e um meio ambiente estável e favorável. Um dos seus pontos principais deve ser a preparação das pessoas para desenvolverem seu potencial de saúde, instrumentalizando-as com informação e

habilidades para realizarem escolhas de forma consciente e saudável. As desigualdades sociais, culturais e econômicas de cada país e região, bem como suas necessidades e possibilidades, devem ser identificadas e refletidas durante a formulação de estratégias e programas de promoção da saúde (CARTA de Ottawa, 1986).

Diversas conferências internacionais reforçaram as declarações constantes em Alma-Ata e Carta de Ottawa para promoção da saúde, conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Síntese das Conferências de Promoção da Saúde

Conferência	Ano	Tema central	Destaques na área de saúde da mulher
Recomendações de Adelaide, Austrália	1988	“Políticas públicas saudáveis”. A intersectorialidade e a ação comunitária para a construção de políticas públicas saudáveis.	Práticas de parto baseadas nas escolhas e necessidades das mulheres e direitos trabalhistas iguais entre homens e mulheres, com medidas de apoio à mulher: licença-maternidade e licença para acompanhar filhos em situação de doença.
Declaração de Sundsvall, Suécia	1991	“Promoção da saúde: ambientes favoráveis à saúde”. Criação de um ambiente mais favorável e promotor da saúde e da justiça social.	Incita a discussão sobre as ações de planejamento familiar devido à preocupação com o rápido crescimento populacional. Necessidade de reconhecimento e inclusão das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico.
Declaração de Santafé de Bogotá, Colômbia	1992	“Promoção da saúde na América Latina”, com o objetivo de proporcionar condições de bem-estar geral, estabelecendo-se uma relação mútua entre saúde e desenvolvimento.	Firma o compromisso com a extinção das diferenças sociais sobre a mulher; considerando-a um elo imprescindível na promoção da saúde.
Declaração de Jacarta, Indonésia	1997	“Novos protagonistas para uma nova era: orientando a promoção da saúde pelo século XXI adentro”. Afirmou a necessidade de atuar sobre os determinantes sociais de saúde e incluiu o	Traz como um dos pré-requisitos para a saúde o direito de voz das mulheres e o respeito aos seus direitos humanos e de equidade.

		setor privado como apoio às ações.	
Declaração do México	2000	“Promoção da saúde: rumo a maior equidade”. Reconhece a promoção da saúde como componente fundamental das políticas e programas públicos em busca de equidade e melhor saúde para todos.	Aponta a necessidade de participação ativa de todos os setores e da sociedade civil, incluindo as mulheres ¹ , na implementação das ações de promoção da saúde para fortalecer e ampliar as parcerias na área da saúde.
Carta de Bangkok, Indonésia	2005	“Políticas e parcerias: abordando os determinantes de saúde”. Afirma que as políticas e parcerias destinadas a empoderar as comunidades e melhorar a saúde e a equidade devem ser o foco principal na agenda do desenvolvimento mundial.	Os projetos comunitários como as organizações de mulheres são eficazes na promoção da saúde.
Nairobi chamada à ação, Quênia	2009	“A urgência da promoção da saúde”. Destaca a importância da alfabetização em saúde e a necessidade de fortalecer a liderança em promoção da saúde, empoderar as comunidades e indivíduos inserindo-os em processos participativos de promoção da saúde	Desenvolver ações de promoção da saúde integradas a programas prioritários como o de saúde materno-infantil.
Declaração de Helsinki, Finlândia	2013	“Saúde em todas as políticas”. Defende a intersectorialidade na saúde, enfatiza que as políticas públicas influenciam diretamente os sistemas de saúde, os determinantes da saúde e o bem-estar social. Tem como objetivo proporcionar aos indivíduos e comunidade um elevado conhecimento sobre saúde.	O acesso ao mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independentemente de gênero.
Declaração de Curitiba	2016	Garantir a democracia e os direitos humanos em todos os países do mundo.	Implementação de políticas, em todos os níveis do governo, que promovam a

		<p>Promover os direitos sociais e a saúde para todos em um mundo inclusivo e sustentável. Reconhece que austeridade causa iniquidade, a saúde é um direito humano e não deve ser tratada como mercadoria. Um sistema social e econômico que acelera a acumulação de capital e resulta em concentração extrema de riqueza é inconsistente com o alcance de metas de equidade.</p>	<p>equidade de gênero, raça e etnia.</p>
<p>Declaração de Shanghai, China</p>	<p>2016</p>	<p>“Promoção da saúde na agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”. Pilares temáticos: boa governança com abordagens transformadoras, saúde, cidades e alfabetização em saúde. Ressaltou o desafio de transformar as áreas de ação da carta de Ottawa em ferramentas que contribuam para o alcance de todos os objetos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.</p>	<p>Políticas de promoção da saúde que contribuam para empoderar as mulheres, garantir e proteger os direitos das pessoas independentemente de gênero e orientação sexual.</p>
<p>Declaração de Astana, Cazaquistão</p>	<p>2018</p>	<p>“Conferência Global de Atenção Primária à Saúde (APS)” com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde. Ações: capacitar e fortalecer as pessoas para exercerem a autonomia sobre sua saúde, incluir a participação e a regulamentação do setor privado, alocando mais recursos financeiros para a saúde pública e os cuidados primários para melhorar a</p>	<p>Abordagens centradas nas pessoas, conforme suas necessidades, com ênfase na perspectiva de gênero. Manter e melhorar a saúde materna, neonatal, infantil e a saúde sexual e reprodutiva.</p>

		capacidade e a infraestrutura da saúde pública	
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora segundo BRASIL, 2002b; WHO, 2005, 2013, 2018b; OPAS, 2016a; XAVIER, 2017.

Nota: Destaques elaborados pela autora

Essas conferências discutiram sobre a elaboração de políticas e programas de promoção da saúde, com enfoque em determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, justiça e bem-estar social, participação e empoderamento das comunidades (BRASIL, 2002b; XAVIER, 2017; WHO, 2013). As políticas de incentivo e apoio à saúde da mulher também foram temas considerados prioritários, apesar do enfoque na fase reprodutiva presente nas primeiras discussões (FREITAS *et al.*, 2009).

A participação social e a democracia são questões essenciais, entretanto, frágeis na perspectiva de garantias permanentes, por isso a necessidade e o compromisso de se construir um processo educativo que esteja envolvido em diferentes espaços da sociedade e que busque aprimorar os direitos como conquistas sociais que precisam ser garantidas a todo momento (GERHARDT; FRANTZ, 2019).

A promoção da saúde é uma estratégia impulsionadora de mudanças não apenas no setor saúde, mas também na sociedade, a partir do resgate do cuidado humano nas práticas de saúde e da construção de relações sociais, pautadas em valores essenciais como o respeito, a ética e a solidariedade (MASCARENHAS *et al.*, 2012). O sucesso de suas ações também é influenciado por um financiamento adequado, recursos humanos capacitados e valorizados, redes de atenção à saúde articuladas em todos os níveis, primário, secundário e terciário (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Uma visão ampliada da promoção da saúde, de acordo com Becker e Heidemann (2020), deve incorporar ações que contemplem os cinco campos da Carta de Ottawa: elaboração e implantação de políticas públicas saudáveis, com diferentes abordagens interdisciplinares e intersetoriais; reforço da ação comunitária, com participação social e empoderamento da comunidade; desenvolvimento de habilidades pessoais, por meio da divulgação, informação e educação em saúde; reorientação do sistema de saúde, com uma abordagem centrada nas necessidades do usuário e criação de ambientes favoráveis, ao reconhecer que o meio ambiente influencia a qualidade de vida das pessoas.

A persistência de uma concepção de promoção da saúde sustentada em um modelo comportamental dificulta os avanços nessa área, sendo assim, a função dos profissionais de saúde não é julgar e prescrever comportamentos, mas atuar como facilitadores, por meio de

uma prática educativa libertadora, comprometida com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e comunidades na tomada de decisões com vistas a melhorar sua qualidade de vida (SOUZA; LOCK, 2017).

3.2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil

O período inicial de institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil foi marcado por acelerações e desacelerações no processo de formulação da política. Houve uma parceria importante com as instituições de ensino e pesquisa relacionadas ao tema, ampliando assim a discussão com as autoridades estaduais e municipais do sistema de saúde em defesa dos princípios da promoção da saúde no SUS: autonomia, equidade, integralidade, intersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social (MALTA *et al.*, 2016).

Com a criação do SUS, incorporando o conceito ampliado de saúde, surge a necessidade de desenvolver políticas públicas com diretrizes e ações voltadas para a promoção da saúde com a participação social na construção das mesmas, considerando que apenas o setor sanitário não consegue atender à transformação dos determinantes e condicionantes de saúde para assegurar alternativas saudáveis para a população. Sendo assim, o MS aprovou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que concretiza as normas sobre as políticas nacionais de saúde no SUS (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2018b).

Sob essa concepção de saúde ampliada e produzida socialmente, as intervenções com vistas à sua promoção devem ser construídas e compartilhadas com todos os sujeitos envolvidos, incluindo usuários, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, gestores e precisam ter como foco os problemas, as necessidades de saúde e seus fatores determinantes e condicionantes, de forma a subsidiar escolhas mais saudáveis de vida por parte dos indivíduos e comunidade (BRASIL, 2010a).

Uma abordagem interdisciplinar pode colaborar para a superação do modelo biomédico vigente, ao fomentar uma prática de cuidado integral que considera os aspectos gerais e os específicos de cada indivíduo e comunidade (SOUZA; LOCH, 2017). A saúde extrapola o campo biológico, deve abranger uma nutrição adequada, habitação, saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, ambiente limpo, apoio social, estilo de vida responsável (BUSS, 2000). Sendo assim, possui estreita relação com a política, a economia, o

meio ambiente e os fatores socioculturais, o que depende da atuação governamental a fim de garantir as condições adequadas para o alcance da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

As estratégias de promoção precisam operar de forma associada às diretrizes da PNPS, que são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, empoderamento e autonomia, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, sustentabilidade e territorialidade (BRASIL, 2018b, 2014a, 2010a). Os valores fundantes da PNPS também devem ser respeitados, que são a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social (BRASIL, 2014a). Os temas prioritários para abordagem apontados pela PNPS foram: capacitação e educação permanente; nutrição adequada e saudável, importância e benefícios do aleitamento materno, prática de atividades físicas; combate ao tabagismo, etilismo e outras drogas; promoção da mobilidade segura; incentivo à cultura da paz, aos direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010a, 2018b).

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), a implementação dos princípios da promoção da saúde encontra dificuldades no campo da prática, no qual se observam ações desarticuladas. Para operacionalização da PNPS, são necessárias práticas de trabalho em saúde individuais e coletivas, em uma abordagem multidisciplinar, integrada e em redes de atenção à saúde, voltadas para as necessidades em saúde da população de forma articulada com os diversos setores, em um determinado território (BRASIL, 2018b).

As práticas pedagógicas de educação em saúde voltadas para o empoderamento das pessoas e comunidades devem utilizar estratégias dialógicas, participativas, que estimulem o poder criativo e o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (BRASIL, 2009). Salci *et al.* (2013) salientam que todos os momentos de interação com os usuários, como as consultas, a realização de procedimentos técnico-assistenciais de enfermagem, os grupos, as salas de espera, são propícios para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Com o objetivo de disseminar, integrar e promover as principais diretrizes da PNPS para os atores do SUS e a sociedade, foi criado um dispositivo de publicidade e comunicação social, sob o título “Da Saúde se Cuida Todos os Dias”. A grande novidade dessa campanha foi a inclusão do eixo de incentivo ao parto normal, que não foi abordado pela portaria de redefinição da PNPS, em novembro de 2014. Uma das maneiras mais eficientes de enfrentar os elevados índices de cesariana é por meio da informação e estímulo ao parto normal, mobilização social e empoderamento das mulheres, além de estratégias de mudanças no modelo de assistência

obstétrica, com a inserção da enfermeira obstetra no cuidado e alterações na forma de financiamento e regulação da atenção obstétrica (MALTA *et al.*, 2016).

No Brasil, a construção e a implementação de políticas públicas de saúde, incluindo as estratégias de promoção da saúde, sofrem influência da estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, da prevalência cultural setorializada e competitiva, da ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e da hegemonia biomédica na área da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009). A intersetorialidade na saúde, articulando ações sanitárias, sociais, culturais, ambientais e econômicas, requer um pacto pela saúde e pela melhoria da qualidade de vida da população como decisão política, a ser operacionalizada nos níveis institucional, programático e orçamentário (BUSS; CARVALHO, 2009; SOUZA; LOCH, 2017).

Além da articulação entre os diversos setores citados, faz-se necessária a criação de espaços coletivos de diálogo entre profissionais de saúde e população, escuta ativa e qualificada que considere as experiências e saberes dos sujeitos e de suas comunidades, para, a partir daí, construir coletivamente uma melhor compreensão sobre os determinantes do processo saúde-doença e buscar alternativas mais saudáveis para a vida (BRASIL, 2020b).

Vale destacar que alguns profissionais apresentam limitações para a execução e a criação de novas práticas identificadas com os referenciais de participação social e compartilhamento do conhecimento, o que pode ocorrer devido à falta de valorização de temas como a educação e saberes pedagógicos na formação dos profissionais de saúde, a escassez de recursos humanos, a falta de estrutura adequada, materiais e recursos financeiros para realização de atividades coletivas (MELO, 2018).

Dessa forma, a promoção da saúde com vistas ao alcance de um nível elevado de saúde e de qualidade de vida requer o desenvolvimento de ações amplas que vão além da prestação de cuidados assistenciais e preventivos, incidindo sobre os determinantes de saúde, por meio de políticas públicas, articulação e cooperação intersetorial e interdisciplinar, mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados, participação ativa da população (BUSS, 2000).

3.3 ESTRATÉGIAS DE AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A assistência pré-natal tem o objetivo de acompanhar o desenvolvimento da gestação, identificar precocemente os riscos gestacionais e intervir de maneira oportuna, além de abordar

problemas psicossociais e realizar ações educativas que são fundamentais no cuidado pré-natal (BRASIL, 2013b).

A OMS defende um modelo de atenção pré-natal centrado na pessoa, com práticas de cuidado clínico integral, eficazes e com orientações oportunas em cada momento, para isso os profissionais de saúde precisam desenvolver, além das habilidades técnico-científicas, habilidades interpessoais para que possam oferecer um adequado apoio emocional e psicossocial à gestante e sua família (WHO, 2016).

O número de consultas de pré-natal está diretamente associado a uma maior satisfação com o cuidado, portanto a OMS recomenda no mínimo oito consultas durante a gestação, sendo uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo trimestre e cinco no terceiro trimestre (WHO, 2016). Destaca-se também que, com esse quantitativo de consultas de pré-natal, as gestantes terão mais oportunidades de receberem as orientações em saúde de que necessitam.

O MS recomenda a discussão dos seguintes temas de educação em saúde: apoio ao aleitamento materno, sinais de início do trabalho de parto, incentivo ao parto normal, adoção de estilos de vida saudáveis, reconhecimento dos sinais de risco gestacional, importância da continuidade das consultas de pré-natal, puerpério e consultas de puericultura, direitos do casal grávido, uso de medicamentos na gestação e malefícios do tabagismo, ingestão de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013b). Essas orientações educativas podem ser realizadas individualmente, no momento das consultas ou em grupos de gestantes.

Uma alternativa ao atendimento pré-natal individual é a implementação de consulta de pré-natal em grupos de acordo com a idade gestacional e respeitando a preferência da mulher, para isso o serviço deve subsidiar: profissionais da saúde qualificados, infraestrutura adequada ao número de gestantes, com espaços amplos, ventilados, assentos confortáveis, sala privativa para realização de exame físico e para conversas individuais com os profissionais de saúde de acordo com a necessidade da mulher (WHO, 2016).

Os espaços de grupos educativos são uma importante estratégia de construção do conhecimento por meio da troca de experiências e saberes populares e científicos, fortalecimento de vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, aprendizado, esclarecimento de dúvidas, o que contribui para o empoderamento e a autonomia da mulher na tomada de decisões. Além disso, os grupos permitem que os profissionais identifiquem as necessidades de cuidado dessas mulheres e reflitam sobre sua prática de forma a melhor planejar e executar o cuidado (ALVES *et al.*, 2019).

Os benefícios em longo prazo dos cuidados de pré-natal em grupos de gestantes foram constatados no estudo de Hackley *et al.* (2019), pois as mulheres que participaram desses

grupos recordaram conteúdos e ainda realizavam algumas práticas discutidas, tais como: ingestão de alimentos mais saudáveis utilizando receitas compartilhadas no grupo, medidas de controle do estresse como meditação, caminhadas, leitura, reunião com os amigos e uma melhor relação com os filhos, parceiro e familiares (HACKLEY *et al.*, 2019).

Quanto ao momento de realização das ações educativas, elas mostraram-se mais eficazes quando iniciadas durante o pré-natal e continuadas no período puerperal e foram associadas a resultados obstétricos favoráveis como: menor prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer, início precoce e maior duração do aleitamento materno (SILVA *et al.*, 2016a; HERVAL *et al.*, 2019). Essas estratégias devem ser planejadas e implementadas levando em consideração o contexto social, cultural, econômico e ambiental de cada mulher (HERVAL *et al.*, 2019).

Um tema bastante relevante a ser discutido durante o pré-natal e no pós-parto é o aleitamento materno. O processo de ensino-aprendizagem de mães para a amamentação é mediado de forma direta por experiências anteriores, pelo momento vivencial presente, por outras mulheres da família e por profissionais de saúde (ROCHA *et al.*, 2018).

Sendo assim, o desenvolvimento de estratégias educativas que incluam membros da família da mulher é essencial para a construção e consolidação de um conhecimento coeso, livre de divergências, que realmente oriente a mãe e não seja motivo de confusão (ROCHA *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde devem pautar suas ações em parceria com a família da nutriz, inserindo-a como participante ativa nesse processo, incentivando-a a apoiar a mulher com interferências positivas e não negativas (DIAS *et al.*, 2016). O grau de conhecimento da mãe sobre o aleitamento materno influencia diretamente a intenção de amamentar, a duração do aleitamento materno exclusivo e o tipo de alimentação do seu bebê (SUAREZ-COTELO *et al.*, 2019).

Outra temática que precisa ser discutida com a gestante durante o pré-natal diz respeito à preparação para o parto. Um estudo de revisão sistemática e metanálise sobre as intervenções no pré-natal e intraparto para uma experiência de parto positiva identificou como uma das estratégias para essa percepção a preparação para o parto durante o pré-natal por meio de aulas de parto, com a utilização do instrumento plano de parto (TAHERI *et al.*, 2018). A forma como a mulher irá agir durante o parto é influenciada pelos conhecimentos adquiridos sobre este processo em sua fase gestacional.

Diante do caráter imprevisível da gestação e do período pós-parto, o estudo de Izudi *et al.* (2019) reforçou que as mulheres devem receber informações apropriadas e consistentes sobre os riscos e complicações obstétricas que podem surgir e ser preparadas para lidar com

essas situações caso ocorram. Nessa perspectiva, para esses autores, a preparação para o parto e a prontidão para complicações, proporcionadas pela educação em saúde melhoram a utilização, em momento oportuno, dos serviços de saúde materno-infantil.

Convém ressaltar que, durante a gestação, alguns hábitos de vida podem trazer consequências para a gestante e o bebê, como excesso de ganho de peso gestacional, tabagismo, alcoolismo, uso de outras drogas e sedentarismo. Sendo assim, ações de educação voltadas para promover mudanças de comportamentos são fundamentais e sua eficácia deve estar atrelada a habilidades de persuasão e incentivo dos profissionais de saúde, que precisam investigar em cada caso a capacidade, a oportunidade e a motivação das gestantes para mudança dos comportamentos prejudiciais, com vistas ao enfrentamento das barreiras que as impedem de adotar hábitos de vida mais saudáveis (ZINSSER *et al.*, 2020).

As práticas educativas no pré-natal devem estar permeadas pela escuta atenta, estabelecimento de vínculo e responsabilização de forma a contribuir para o autocuidado da gestante, puérpera e para o cuidado do recém-nascido (SILVA, 2017). As mulheres devem estar munidas de conhecimento para terem a oportunidade de tomar as melhores decisões sobre seu acompanhamento e tratamento, em conjunto com os profissionais de saúde (SMS/RJ, 2016)

A efetividade de um programa de educação materna envolve disponibilidade de tempo dos profissionais e recursos financeiros, deve abranger a discussão de temas prioritários e avaliar os resultados de cada temática de acordo com as especificidades da mulher (PAZ-PASCUAL *et al.*, 2019). De acordo com Paz-Pascual *et al.* (2019), enfoque maior deve ser dado a início e manutenção da amamentação, orientações sobre o compartilhamento da tomada de decisões no momento do parto, dificuldades no período pós-parto, estratégias de enfrentamento, aconselhamento e incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Apesar de serem fundamentais no cuidado pré-natal integral das gestantes, as práticas educativas ainda são escassas nos serviços de atenção à saúde, conforme evidenciado nos estudos a seguir.

Um estudo de avaliação da assistência pré-natal no Brasil, realizado com 23.894 puérperas, identificou um baixo índice de informações recebidas durante o cuidado pré-natal, especialmente orientações sobre as práticas facilitadoras do parto normal, evidenciando assim a insuficiência dos serviços de pré-natal em preparar as mulheres para o parto e para o aleitamento materno (VIELLAS *et al.*, 2014).

A realização de seis ou mais consultas de pré-natal conforme recomendado pelo MS proporciona à gestante maior oportunidade de receber orientações pertinentes ao ciclo

gravídico-puerperal, entretanto o estudo de Silva *et al.* (2018a), realizado com 140 gestantes de alto risco do Maranhão, evidenciou que, apesar da realização do número de consultas preconizado, 91,4% não receberam orientações voltadas para cuidados durante a gestação. Tal resultado vai ao encontro dos achados do estudo de Gonçalves *et al.* (2017). Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam assumir seu papel de educadores, compartilhando saberes e buscando incentivar a autoconfiança da mulher para viver a gestação e o parto de forma tranquila e segura (JARDIM *et al.*, 2019).

Diante do exposto, as estratégias de ações educativas no pré-natal precisam fazer parte do cotidiano dos profissionais dessa área. Com o objetivo de identificar as estratégias educacionais utilizadas por profissionais de saúde, tendo como público-alvo gestantes, foi realizada uma revisão bibliográfica.

Os descritores foram selecionados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Os dados foram coletados por meio da busca dos artigos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

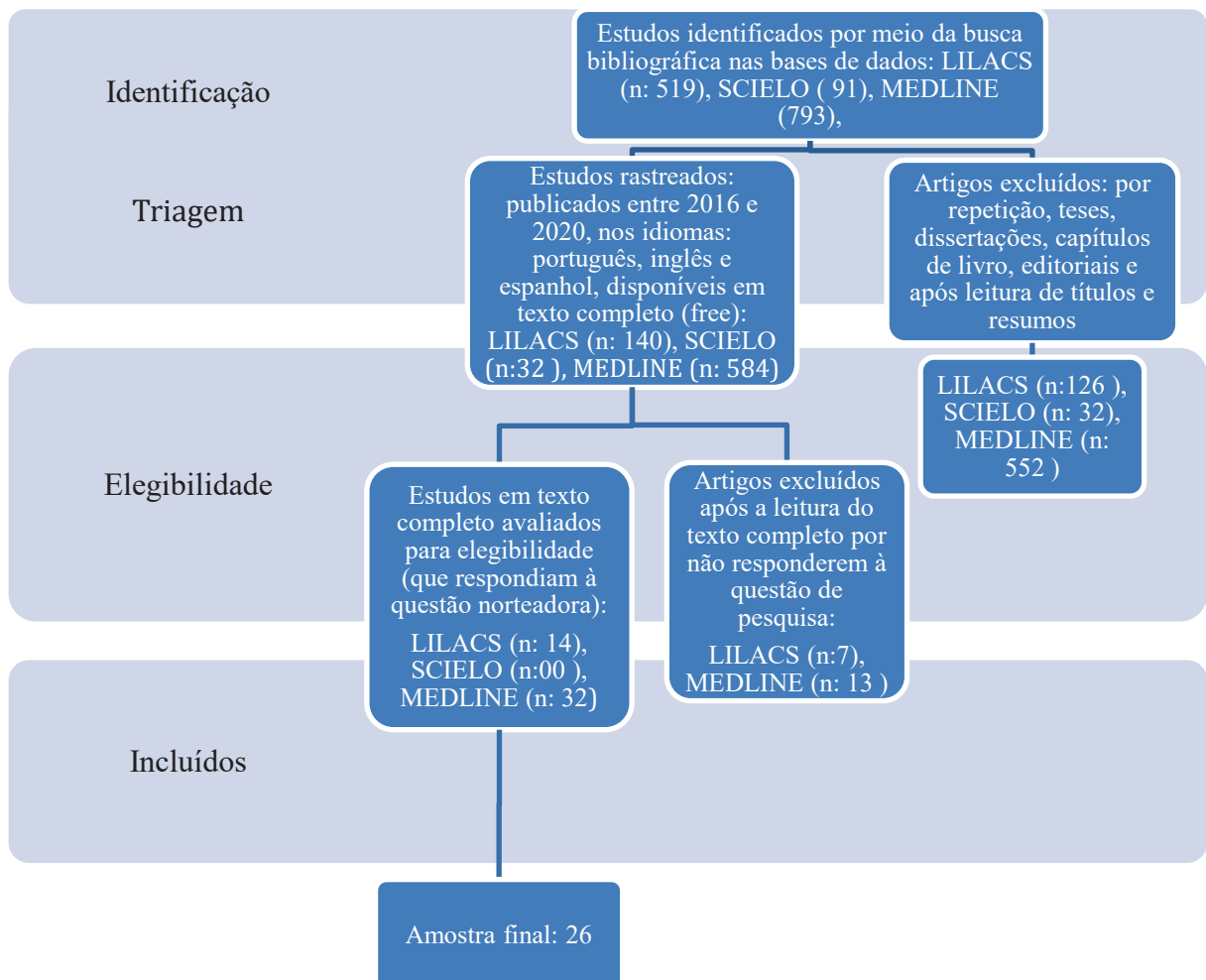
Os critérios de inclusão foram: estudos publicados no período de 2016 a 2020, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondiam à questão norteadora: Quais as estratégias educacionais realizadas pelos serviços de saúde tendo como público-alvo mulheres gestantes? Foram excluídos estudos de revisão, dissertações, teses, monografias, capítulos de livro, editoriais, estudos repetidos nas bases de dados e aqueles que não respondiam à questão norteadora.

Os descritores utilizados foram: educação em saúde, cuidado pré-natal, estratégias, gestantes, aprendizagem, saúde materno-infantil, educação pré-natal, promoção da saúde, comunicação e conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Utilizou-se o operador *booleano* AND para refinar a busca dos estudos por meio da união de descritores em cada base de dados da seguinte forma: “educação em saúde” AND “cuidado pré-natal” AND “estratégias”; “educação em saúde” AND “gestantes” AND “estratégias”; “aprendizagem” AND “cuidado pré-natal”; “aprendizagem” AND “saúde materno-infantil”; “educação pré-natal” AND “estratégias”; “promoção da saúde” AND “cuidado pré-natal” AND “estratégias”; “promoção da saúde” AND “saúde materno-infantil” AND “estratégias”; “comunicação” AND “gestantes” AND “estratégias”; “conhecimentos, atitudes e prática em saúde” AND “saúde materno-infantil”.

Inicialmente, realizou-se a leitura do título das publicações, seguida de leitura criteriosa do resumo; nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para verificar a adequação ao objetivo desta pesquisa, procedeu-se à leitura do texto completo, em busca de resposta à questão norteadora do estudo.

A estratégia de busca possibilitou a captura de 1.403 artigos, dos quais 756 foram pré-selecionados após filtros por ano, idiomas e texto completo disponível sem custo. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 46 publicações foram consideradas elegíveis para o estudo. A leitura do texto completo desses 46 artigos foi realizada e selecionados 26, que compuseram a amostra final, conforme demonstrado na Figura 2:

Figura 2- Fluxograma de seleção dos artigos da revisão bibliográfica



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Para a categorização dos dados, foram extraídas informações quanto a periódico, *Qualis*, ano de publicação, local de realização dos estudos, título, autoria, delineamento do estudo, estratégia educativa e conclusão, de maneira a formar o banco de dados, apresentadas no Quadro 2. A apresentação da síntese desses estudos contemplou informações sobre as estratégias educativas utilizadas, os temas abordados e a conclusão do estudo, descritas no Quadro 3 (APÊNDICE 1).

Quadro 2- Características dos estudos selecionados, quanto a periódico, ano de publicação, *Qualis*, local de realização dos estudos, título e autoria

Estudo	Periódico/ Ano de publicação	<i>Qualis</i>	Cidade/ País do estudo	Título/ Autores	Delineamento do estudo
E1	Nursing 2020	B2 Enfermagem	Três Lagoas MS/ Brasil	Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção da saúde Silva, M.E.P.; Jurado, S.R.; Feitosa, L.G. <i>et al.</i>	Qualitativo do tipo relato de experiência
E2	Rev Fun Care Online 2019	B2 Enfermagem	Acarape CE Brasil	Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal Lima, V.K.S.; Hollanda, G.S.E.; Oliveira, B.M.M. <i>et al.</i>	Qualitativo, descritivo
E3	Cad. Saúde Pública 2019	B1 Enfermagem	Palhoça SC Brasil	Evaluating the effectiveness of an educative workshop for pregnant women using pre and post intervention surveys Nunes, R.D.; Puel, A.G., Gomes, N.; Traebert, J.	Quantitativo, transversal com delineamento pré e pós- intervenção
E4	Rev. Gaúcha Enferm. 2016	B1 Enfermagem	Fortaleza CE Brasil	Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal	Qualitativo, descritivo

				Queiroz, M.V.O.; Menezes, G.M.D.; Silva, T.J.P. <i>et al.</i>	
E5	Acta paul. enferm. 2020	A2 Enfermagem	Teresina PI/Brasil	Evaluation of a prenatal virtual learning object for pregnant adolescents in primary care Santiago, R.F.; Andrade, E.M.L.R.; Mendes, I.A.C. <i>et al.</i>	Quantitativo, metodológico , tecnológico
E6	Aquichan 2017	B1 Enfermagem	Pacatuba CE Brasil	The Association between Self-efficacy in the Puerperal Pregnancy Cycle and the Type of Breastfeeding Uchoa, J.L.; Joventino, E.S.; Javorski, M. <i>et al.</i>	Quantitativo, longitudinal
E7	PLoSOne 2019	A2 Enfermagem	Kiambu Quênia	Effect of community- based health education knowledge and attitude towards iron and folicacid supplementation among pregnant in Kiambu Country, Kenya: A quase experimental study Kamau, M.; Mirie, W.; Kimani, S.; Mugoya, I.	Quantitativo, quase- experimental
E8	PLoSOne 2016	A2 Enfermagem	Províncias do Alto e Baixo Egito	Promoting Healthy Behaviors among Egyptian Mothers: A Quasi-Experimental Study of a Health Communication Package Delivered by Community Organizations Brasington A.; Abdelmegeid, A.; Dwivedi, V. <i>et al.</i>	Quantitativo, quase- experimental

E9	Rev Gaúcha Enferm. 2019	B1 Enfermagem	Fortaleza CE Brasil	Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde Alves, F.L.C.; Castro, E.M.; Souza, F.K.R. <i>et al.</i>	Qualitativo, descritivo
E10	BMC Women's Health 2017	B1 Enfermagem	San Diego EUA	Using theory-based messages to motivate U.S. pregnant women to prevent cytomegalovirus infection: results from formative research Levis, D.M.; Hillard, C.L.; Price, S.M. <i>et al.</i>	Qualitativo, descritivo
E11	Global health promotion 2016	B1 Saúde Coletiva	Camarões	Bobbi Be Best: the development and evaluation of an audio program and discussion guide to promote exclusive breastfeeding in Cameroon, Central Africa Reinsma, K.; Bolima, N.; Fonteh, F. <i>et al.</i>	Quantitativo, quase-experimental
E12	Eur J Public Health 2017	A2 Enfermagem	Khuzistão Irã	Nutrition modification aimed at enhancing dietary iron and folic acid intake: an application of health belief model in practice Araban, M.; Baharzadeh, K.; Karimy, M.	Quantitativo, quase-experimental
E13	BMC Pregnancy Childbirth 2020	B1 Enfermagem	Zona rural da Nigéria	Unlocking community capabilities for addressing social norms/practices: behavioural change intervention study to improve birth preparedness and complication readiness among pregnant women in rural Nigeria	Quantitativo transversal pré-pós-intervenção

				Eze, I.I.; Mbachu, C.O.; Ossai, E.N. <i>et al.</i>	
E14	BMC Womens Health 2020	B1 Enfermagem	Tabriz/ Irã	The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial Shafaei, F.S.; Mirghafourvand, M.; Havizari, S.	Quantitativo. Ensaio clínico randomizado
E15	Prenat Diagn 2019	A2 Medicina	Amsterdam Holanda	Digital vs face-to-face information provision in patient counselling for prenatal screening: A noninferiority randomized controlled trial de Leeuw, R.A.; van der Horst, S.F.B.; de Soet, A. M., et al.	Quantitativo, prospectivo, controlado por agrupamento e randomizado
E16	Midwifery 2019	A1 Enfermagem	Irbid Jordânia	Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized Abuidhail, J.; Mrayan, L.; Jaradat, D.	Quantitativo, prospectivo controlado randomizado

E17	Matern Fetal Neonatal Med 2018	B2 Biotecnologia	Miandoab Irã	Comparing the effect of e-learning and educational booklet on the childbirth self-efficacy: a randomized controlled clinical trial Abbasi, P.; Mohammad-Alizadeh S.C.; Mirghafourvand, M.	Quantitativo, Estudo clínico controlado randomizado
E18	Front Public Health 2020	B1 Interdisciplinar	Nepal	MANTRA: Improving Knowledge of Maternal Health, Neonatal Health, and Geohazards in Women in Rural Nepal Using a Mobile Serious Game Mueller, S.; Soriano, D.; Boscor, A., et al.	Quantitativo- Qualitativo
E19	Reprod Health 2019	B1 Enfermagem	Região de Dodoma Tanzânia	Improving pregnant women's knowledge on danger signs and birth preparedness practices using an interactive mobile messaging alert system in Dodoma region, Tanzania: a controlled quasi experimental study Masoi, Theresia J; Kibusi, Stephen, M	Quantitativo, quase-experimental
E20	Matern Child Health J 2017	A2 Enfermagem	Chicago Illinois/ EUA	House Parties: An Innovative Model for Outreach and Community-Based Health Education. Anderson-Reeves, T.; Goodman, J.; Bragg, B.; Leruth, C.	Qualitativo
E21	BMC Public Health 2016	A2 Enfermagem	Províncias do Vietnã: Dien Bien, Hoa Binh, Thanh Hoa An Giang	Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam Aiga, H.; Nguyen, V. D.; Nguyen, C.D. <i>et al.</i>	Quantitativo Survey e Qualitativo

E22	Afr Health Sci 2016	—	Comunidades rurais no leste de Uganda.	Community-made mobile videos as a mechanism for maternal, newborn and child health education in rural Uganda: a qualitative evaluation Mutanda, J. N.; Waiswa, P.; Namutamba, S.	Qualitativo descritivo
E23	Am J Health Promot 2016	—	Connecticut, Rhode Island New Iorque EUA	Using mHealth to Deliver Behavior Change Interventions Within Prenatal Care at Community Health Centers Mauriello, L.M; Van Marter, D. F; Umanzor, C.D. <i>et al.</i>	Quantitativo, ensaio clínico randomizado
E24	BJOG 2017	A1 Interdisciplinar	Melbourne Austrália	A mobile health intervention promoting healthy gestational weight gain for women entering pregnancy at a high body mass index: the txt4two pilot Willcox, J.C.; Wilkinson, S.A.; Lappas, M. <i>et al.</i>	Quantitativo, ensaio clínico controlado randomizado
E25	Reprod Health 2019	B1 Enfermagem	Achham Nepal	The power of peers: an effectiveness evaluation of a cluster-controlled trial of group antenatal care in rural Nepal Thapa, P.; Bangura, A.H.; Nirola, I. <i>et al.</i>	Quantitativo prospectivo não randomizado e qualitativo descritivo
E26	Rev. bras. promoç. Saúde 2018	B3 Enfermagem	Sobral CE/Brasil	Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde Silva, M. A. M.; Marques, F. M.; Brito, M. C. C. <i>et al.</i>	Qualitativo, pesquisa-ação

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os estudos selecionados foram publicados entre 2016 e 2020, sendo que a maioria das publicações ocorreu nos anos de 2019 (30,77%) e 2016 (23,07%), com predominância de estudos internacionais (69,23%).

Entre os oito estudos nacionais (30,77%), a maioria (62,5%) foi realizada na Região Nordeste, no estado do Ceará. As demais publicações nacionais ocorreram nos estados de Mato Grosso do Sul, Piauí e Santa Catarina. Quanto aos 18 estudos internacionais, a maioria (38,89%) foi realizada em países asiáticos: Irã (3), Nepal (2), Vietnã (1) e Jordânia (1). O continente africano concentrou 33,34% dos estudos, nos seguintes países: Quênia, Camarões, Nigéria, Tanzânia, Egito. As demais publicações ocorreram nos Estados Unidos (3), Holanda (1) e Austrália (1).

Em relação ao delineamento do estudo, predominaram estudos quantitativos, 61,54%, seguidos dos estudos qualitativos (30,77%) e, por último, estudos de método misto (7,69%). Foi realizada busca na plataforma Sucupira quanto ao *Qualis* dos periódicos: 19 tiveram classificação na área da enfermagem, sendo nove (47,37%) classificados como B1, seis periódicos (31,58%) com classificação A2, dois (10,53%) classificados como B2, um periódico A1 (5,26%) e apenas um (5,26%) teve classificação *Qualis* mais baixa, B3. Os outros cinco periódicos tiveram classificação *Qualis* em outras áreas: B1 em saúde coletiva, A2 em medicina, B2 em biotecnologia, B1 na área interdisciplinar e A1 interdisciplinar. Apenas dois periódicos não tiveram classificação *Qualis* em nenhuma área, o *American Journal Health Promotion* e o *African Health Sciences*.

Diversas temáticas relacionadas à saúde materna e infantil foram abordadas pelos estudos selecionados: importância do pré-natal, mudanças corporais e emocionais da gestação, desenvolvimento da gravidez, queixas comuns na gestação, trabalho de parto, parto, trabalho de parto prematuro, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, riscos gestacionais e do período pós-parto, riscos relacionados ao recém-nascido, cuidados no puerpério, nutrição, saúde bucal, hábitos de vida saudáveis (atividade física, cessação do uso de álcool e tabaco), prevenção de citomegalovírus, suplementação de ferro e ácido fólico na gestação, participação do parceiro, condutas para aliviar o estresse, triagem neonatal e planejamento familiar. Os temas mais recorrentes foram: aleitamento materno, alimentação saudável, trabalho de parto e parto e cuidados com o recém-nascido.

Outras temáticas apareceram em menor frequência, os estudos de Brasington *et al.* (2016) e Anderson-Reeves *et al.* (2017) abordaram o planejamento familiar, Mutanda *et al.* (2016) destacaram a importância da participação do parceiro, Levis *et al.* (2017) explanaram sobre a prevenção de citomegalovírus, Kamau *et al.* (2019) discutiram a importância da

suplementação de ferro e ácido fólico e De Leeuw *et al.* (2019) discorreram sobre a triagem pré-natal para anomalias congênitas.

Ações voltadas para o planejamento familiar são necessárias para evitar uma futura gravidez indesejada. As gestantes também precisam ser informadas durante o pré-natal sobre os métodos contraceptivos disponíveis, sua eficácia e contra-indicações para que possam fazer a melhor escolha no período puerperal (DEV *et al.*, 2019).

Apesar de o foco desta revisão não ter sido ações educativas voltadas para o parceiro, reconhece-se que o vínculo do pai no processo gestacional e puerperal é essencial. Um estudo quase-experimental de intervenção comunitária identificou que o envolvimento dos pais, fornecendo apoio às suas parceiras, esteve associado ao início precoce do aleitamento materno e a maiores chances de aleitamento materno exclusivo (BICH *et al.*, 2019). O parceiro é uma pessoa de confiança da gestante e tem um papel fundamental no suporte a ela, seu envolvimento pode contribuir para uma melhor qualidade no tratamento de saúde da gestante (BONIFÁCIO *et al.*, 2019). Portanto, estratégias que incentivem a participação dos companheiros das mulheres precisam ser refletidas e incorporadas pelos serviços de saúde.

O citomegalovírus congênito pode trazer consequências sérias para a criança, como perda de audição e visão, deficiência intelectual, atrasos psicomotores e problemas de fala e linguagem, entretanto adultos saudáveis geralmente são assintomáticos, por isso educar as mulheres durante o pré-natal sobre as estratégias de prevenção dessa doença é a abordagem mais promissora para reduzir o risco de infecção (LEVIS *et al.*, 2017).

A suplementação de ferro e ácido fólico é um tratamento essencial durante a gestação para prevenção de anemia, entretanto algumas mulheres grávidas têm dificuldade de aderir à ingestão desses medicamentos devido aos efeitos adversos ocasionados. Sendo assim, o aconselhamento adequado durante o pré-natal é necessário para manter a adesão esperada (KAMAU *et al.*, 2019).

O aconselhamento pré-natal para anomalias genéticas não é uma prática comum no Brasil, é um processo bastante complexo, que requer orientações, esclarecimentos quanto a tipos de anomalias detectadas nos exames, métodos de triagem e condutas em caso de diagnóstico de alguma anomalia. Essas informações são primordiais para que a mulher possa tomar decisões mais adequadas (DE LEEUW *et al.* 2019).

Os estudos de Eze *et al.* (2020), Mueller *et al.* (2020), Masoi *et al.* (2019) e Thapa *et al.* (2019) tiveram uma abordagem mais direcionada para os sinais de perigo durante a gestação, o parto e o puerpério e sinais de perigo com o recém-nascido. O reconhecimento precoce dos sinais de alerta à saúde materno-infantil e a prontidão diante das complicações são de

fundamental importância para a evitabilidade de mortes maternas e neonatais, especialmente em locais de difícil acesso aos serviços de saúde (MASOI *et al.*, 2019).

As estratégias pedagógicas presentes nos estudos foram: grupos educativos, oficinas e sessões de aconselhamento por profissionais de saúde, educação em saúde baseada na comunidade, mensagens, áudios em TV ou rádio, ambientes virtuais de aprendizagem, incluindo *sites*, vídeos, jogos, *e-learning*, *m-Health*, *iPad*, escala de autoeficácia em amamentação, aulas baseadas no modelo de crenças em saúde e educação baseada em manuais.

Os grupos educativos foram as estratégias que mais se destacaram nos estudos selecionados e se apresentaram como um espaço propício para estreitamento de vínculo entre os profissionais de saúde, a gestante e sua família, compartilhamento de experiências, aquisição de conhecimento, esclarecimento de dúvidas e identificação das necessidades de cuidado, contribuindo para o empoderamento e a autonomia das mulheres (SILVA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2019a; QUEIROZ *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2019; SHAFAEI *et al.*, 2020; THAPA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018b).

Estratégias baseadas na comunidade foram relatadas pelos autores Kamau *et al.*, (2019), Brasington *et al.* (2016), Eze *et al.* (2020), Anderson-Reeves *et al.* (2017), Mutanda *et al.* (2016). Os resultados desses estudos foram bem-sucedidos em aumentar o conhecimento de mulheres grávidas em relação a vários aspectos da saúde materno-infantil, incluindo a prontidão para o parto e para detecção de complicações que podem surgir nesse período.

Os ambientes virtuais de aprendizagem como os descritos nos estudos de Santiago *et al.* (2020), De Leeuw *et al.* (2019), Abuidhail *et al.* (2019), Mueller *et al.* (2020), Masoi *et al.* (2019), Mauriello *et al.* (2016) e Willcox *et al.* (2017) se configuram como uma alternativa pedagógica promissora, considerando o atual cenário de pandemia, que desafia os profissionais de saúde a repensarem suas práticas e a incorporarem novas formas de educação em saúde.

Considerando que as pessoas do século XXI buscam ativamente informações por meio da internet, as tecnologias digitais de informação e comunicação são grandes aliadas e podem contribuir com práticas inovadoras de educação em saúde, mitigar notícias falsas veiculadas nas mídias digitais e permitir um rápido e fácil acesso às informações. Entretanto deve-se questionar o alcance de tais estratégias, visto que o acesso à internet ainda não é uma realidade para uma parte considerável da população brasileira (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

Diante do exposto, esta revisão permitiu evidenciar estratégias educativas apontadas pela literatura que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde em suas práticas de cuidado com gestantes durante a assistência pré-natal. Destaca-se que as metodologias ativas de aprendizagem com a utilização de dinâmicas, vídeos, jogos, imagens, demonstrações em

manequins são recursos mais atrativos e envolventes e podem ser adaptadas para as diferentes temáticas educativas.

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A GERÊNCIA DO CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Este capítulo aborda sobre o processo de trabalho em serviços de saúde, a gestão do cuidado em saúde, a gerência do cuidado de enfermagem e as particularidades da gestão e da gerência de enfermagem na rede de atenção materno-infantil.

3.4.1 O processo de trabalho em serviços de saúde: gestão do cuidado em saúde e gerência do cuidado de enfermagem

Uma organização de saúde é considerada um sistema complexo formado por unidades que seguem uma lógica de funcionalidade e se complementam na produção dos seus serviços, autoproduzem-se simultaneamente e autodesenvolvem-se (MARIOTTI, 2010). De acordo com o princípio sistêmico-organizacional de Morin (2000), cada unidade constitui o todo, o conjunto organizacional e o todo só são possíveis por meio da relação harmoniosa entre as partes.

De acordo com Mariotti (2010), a complexidade das organizações pode ser entendida pelo fato de possuírem em seu organograma e estrutura suas regras, sua produção, seus estudos de mercado, suas relações humanas, pessoais e públicas, que são interdependentes e inseparáveis. A ordem (repetição, constância) e a desordem (irregularidade, imprevisibilidade) coexistem e é isso que possibilita adaptação, inovação, criação e evolução (MARIOTTI, 2010).

O trabalho na área da saúde é complexo, com múltiplas dimensões e precisa de agentes (profissionais) de diversas especialidades que compartilhem o seu saber de forma a um complementar o saber do outro, para desenvolverem ações com vistas a atender às necessidades do ser humano, considerando-o como um ser multidimensional que demanda cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais (SANNA, 2007).

Diante de toda essa complexidade que permeia as organizações, o processo de trabalho é um dos elementos que compõem o sistema organizacional, que, de acordo com Sampaio *et al.* (2012), possui como componentes: a força de trabalho, a finalidade, o objeto e os instrumentos ou meios de produção e produto. A matéria-prima na saúde é transformada no produto, cuidado, que é consumido no ato, ao mesmo tempo que é produzido (SANNA, 2007).

No processo de trabalho em saúde, a força de trabalho são os profissionais de saúde; a finalidade do trabalho são as ações terapêuticas em prol da satisfação das necessidades do indivíduo; o objeto de trabalho é o ser humano doente ou sadio; os instrumentos são as habilidades e os conhecimentos utilizados para gerar o produto; e o produto é a assistência, o cuidado prestado, cuja qualidade depende da maneira como ele é gerenciado (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Devido à complexidade do trabalho em saúde, algumas especificidades precisam ser levadas em consideração no processo de gestão, seus produtos não são simplesmente mercadorias, são cuidados obtidos a partir do encontro entre o ser que cuida, quem produz, e o ser de cuidado, quem recebe o produto. Durante o processo de trabalho são estabelecidas diversas relações interpessoais, interprofissionais e entre profissionais, o ser de cuidado e sua família, sendo assim, a dimensão humana e suas singularidades são tão importantes quanto a dimensão técnica e científica da ação (LACERDA *et al.*, 2018).

Contudo, de acordo com Lunardi *et al.* (2010), muitas vezes os profissionais de saúde realizam suas atividades de forma automatizada, mecânica, impessoal, fragmentada, comprometendo a produção de um cuidado humanizado e integral; atitudes que estão na contramão da complexidade. É preciso ampliar a visão de saúde para a compreensão da complexidade no cuidado, ao resgatar as relações interpessoais no trabalho em saúde de forma que cada profissional se perceba como integrante de uma rede em prol da promoção da saúde capaz de entender o ser de cuidado como um todo complexo, indivisível, imbuído de sentimentos, apreensões, expectativas e necessidades singulares, sujeito de sua própria vida e não objeto de cuidado (LUNARDI *et al.*, 2010).

A produção dos cuidados de saúde e dos processos de trabalho por meio de uma equipe multiprofissional contribui de forma coletiva para a busca de soluções alternativas de cuidado considerando a especificidade e complementaridade de cada profissão. O trabalho multiprofissional auxilia nas práticas de educação em saúde, a partir das diversas visões consideradas na discussão de ideias e soluções, aprimorando a qualidade da atenção construída com os usuários (GERALDO *et al.*, 2019).

O trabalho multiprofissional, quando alcança o aspecto interdisciplinar, busca romper com o modelo curativo, centrado no processo saúde-doença, a partir da compreensão da complexidade dos componentes envolvidos nesse processo, indo ao encontro do cuidado integral à saúde. Nessa perspectiva, uma ação essencial é a promoção da saúde que se faz a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade e precisa ser valorizada pelas instituições e

organizações governamentais como uma questão estratégica e não de ação exclusiva dos profissionais (LACERDA *et al.*, 2018).

No cenário da saúde, o enfermeiro atua como um articulador, medeia as relações dentro da equipe multiprofissional, integra os membros da equipe, coordena e conduz a realização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos indivíduos. Diante da complexidade dos agravos em saúde, a multiplicidade de olhares e a especificidade de cada profissional de forma articulada são essenciais para promoção da saúde, assistência e prevenção dos agravos em busca de um cuidado integral, visto que um único profissional não é capaz de atender a todas as demandas de um indivíduo (SOUSA *et al.*, 2017a).

Entre os profissionais de saúde de uma instituição, o enfermeiro ocupa lugar de destaque por ser da categoria de profissionais da área com maior quantitativo e por exercer em seu processo de trabalho atividades assistenciais e gerenciais que devem ser realizadas de forma articulada, representando assim a prática da gerência do cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A definição do conceito de gerência do cuidado de enfermagem é a relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, entendendo esse saber-fazer na sua dimensão ontológica, do conhecimento científico sobre o ser humano como um ser complexo com suas singularidades e multiplicidades, inserido em diferentes contextos de vida, e a dimensão técnica, instrumental do saber-fazer, que requer o conhecimento científico atrelado à habilidade técnica e tecnológica para exercer as competências gerencial e assistencial (CHRISTOVAM *et al.*, 2012).

A gestão do cuidado de enfermagem é definida por Mororo *et al.* (2017) como a articulação entre as ações de cuidado e gerenciais, a partir do exercício de liderança, do estabelecimento de relações interativas, comunicativas e cooperativas entre o enfermeiro, a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuários.

Dessa forma, a gestão envolve a macrodimensão do sistema de saúde que requer um conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas destinadas a planejar, programar, dirigir e organizar o trabalho em saúde, fornecendo subsídios para a gerência do cuidado. Já a gerência relaciona-se às atividades de organização, planejamento, supervisão e avaliação na microdimensão operativa das unidades de trabalho (TEIXEIRA; MOLESINI, 2002).

As dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, segundo Pires (2006) são: cuidar, educar, pesquisar e administrar/gerenciar. O cuidar do indivíduo em todas as fases da vida, o educar e pesquisar, que estão envolvidos diretamente no processo de cuidar, incluem também

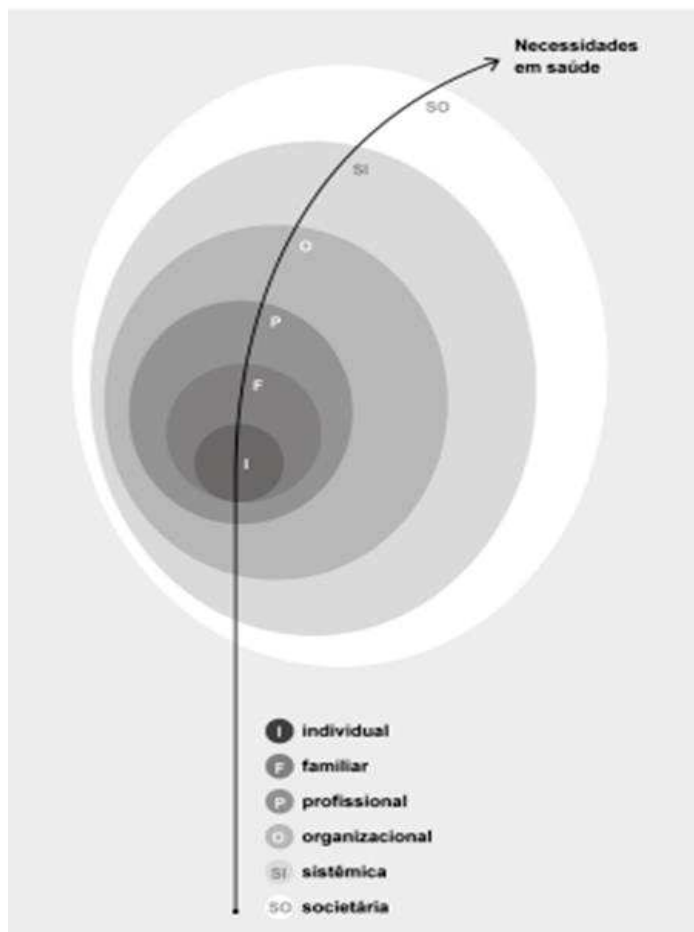
a educação permanente e a busca de novos conhecimentos e o administrar-gerenciar por meio de atividades relacionadas à coordenação do trabalho.

Neste estudo, destaca-se o componente administrar e cuidar, visto que a educação em saúde é inerente ao processo de cuidar das gestantes e puérperas durante a assistência pré-natal e pós-natal e pode ser realizado de forma individual no momento das consultas ou coletivamente por meio de rodas de conversas com as mulheres e seus familiares. O produto esperado desses componentes são mulheres e familiares preparados e seguros para vivenciarem de forma positiva o ciclo gravídico-puerperal.

O componente administrar também está presente, pois o desenvolvimento dessas ações educativas requer planejamento de data, periodicidade, local de fácil acesso, lanche, recursos materiais, humanos, audiovisuais e metodológicos de forma a contemplar as necessidades dos sujeitos envolvidos no processo educativo. A supervisão e o acompanhamento das atividades desenvolvidas são essenciais para a melhoria contínua do serviço prestado. Na maioria das vezes, é o enfermeiro que administra as ações educativas nos serviços de saúde e também está envolvido diretamente nesse processo de ensinar.

Em muitos serviços de saúde, os enfermeiros ocupam cargos de gestão e a gestão do cuidado sistêmico em saúde envolve múltiplas dimensões que estão interconectadas, formando uma rede complexa: a individual, a familiar, a profissional a organizacional, a sistêmica e a societária, conforme demonstrado pela Figura 3 (CECÍLIO, 2011).

Figura 3 - As múltiplas dimensões do cuidado em saúde

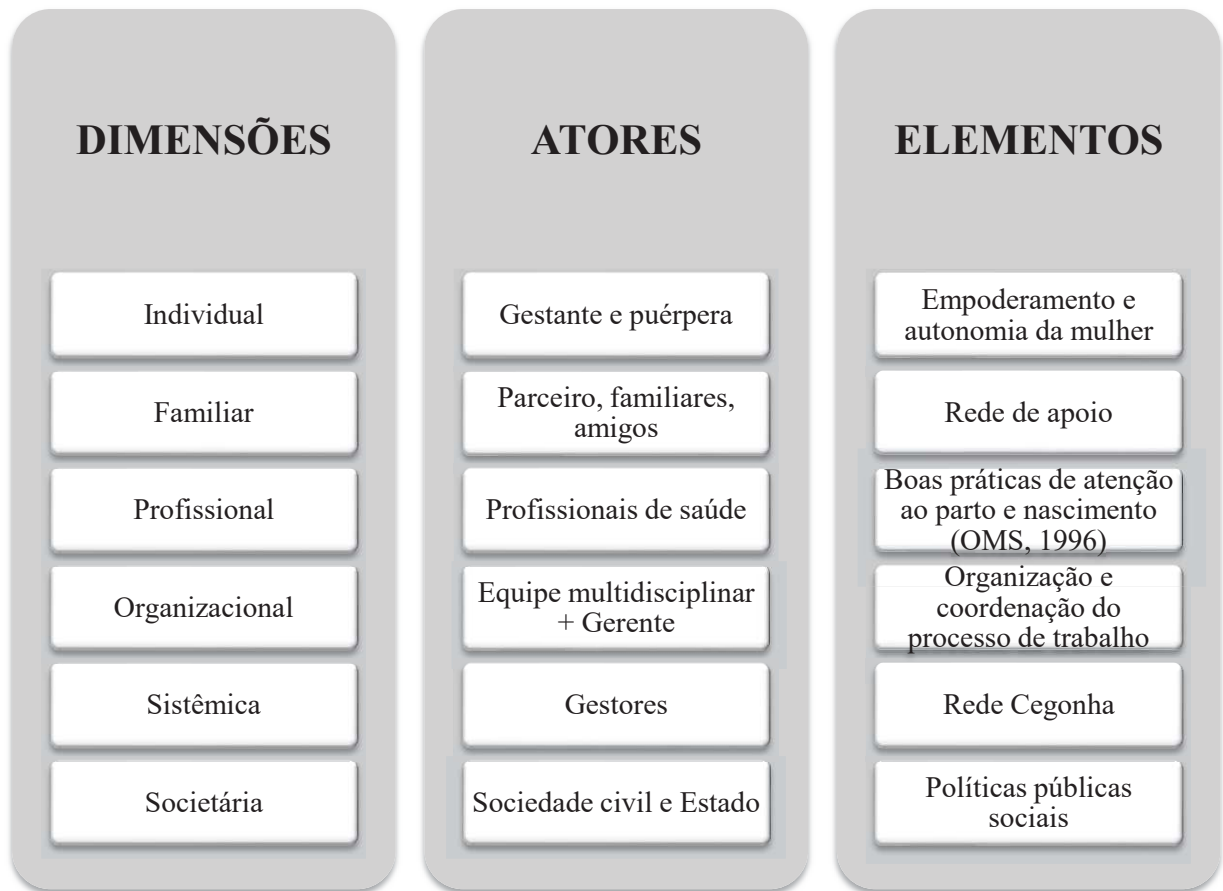


Fonte: Cecílio (2011)

De acordo com Cecílio (2011), a dimensão individual está relacionada ao cuidado de si, aos modos de viver a vida de forma plena, à autonomia do indivíduo para o cuidado; a familiar tem relação com o núcleo familiar, amigos e vizinhos; a profissional diz respeito às competências técnicas dos profissionais, à postura ética e à capacidade de firmar vínculo com o ser de cuidado; a organizacional se refere a coordenação e gerência dos serviços de saúde, envolve a construção de protocolos assistenciais, realização de reuniões de equipe, planejamento e avaliação da assistência; a sistêmica remete à interconexão entre as redes de cuidado dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, a fim de se alcançar o cuidado integral; a dimensão societária está voltada para as políticas públicas sociais, o exercício de cidadania pela sociedade civil e a responsabilidade do Estado em prover a assistência à saúde.

Considerando o contexto do cuidado às gestantes e puérperas, foco deste estudo, as dimensões da gestão do cuidado em obstetrícia e seus elementos encontram-se representadas na Figura 4:

Figura 4 - Gestão do cuidado em obstetrícia baseada nas dimensões de Cecílio (2011)



Fonte: Elaborada pela autora, adaptada a partir de Cecílio (2011).

A gestão do cuidado integral em enfermagem se estabelece a partir da compreensão dos conceitos de gestão, cuidado integral, integralidade e dimensões do cuidado, estando o cuidar e o gerenciar articulados. Existem ferramentas de gestão associadas ao cuidado direto ou indireto que auxiliam nesse processo de gestão, entre elas os indicadores, o planejamento de recursos materiais e humanos, as normas de segurança do paciente, o processo de tomada de decisão, a sistematização da assistência de enfermagem, o acolhimento com classificação de risco, as consultas de enfermagem (SIEWERT *et al.*, 2017).

Convém destacar algumas ferramentas específicas da área materno-infantil, tais como: os indicadores de monitoramento do cuidado obstétrico, como taxa de cesáreas, taxa de cesárea em primíparas, proporção de parto normal assistido por médico, proporção de parto normal assistido por enfermeiro obstetra, taxa de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, taxa de analgesia em parto normal, taxa de episiotomia, proporção de recém-nascido com contato pele a pele no nascimento, razão de mortalidade materna e neonatal, taxa de admissões

na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin); as consultas de pré-natal e puerpério, o grupo de gestantes, o grupo de apoio ao aleitamento materno e a visita domiciliar (BRASIL, 2017).

O enfermeiro precisa refletir sobre e desenvolver as ações que envolvem o cuidar e gerenciar em enfermagem para todas as dimensões do cuidado. Dessa forma, estará exercendo a gestão do cuidado integral em enfermagem (SIEWERT *et al.*, 2017).

De acordo com o estudo de Silva *et al.* (2017), o gerenciamento do cuidado de enfermagem envolve a resolução de problemas e o desenvolvimento de estratégias de cuidado direto, indireto e educação em saúde, e as Instituições de Ensino Superior (IESs) são parceiras na implementação dessas estratégias. Os resultados deste estudo apontam a necessidade de se envolver os demais membros da equipe nessas ações educativas, pois, a partir delas, é possível conhecer as singularidades e necessidades vivenciais de cada indivíduo e assim estabelecer um plano de cuidados com ações individuais e coletivas. Dessa forma, a gerência do cuidado compreende ações conjuntas entre a enfermagem e demais profissionais de saúde, na perspectiva de trabalho em equipe de forma integrada e interdisciplinar (SILVA *et al.*, 2017a).

A gestão de práticas educativas em saúde apresenta-se como um espaço de atuação do enfermeiro com vistas ao fortalecimento de sua atuação profissional, estreitamento de vínculo com o paciente e envolvimento dos demais membros da equipe nesse processo. Para isso, faz-se necessário o desenvolvimento das competências: supervisão, comunicação, liderança, formação gerencial e educacional (KOERICH *et al.*, 2019).

As ações de enfermagem para a gerência do cuidado se concretizam por meio da articulação entre essas competências gerenciais, saberes científicos, utilização de tecnologias e atividades educativas. Destarte, a articulação entre cuidar, educar, investigar e gerenciar acarretará resultados positivos na assistência (BUBOLTZ *et al.*, 2014).

O enfermeiro na gerência do cuidado atua como articulador de todas as atividades assistenciais: organização do trabalho da equipe de enfermagem, gestão de insumos necessários à assistência em saúde, atividades de educação em saúde e educação permanente da equipe de enfermagem, com vistas ao atendimento integral do ser humano e à excelência no cuidado (SENNA *et al.*, 2014).

O cuidado de enfermagem se estabelece por meio de interações diversas com o paciente, seus familiares, equipe de enfermagem, demais profissionais da saúde e com os diversos setores de apoio à assistência: farmácia, hotelaria, almoxarifado, nutrição, entre outros. Portanto esse cuidado é um fenômeno complexo, sistêmico, marcado por diversas relações, interações e associações, com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo de forma integral, considerando suas múltiplas dimensões e articulação com o seu meio ambiente. Sendo

assim, almeja-se transcender as práticas assistenciais biomédicas e curativas marcadas pelo pensamento disjuntivo e redutor do processo saúde-doença (BACKES *et al.*, 2016).

Convém ressaltar ainda que a gerência do cuidado exercida por enfermeiros é relacional e por isso requer o desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades sociais, tais como: comunicação, que envolve dar e receber *feedback*; saber ouvir e encerrar uma conversa; assertividade diante do reconhecimento de falhas e ao lidar com críticas e habilidades sociais de trabalho, que envolvem coordenação, e a arte de falar em público (MONTEZELI *et al.*, 2019).

O conhecimento dessas habilidades sociais não é imutável de tal forma que a constatação da necessidade de aprimoramento contínuo e autoavaliação permanente aproxime-se do princípio hologramático da complexidade, ao admitir que o seu agir nas relações interpessoais (parte) exerce influência sobre sua prática gerencial e seu ambiente profissional (todo) e vice e versa. A gerência possui aspectos racionais (objetivos) e relacionais (subjetivos) que são ao mesmo tempo antagônicos, complementares e interdependentes, de acordo com os princípios dialógicos e recursivos da complexidade (MONTEZELI *et al.*, 2019).

Diante do exposto, é preciso ampliar as reflexões sobre o cuidar-gerenciar-educar, envolvendo todas essas dimensões no cotidiano do trabalho dos enfermeiros de forma dialética, uma complementando a outra e não de forma dicotômica e fragmentada. Outras abordagens gerenciais do cuidado de enfermagem são necessárias, a partir da incorporação de ações de educação e promoção da saúde, assumindo um espaço de atuação profissional que ultrapassa as barreiras de práticas meramente assistenciais (SANTOS *et al.*, 2013).

3.4.2 Gestão e gerência do cuidado de enfermagem na rede de atenção materno-infantil

Considerando a perspectiva sistêmico-organizacional, discutida no tópico anterior, a atenção materno-infantil se estrutura a partir da rede cegonha, instituída pelo MS em 2011, com a finalidade de organizar, articular e melhorar a acessibilidade e a assistência à saúde materno-infantil nos diversos níveis de atenção, primária, secundária e terciária. Em sua estruturação, ela abrange quatro componentes: o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério; a atenção integral à criança até 2 anos de idade e o sistema logístico, incluindo o transporte e a regulação (BRASIL, 2011).

O acompanhamento pré-natal tem o objetivo de observar o desenvolvimento da gestação, identificar precocemente os riscos e intervir, evitando danos à saúde materno-infantil (BRASIL, 2013b). A gerência do cuidado de enfermagem na atenção obstétrica e neonatal tem

como foco a mulher, seu filho e sua família e, entre suas ações, destaca-se a realização de práticas educativas acerca dos cuidados necessários à saúde materno-infantil, respeitando a autonomia da mulher e envolvendo o parceiro nesse processo (BACKES *et al.*, 2017).

De acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do MS, o enfermeiro possui como atribuições na assistência pré-natal: realizar o cadastro das gestantes e fornecer o cartão da gestante, preenchendo-o a cada consulta; identificar sinais de perigo e, se necessário, encaminhar a gestante para o serviço de referência em alto risco; realizar consultas de gestantes de baixo risco intercaladas com as consultas médicas, testes rápidos de sífilis e HIV, exame clínico das mamas e exame preventivo do câncer do colo uterino; oferecer orientações à mulher e familiares sobre a importância do acompanhamento pré-natal, periodicidade das consultas, fatores de risco, aleitamento materno, vacinação e planejamento familiar; solicitar exames de rotina pré-natal e prescrever medicamentos de acordo com protocolo do serviço; realizar busca ativa de gestantes faltosas às consultas e visitas domiciliares (BRASIL, 2013b).

Além das atribuições citadas, ressalta-se também a liderança, como uma das habilidades do enfermeiro necessárias à gerência do cuidado de enfermagem, que se concretiza por meio da organização do trabalho, coordenação da equipe e resolução de conflitos. O líder pode assumir sua função de forma participativa, estimulando a cooperação entre os membros da equipe e deve também buscar de forma contínua o aprimoramento científico e compartilhar os saberes adquiridos com a equipe e assim proporcionar maior segurança na execução das ações assistenciais e gerenciais no cenário da maternidade (COPELLI *et al.*, 2017).

A gestão do cuidado de enfermagem na atenção pré-natal em um centro de saúde de Angola, teve como foco o acolhimento, a realização de palestras informativas sobre a importância do pré-natal, consultas de pré-natal fundamentadas em uma relação dialógica, busca-ativa por telefone das gestantes que não compareceram às consultas, de forma a reforçar a necessidade de dar continuidade ao pré-natal e o estabelecimento de relações profissionais colaborativas (SIMÃO *et al.*, 2019).

No Brasil, o processo de trabalho e a gestão do cuidado de enfermagem pré-natal na atenção primária à saúde ocorrem de forma semelhante, focados nas singularidades das usuárias, buscando fortalecer sua autonomia no cuidado de si e de seu recém-nascido, além de elaborar e discutir protocolos clínicos, dando sustentação ao cuidado prestado, realizar consultas de pré-natal, fornecendo orientações pertinentes a cada período gestacional e estabelecer um vínculo com a mulher e sua família (AMORIM; BACKES, 2020). Apesar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) determinar a busca ativa de gestantes faltosas e a

realização de visitas domiciliares, essas recomendações não foram observadas no estudo de Amorim e Backes (2020).

Convém ressaltar que, na assistência pré-natal, as consultas ainda se encontram arraigadas no modelo biomédico, com foco em exame físico obstétrico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Diante disso, a inserção e a atuação do enfermeiro no pré-natal são de grande relevância, pois sua atenção está mais voltada para o apoio, a compreensão e o diálogo sobre aspectos que envolvem gestação, parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, construindo uma relação de confiança com a mulher (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

O enfermeiro é um profissional habilitado e capacitado pela Lei do exercício profissional regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçada por protocolos do Ministério da Saúde, para acompanhamento pré-natal da gestante de risco habitual (BRASIL, 2013b). Entretanto, na prática, sua atuação nesse contexto ainda é limitada devido à hegemonia do modelo biomédico presente em muitas instituições e ao desconhecimento da população em geral quanto às habilidades e competências do enfermeiro (SILVA *et al.*, 2016b).

A Resolução do Cofen nº 0477/2015 dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência a gestantes, parturientes e puérperas e, em seu artigo 1º, dispõe que cabe privativamente ao Enfermeiro Obstetra e à Obstetriz: a consulta de enfermagem obstétrica, a prescrição de assistência de enfermagem obstétrica, os cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida, os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2015).

Além dessas atividades, como integrante da equipe de saúde a enfermeira obstetra participa da elaboração, execução e avaliação do plano de cuidado obstétrico e de ações de educação em saúde nessa área, visando à melhoria da qualidade de vida da população (COFEN, 2015).

A Resolução do Cofen nº 0516/2016 normatiza a atuação e a responsabilidade de Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal, Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência (COFEN, 2016). Destacam-se algumas competências desses profissionais dispostas nessa resolução:

- Acolher a mulher, sua família e acompanhantes;
- avaliar as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, bem como as do feto.

- garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio de consulta de enfermagem;
- garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;
- adotar práticas baseadas em evidências científicas com utilização de tecnologias apropriadas, considerando a autonomia e o protagonismo da mulher;
- promover educação em saúde, baseada nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
- participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de enfermagem vigente;
- participar de ações interdisciplinares e intersetoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil.

A Portaria nº 1.020/2013 do Ministério da Saúde institui os princípios e as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e estabelece que os serviços de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão: acolher e atender a gestante de alto risco referenciada; elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o projeto terapêutico singular e o plano de parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento; e realizar atividades coletivas vinculadas   consulta individual para troca de experiências com outras gestantes e acompanhantes (BRASIL, 2013).

A consulta de enfermagem   um instrumento de educa o em saúde no pré-natal, visto que proporciona um espaço individualizado de escuta e diálogo aberto para dirimir dúvidas, construir conhecimentos, favorecendo o vínculo e a confiança (SILVA *et al.*, 2016b). Além de ser um momento de aprendizagem e de trocas entre a gestante e o enfermeiro, contribui também para a qualidade do autocuidado da gestante e oferece suporte para que ela fundamente suas escolhas (ALFING, 2016).

A atua o do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal   bastante ampla, por meio de a oes de preven o de possíveis agravos, educa o, promo o e recupera o da saúde, impactando positivamente a qualidade da assistência (SILVA *et al.*, 2016b).

O enfermeiro encontra muitas dificuldades de atua o na aten o secundária pré-natal e está em constante busca pela amplia o e autonomia de suas atividades frente ao pré-natal de alto risco. Diante disso, há necessidade de discussão sobre as políticas públicas que respaldem os enfermeiros na assistência ao pré-natal de alto risco, estabelecendo parâmetros para o

cuidado de enfermagem e normas regulamentadoras para esse nível de atenção obstétrica (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

A Confederação Internacional de Obstetrias e o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses - ICN) elaboraram um documento que define que o profissional qualificado para o acompanhamento da mulher durante pré-natal, parto e puerpério deve possuir conhecimento e habilidades das ciências sociais, oferecer educação em saúde e proporcionar à mulher um cuidado pré-natal e uma assistência ao parto de alta qualidade e culturalmente sensível, bem como ao recém-nascido (RIESCO, 2002).

A formação dos enfermeiros obstetras está ancorada em ações de humanização do parto, resgate do processo parturitivo como algo natural, fisiológico e da mulher, busca pelo empoderamento feminino e autonomia no momento do nascimento. Dessa forma, as ações de educação de saúde promovidas pelos enfermeiros obstetras no pré-natal, atreladas ao movimento social pela humanização no pré-natal, parto e pós-parto, trazem contribuições positivas para a mudança de paradigma social em relação a esse processo. Portanto, é essencial o reconhecimento desses profissionais e a ampliação de sua atuação tanto no cenário de assistência pré-natal e puerperal quanto no cenário do parto (QUADROS *et al.*, 2016).

A dimensão educativa potencializa as ações de cuidado e, na maioria das vezes, é realizada pelo profissional enfermeiro. Estudo de Quadros *et al.* (2016) evidenciou que mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal com enfermeiros e/ou residentes em enfermagem obstétrica receberam orientações sobre os direitos reprodutivos e humanos, alterações fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal e métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto. Sendo assim, sentiram-se mais bem preparadas para o momento do parto e nascimento.

A autonomia da mulher para o parto natural é influenciada pelas orientações disseminadas pelos profissionais durante a assistência pré-natal. Em estudo de Jardim *et al.* (2019), as gestantes relataram que o conhecimento sobre gestação e parto foi repassado durante o pré-natal na maioria das vezes pelo enfermeiro, assim como o esclarecimento de dúvidas. Os autores reconhecem que o enfermeiro possui em sua formação uma visão holística e humanística do indivíduo, voltada para o atendimento de suas necessidades e que o acesso a informações durante o pré-natal de forma dialogada, aberta, considerando a experiência da mulher, é essencial para a conquista do empoderamento desta durante o período gestacional (JARDIM *et al.*, 2019).

Em estudo de Lemos *et al.* (2019), as puérperas relataram características do enfermeiro obstetra pré-natalista que se destacaram: conhecimento, habilidade técnica, acolhimento,

educação em saúde por meio do diálogo com escuta atenta e qualificada, considerando os anseios, as dúvidas e as demandas emocionais dessas mulheres, com oferta de um cuidado singular. Diante disso, reforça-se a necessidade de ampliar e valorizar a atuação do enfermeiro obstetra com vistas a qualificar a assistência pré-natal por meio de um cuidado que transpõe a simples realização de procedimentos técnicos e prioriza o cuidado integral da mulher e sua família (LEMOS *et al.*, 2019).

A educação em saúde é uma das atividades mais importantes exercidas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, pois ela tem o objetivo de preparar a mulher e seus familiares para vivenciar o processo gestacional, o parto e o período puerperal de uma forma positiva, saudável e alegre. Além disso, capacita-os para a identificação de possíveis intercorrências que demandam atendimento em momento oportuno, evitando precocemente possíveis problemas para a mulher e seu concepto (DIAS *et al.*, 2015).

Convém destacar que o período puerperal é frequentemente marcado por dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, fissuras mamilares, pega correta e posicionamento adequado do recém-nascido, ingurgitamento, entre outras de aspecto psicológico. Por isso a educação em saúde é primordial nesse período, sendo fundamental a assistência do enfermeiro para avaliação da puérpera e do recém-nascido a fim de identificar os problemas vivenciados pela mulher, apoiá-la e orientá-la a como resolvê-los de forma a proporcionar maior conforto, satisfação e prevenir possíveis complicações relacionadas ao binômio mãe-filho (FIGUEIREDO, 2018).

Silva *et al.* (2019) apontam a necessidade de os enfermeiros do pré-natal realizarem atividades educativas, como rodas de conversa para informar as gestantes sobre as práticas desnecessárias que caracterizam violência obstétrica, os direitos da gestante e parturiente, bem como sobre as práticas de humanização da assistência ao parto, de forma que essas mulheres possam adquirir uma bagagem de conhecimento com vistas à conquista da autonomia para tomada de decisões assertivas no momento do seu parto.

Um dos instrumentos mais utilizados pelos enfermeiros na educação em saúde é a cartilha educativa, que precisa de um planejamento para sua construção, incluindo a definição e a seleção dos conteúdos, imagens e adequação da linguagem científica para a população leiga. O acompanhamento telefônico também é muito utilizado por enfermeiros, visando observar o processo de autogestão do cuidado do paciente (KOERICH *et al.*, 2019).

A educação em saúde é uma importante ferramenta de empoderamento da mulher e pode ser realizada por meio diversas ações individuais e coletivas (SILVA *et al.*, 2019a). Um dos

desafios da implementação dessas ações refere-se ao planejamento e envolvimento de outros profissionais da equipe multidisciplinar (ALFING, 2016).

Diante dos benefícios adquiridos a partir das práticas educativas e com vistas a um cuidado integral, os profissionais de saúde que assistem as gestantes precisam repensar suas práticas e incorporar a dimensão educar articulada com o cuidar, por meio de ações colaborativas interdisciplinares.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

As concepções de dois importantes pensadores que discutem a educação, Paulo Freire e Edgar Morin, deram sustentação a este estudo, fornecendo subsídios para a compreensão da educação em saúde como uma estratégia complexa, que requer a participação social e a interdisciplinaridade para alcançar um conhecimento construído coletivamente com vistas ao empoderamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Paulo Freire e Edgar Morin defendem o protagonismo do indivíduo no processo educacional. Freire argumentava sobre uma pedagogia emancipadora em defesa da participação social e do uso de metodologias de ensino ativas e Morin, a partir dos princípios do pensamento complexo, compreende o indivíduo como um ser de relações e multidimensional. Sendo assim, ambos defendem a valorização do ser humano e o desenvolvimento integral dos educandos, por meio de debates, discussões, problematização e compartilhamento interpessoal e cultural com vistas a desenvolver o potencial cognitivo, criativo e afetivo dos indivíduos (GUIMARÃES, 2020).

A relação entre a educação e a saúde é singular e complexa. Apesar de as práticas de educação em saúde fazerem parte do processo de trabalho dos profissionais, muitas vezes elas não são priorizadas nos serviços de saúde. Sendo assim, faz-se necessário compreender a educação e a saúde de forma dialética, como campos articulados, interligados, comprometidos com a democratização dos saberes ao dialogar com os indivíduos de forma a compreender seu contexto social, para que as ações desse processo de cuidar-educar sejam bem-sucedidas e sirvam como instrumentos de transformação social (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020; PARREIRA, 2020).

As informações e os dados devem ser compreendidos de forma articulada e situada em seu contexto individual e social, ao considerar os aspectos multidimensionais do indivíduo: biológico, psíquico, social, afetivo e racional, assim como da sociedade: econômica, histórica, sociológica e religiosa. Dessa forma, contribuem para a construção de um conhecimento pertinente, imbuído de sentido e significado na vida das pessoas (MORIN, 2000). A educação em saúde deve sempre colaborar com os indivíduos e a sociedade na busca de sentido e de aptidão para solucionar os problemas que interferem na saúde.

De acordo com Vasconcelos (2017), a educação em saúde é um importante instrumento de ampliação do trabalho clínico, pois permite um olhar para além dos aspectos biológicos do ser humano, a partir de condutas terapêuticas sustentadas no diálogo entre o indivíduo, com suas crenças, hábitos e valores culturais, e o profissional de saúde, com seus conhecimentos

científicos. Destarte, a eficácia clínica depende da eficácia pedagógica estabelecida nessa relação entre o profissional, o usuário do serviço e sua família.

A metodologia pedagógica defendida por Freire (1987) é ativa, aberta, dialógica, problematizadora, valoriza a intersubjetividade das relações humanas, a construção do conhecimento em conjunto, com base na vivência de cada indivíduo e ressalta que o conteúdo programático deve ser estabelecido a partir da situação experienciada. Por conseguinte, os conteúdos das ações educativas em saúde não devem ser previamente definidos, sem a participação dos sujeitos da ação, ao contrário, devem emergir a partir da relação entre os profissionais de saúde e a população, considerando o interesse e as reais necessidades da mesma.

Para Morin (2000) a noção de complexidade, ou seja, aquilo que é tecido em conjunto, deve permear o contexto educacional, como uma forma de contemplar teorias mais abertas, sistêmicas, que permitam o diálogo e a troca de ideias, críticas, autocríticas e reflexivas. A utilização de técnicas participativas no processo de ensino-aprendizagem estimula a produção do conhecimento e sua reconstrução coletiva e individual. As técnicas de grupo são um dos caminhos de educar-se e educar junto por meio da criação de um ambiente descontraído, que possibilite a discussão de temas complexos e polêmicos, utilizando, para isso, instrumentos e formas de linguagem criativas, tais como: jogos, brincadeiras, dramatizações, oficinas vivenciais, círculos de cultura, projeção, cartazes, desenhos, vídeos, exposições dialogadas, músicas, poesias, pinturas, modelagens e danças (BRASIL, 2016c).

Os círculos de cultura são espaços dialógicos de ensinar e aprender, sem justaposição ou superposição de saberes, o professor assume a postura de um coordenador de debates e o aluno a de um participante ativo. O conteúdo programático é codificado em unidades de aprendizado, e o conhecimento é produzido em conjunto, o que permite a tomada de consciência crítica do mundo (FREIRE, 1999). As fases de elaboração e de execução prática do método compreendem: levantamento do universo vocabular por meio de encontros informais, seleção das palavras geradoras que irão compor o universo temático mínimo, criação de situações existenciais desafiadoras ao grupo, codificadas em situações-problemas, a serem decodificadas por meio de diálogos críticos. A decodificação e o desvelamento da realidade envolvem movimentos de idas e voltas, das partes ao todo e deste às partes, do concreto ao abstrato, coadunando para a superação da abstração com a percepção crítica da realidade concreta (FREIRE, 1987, 1999).

Nos espaços coletivos de discussão, os aspectos sociais que influenciam os problemas de saúde são mais facilmente percebidos, permitindo aprofundar reflexões em busca de

soluções (VASCONCELOS, 2017). Portanto, a valorização e o fortalecimento desses espaços de discussão coletiva são extremamente importantes para o usuário se sentir participativo na tomada de decisão de seu plano terapêutico.

O contexto educativo participativo propicia a ação-reflexão-ação do ser humano sobre o mundo e o desenvolvimento da consciência crítica da realidade. A conscientização, para Paulo Freire (1979), requer o reconhecimento do homem como sujeito situado no mundo, no tempo e espaço, com sua condição de vida particular, e o processo educativo, para ser válido, significativo, precisa refletir sobre esse ser que pretende ajudar a educar-se. Os conteúdos, programas e métodos educativos precisam estar atrelados ao objetivo de auxiliar o homem a chegar a sua situação de sujeito histórico, cultural, ser de relações e, assim, construir um conhecimento que o auxilie a transformar o mundo em que vive (FREIRE, 1979).

Essa concepção do homem como sujeito conscientizado e crítico também é expressa por Morin (2015), ao considerar que o ser humano alberga em si a autonomia de sujeito e a dependência de uma educação, cultura e sociedade para que possa ser capaz de refletir sobre suas condutas e escolhas e tomar decisões. Cada ser individual está inserido em um meio familiar, laboral e de rede de amizades, assumindo em cada meio seu papel social com suas crenças, costumes, sonhos e fantasias (MORIN, 2015).

No que tange à assistência obstétrica, reforça-se a necessidade de auxiliar as mulheres nesse processo de conscientização do seu protagonismo no momento do parto, que será possível a partir de orientações fornecidas pelos profissionais, sobre seus direitos e sobre as melhores práticas obstétricas, para que, a partir daí, possam realizar escolhas conscientes sobre sua assistência, sendo capazes de identificar e denunciar situações de violência obstétrica.

Nesse processo de educação em saúde das gestantes e seus familiares, devem-se considerar os conhecimentos advindos das práticas de cuidados das parteiras tradicionais, dos cuidados com o recém-nascido exercidos pelas mulheres mais experientes da família e da própria gestante com sua vivência de outros filhos. Essas mulheres já trazem consigo uma bagagem de conhecimento cultural que precisa ser considerada e articulada com o conhecimento científico dos profissionais de saúde.

Essa concepção educacional que considera o conhecimento prévio do indivíduo contradiz a educação bancária, definida por Paulo Freire como transferência acrítica de informações, depósito de conteúdos, em que o educando é visto como um ser que não sabe nada, passivo e que precisa se ajustar, se adaptar, ser domesticado, um ser acrítico, sem condições de se inserir no mundo a fim de transformá-lo (FREIRE, 1987). Portanto, a luta pela superação dessa educação bancária e a busca pela libertação está atrelada à visão do ser humano

como ser de busca e com vocação para humanizar-se (FREIRE, 1987). Freire destacou a importância indiscutível do ser consciente: “Consciência do outro e de si como um ser no mundo, com o mundo e com os outros, sem a qual seria apenas um ser aí, um ser no suporte. Por isso, mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma presença no mundo com o mundo e com os outros” (FREIRE, 2000, p. 51).

A educação libertadora requer o conhecimento e a ação do indivíduo sobre sua realidade, adquirindo meios para transformá-la, tornando-se agentes de sua própria história e precursor do seu futuro (CONDINI, 2014). Para o autor, essa educação acontece em múltiplos espaços na sociedade e não apenas nos ambientes escolares. Desse modo, o ambiente de saúde é um dos espaços propícios para exercer uma educação libertadora e transformadora de hábitos de vida mais condizentes com a saúde e a qualidade de vida da população.

Esse processo de transformação implica aprofundar o conhecimento acerca do objeto a ser transformado e conhecer os motivos pelos quais é necessário transformá-lo e as finalidades dessa transformação, o que significa exercer uma percepção crítica do mundo (FREIRE, 2018). Dessa forma, quando, por exemplo, uma gestante é diagnosticada com diabetes gestacional, ela só transformará seus hábitos alimentares e de vida sedentários se compreender os riscos para si e seu bebê e os benefícios advindos dessa transformação, ou seja, precisa compreender a finalidade dessa mudança de hábitos.

A educação libertadora, problematizadora é contrária à visão antagônica entre educadores e educandos, pressupõe a dialogicidade entre os sujeitos, estabelecendo-se uma relação dialética e não dicotômica, de forma que ambos possam aprender juntos durante o processo educacional (FREIRE, 1987). O conteúdo a ser ensinado é que deve mediar a relação entre educador e educando e toda prática educativa deve estar revestida de métodos e técnicas utilizadas pelo educador que facilitem a aproximação dos sujeitos, dos educandos, ao objeto de conhecimento (FREIRE, 2018). É preciso repensar na *práxis* as relações dialógicas entre o saber das mulheres, do senso comum e o saber científico, de uma forma dialética e não dicotômica.

A educação é transversal a todas as profissões da saúde, todas as especialidades são igualmente importantes e necessárias à compreensão humanizada e científica do saber cultural do povo e, nesse processo de compreensão do saber do outro, o educador deve ser humilde, estar aberto a conhecer e respeitar a cultura popular, que pode ser distinta da sua (FREIRE, 2018). A imposição de saberes individualizados e compartimentalizados, conforme descrito por Morin, contribui para a alienação do sujeito, em vez de libertá-lo e conscientizá-lo de suas relações com seu meio cultural e ambiental (GUIMARÃES, 2020).

Edgar Morin critica a educação desarticulada por meio de disciplinas, a qual não compreende a visão complexa do ser humano como ser físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Faz-se necessária a conscientização das pessoas para essa identidade complexa e comum a todos os seres humanos e o ensino precisa abarcar esse entendimento da condição humana como objeto de sua prática (MORIN, 2000). A partir da compreensão complexa do outro é que o profissional de saúde pode assumir os espaços de promoção da saúde com vistas a proporcionar um cuidado integral.

Para o pensamento complexo, o ensino está relacionado a uma compreensão que significa apreender em conjunto, abarcando o texto informado e seu contexto, as partes e o todo, o múltiplo e o uno. A inteligibilidade e a explicação são as bases da compreensão intelectual, já a compreensão humana, intersubjetiva, transpassa a explicação, requer abertura, simpatia e generosidade para aquisição de um conhecimento de sujeito a sujeito. Nem toda informação repassada por meio da comunicação é inteligível ao outro e existem duas maneiras de se compreender: a intelectual ou objetiva e a humana intersubjetiva (MORIN, 2000).

Paulo Freire descreve que não existe ensinar sem aprender, o processo de ensinar requer a coexistência de quem aprende e de quem ensina. Aquele que ensina também aprende ao repensar seu conhecimento e seus posicionamentos e se abrir para as indagações e questionamentos de quem aprende. Desse modo, ensinar e aprender possibilitam compreender além da palavra, o contexto e o mundo em que se vive (FREIRE, 2001).

Um dos elementos essenciais no processo de ensino-aprendizagem é a capacidade de escutar. Saber escutar é mais do que apenas ouvir, é estar disponível, aberto à fala e às diferenças do outro com liberdade para relatar seu ponto de vista, que pode inclusive ser discordante. A prática pedagógica democrática e progressista deve estar permeada por amor, respeito, humildade, tolerância, abertura, disponibilidade para mudança, persistência, esperança e justiça (FREIRE, 1996).

O processo educativo é, portanto, complexo, envolve múltiplos elementos: sujeito que ensina (educador), sujeito que aprende (educando), o espaço e tempo pedagógicos, os objetos cognoscíveis (conteúdo programático) e a direcionalidade da ação educativa (os objetivos). A integração desses elementos é que conduz um bom processo educativo e, para se constituir como uma prática autêntica, requer a reinvenção de situações criadoras de saber, a abertura à subjetividade do outro, permitindo ao outro perguntar, duvidar, problematizar, dialogar (FREIRE, 2018).

Tanto Paulo Freire como Edgar Morin reconhecem a necessidade de uma reforma educacional e apresentam propostas convergentes, de uma pedagogia centrada na pessoa

direcionada à integração dos diversos saberes e à competência ética, uma educação humanista transdisciplinar que incentive a curiosidade, o pensar e o questionamento com vistas à autonomia cognitiva e criativa dos educandos, integrando aspectos afetivos e racionais (GUIMARÃES, 2020).

Freire (1996), em *Pedagogia da autonomia*, discute os saberes necessários à prática educativa transformadora, fundamentada na ética, no respeito à dignidade, à autonomia e à identidade em processo do educando. A prática docente como essencialmente humana, formadora e ética exige ao mesmo tempo um rigor técnico científico e uma amorosidade nas relações educativas. Um dos valores fundantes da prática educativa é a consciência do ser humano como inconcluso, pois, a partir desse entendimento, ele se envolve em um processo de busca constante de saber e ser mais. Ressalta-se ainda o caráter diretivo e objetivo da educação, com seus sonhos e ideais, sendo assim política, artística e moral.

Ao se pensar na educação do futuro, é preciso ter a convicção de que os fatos não são determinados, mas passíveis de mudança, logo a ação político-pedagógica deve se fundamentar na premissa de que mudar é difícil, mas é possível. Portanto, a prática educativa é a junção de tudo isso: afetividade, respeito, abertura, diálogo, politicidade, alegria, capacidade científica e domínio técnico a serviço da mudança (FREIRE, 1996).

Morin (2000) explicitou suas propostas para essa reforma educacional em seu livro “*Os sete saberes necessários à educação do futuro*”:

1. As cegueiras do conhecimento, o erro e a ilusão: reconhecer que todo conhecimento está ameaçado pelo erro e ilusões, as percepções são traduções cerebrais captadas pelos sentidos a partir de estímulos e sinais, portanto passíveis de erros. A partir do reconhecimento de que nenhum saber é absoluto, as ações educativas em saúde precisam dialogar com o conhecimento popular, trazido pela experiência de vida dos sujeitos educativos.
2. O conhecimento pertinente: é aquele imbuído de significado no contexto vivido por quem aprende e não por quem ensina, significa apreender as informações situadas em um contexto, em um conjunto. Dessa forma, a compreensão do global, do complexo, só é possível a partir de um conhecimento situado no contexto de vida dos educandos, com a influência de questões políticas, econômicas, culturais e ambientais.
3. O reconhecimento da condição humana: reconhecer as diferenças e semelhanças uns com os outros e resgatar a noção de sujeito a partir da cooperação coletiva, para o exercício da prática verdadeiramente democrática. Ações educativas mais participativas e dialógicas que incorporem a visão da unidade, singularidade dos sujeitos sem perder de vista a diversidade e a globalidade são essenciais no exercício da prática pedagógica.

4. Compreender a compreensão: estabelecer a empatia entre os sujeitos educativos para um entendimento mútuo, racional e afetivo. A simpatia, a generosidade, o saber ouvir e se colocar no lugar do outro devem permear o processo educativo para auxiliar a compreensão dos conteúdos pedagógicos.
5. A identidade terrena: inculcar nos educandos a consciência ambiental e a preocupação com o equilíbrio e sustentabilidade do meio ambiente. Ensinar habilidades relacionais para se conviver em comunidade de forma solidária e sustentável.
6. O enfrentamento das incertezas: desenvolver estratégias para lidar com fatos inesperados e considerar que não há como compreender, explicar, prever e controlar tudo.
7. A ética do gênero humano: baseada em relações humanas maduras, dialógicas, respeitadas e solidárias, conscientes da interdependência que sustenta a todos.

O pensamento complexo almeja, por meio da interação e articulação dos diversos saberes disciplinares, o conhecimento multidimensional, reconhecendo-o como um saber inacabado, incompleto, suscetível ao erro e mutável, que precisa ser constantemente refletido e discutido (MORIN, 2015). Dessa forma, o pensamento complexo pode colaborar para a formulação de estratégias de resolução de problemas em uma organização.

Os princípios da complexidade, segundo Morin (2015, p. 73-75), são:

- Dialógico: a dualidade na unidade associa conceitos antagônicos, entretanto complementares, por exemplo, a ordem e a desordem colaboram entre si uma com a outra.
- Recursão organizacional: os produtos e seus efeitos são causa e produtores do que os produz. Os indivíduos são ao mesmo tempo produtos e produtores da sociedade. As interações entre eles produzem a sociedade e esta retroage sobre eles, formando um ciclo no qual tudo que é produzido se volta sobre o que produz.
- Hologramático: ultrapassa a visão holística (visão do todo) e o reducionismo (visão das partes). O conhecimento das partes volta-se sobre o todo, assim como o todo está em cada parte.

No processo educativo, contexto deste estudo, todos esses princípios da complexidade devem ser contemplados. O dialógico, por meio da articulação entre as diversas especialidades que colaboram entre si para prestar um atendimento integral à gestante e à puérpera, utilizando saberes distintos, entretanto complementares. A partir do compartilhamento e da discussão de ideias diversas, é possível vislumbrar e construir conjuntamente um novo conhecimento.

Os princípios, recursivo organizacional e hologramático, podem ser evidenciados ao se articular, nos encontros grupais com as gestantes, os saberes dos profissionais e das usuárias de forma a produzir coletivamente um conhecimento pertinente ao ciclo gravídico-puerperal, capaz de subsidiar a autonomia e o empoderamento da mulher em seu cuidado e contexto de

vida. Nesse processo, os profissionais envolvidos também são transformados a partir da troca de vivências com as usuárias. Dessa forma, o conhecimento produzido com a colaboração de cada parte integrante do processo educativo retroage sobre os indivíduos que o produzem.

Compreender o ser humano como uma unidade complexa implica conceber sua unidade na diversidade e sua diversidade na unidade, transpassando o reducionismo do pensamento analítico e o holismo do pensamento global e permitindo de forma dialética obter uma visão ampliada e complementar da humanidade (MORIN, 2015). Essa compreensão ampliada do ser humano é essencial quando se pensa em uma educação em saúde capaz de transformar a realidade individual, familiar e comunitária.

Paulo Freire também apresenta uma visão do homem como um ser multidimensional e complexo, ao reconhecê-lo como um ser histórico, social, cultural, consciente de seu inacabamento, um ser de relações com o mundo e com os outros e em busca constante de ser mais (FREIRE, 1987).

Diante do atual momento político, neoliberal, marcado por cortes de direitos humanos fundamentais como saúde, educação, previdência, assistência e proteção social; precarização das condições de trabalho; falência; desemprego e crescente endividamento público e privado, é essencial reconhecer a educação como um caminho para o pensamento crítico, reflexivo, problematizador e emancipatório. De tal modo que seja capaz de construir conhecimentos, saberes e aprendizados importantes para melhorar a vida em sociedade, contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas coerentes com as necessidades e anseios das camadas populares (CRUZ *et al.*, 2020; GERHARDT; FRANTZ, 2019).

Nesse cenário adverso, as estratégias de educação em saúde precisam ser repensadas e valorizadas em todos os níveis de atenção e devem considerar que as escolhas individuais são fortemente influenciadas pelas crenças e fatores históricos, políticos, sociais e culturais (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão apresentadas as etapas do percurso metodológico.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem o propósito de identificar e descrever opiniões, atitudes e crenças de uma população a respeito do fenômeno do estudo (GIL, 2017). E este estudo possui como um dos seus objetivos compreender as ações educativas desenvolvidas no ambulatório de pré-natal de um serviço de atenção secundária, sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais de saúde.

A pesquisa exploratória destina-se a investigar as várias formas com as quais um determinado fenômeno se manifesta, assim como seus fatores relacionados (POLIT; BECK, 2011). Ela tem o propósito de tornar o problema de pesquisa mais explícito, ao explorar uma nova visão dele (GIL, 2017). Assim, aplica-se ao outro objetivo deste estudo, que é discutir as estratégias educativas vigentes e as novas propostas de ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

A abordagem qualitativa busca descrever, analisar e interpretar os fenômenos em sua complexidade. O problema de pesquisa emerge da interação entre o pesquisador, sujeitos da pesquisa e o contexto, permitindo a compreensão dos significados atribuídos aos problemas vivenciados (LAKATOS; MARCONI, 2017).

5.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Utilizou-se como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Mercedes Trentini e Lygia Paim ao articular a pesquisa e a prática assistencial. A PCA é originada da pesquisa-ação, possui característica coletiva, envolve pesquisadores e pesquisados por meio de uma relação horizontal, dialógica, participativa. Além disso, objetiva solucionar ou minimizar problemas advindos da prática assistencial, introduzindo mudanças e inovações propostas de forma cooperativa entre os participantes e o pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os princípios básicos que norteiam a PCA são a dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade. A dialogicidade diz respeito ao encontro entre as ações de

assistência e pesquisa, é permeado pelo diálogo aberto e reflexivo entre os interlocutores que compartilham ideias e, dessa forma, constroem juntos o conhecimento. A expansibilidade relaciona-se ao caráter flexível do método, que permite ao pesquisador ampliar o propósito inicial da pesquisa em decorrência de situações imprevistas e relevantes que podem surgir ao longo do caminho (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Por sua vez, a imersibilidade requer o mergulho do pesquisador no contexto da prática assistencial de forma concomitante com as ações de pesquisa, a sua presença e vivência durante as atividades assistenciais permitem uma coleta de dados facilitada e melhorada. E, por último, o princípio da simultaneidade, que permite investigar ao mesmo tempo que a assistência é prestada, estabelecendo uma relação dialética. As ações pesquisar e assistir são diferentes em conceituação, entretanto complementares e convergentes para a mesma intencionalidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Dessa forma, a metodologia da PCA aproxima-se do paradigma da complexidade, uma vez que o pesquisador deve articular o investigar e o assistir, assim como identificar e diferenciar os vários aspectos envolvidos nessas ações relacionadas ao fenômeno da pesquisa (TRENTINI *et al.*, 2021). Neste estudo, o pesquisador assume o compromisso de investigar e agir em sua prática assistencial, de forma a incentivar e mobilizar a equipe para ação-reflexão-ação acerca das estratégias educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal desenvolvidas no pré-natal, considerando as perspectivas dos profissionais e das puérperas quanto ao objeto de estudo.

A partir da identificação dos problemas e necessidades de transformação que emergem da prática assistencial, os profissionais envolvidos precisam estar receptivos às mudanças como uma oportunidade de refletir sobre as possíveis causas dos problemas identificados, rever suas atitudes e propor soluções, renovando assim sua práxis (ALVIM, 2017; TRENTINI, 2006).

A PCA assemelha-se a uma dança, quando se comparam os movimentos corporais entre dois parceiros de dança aos movimentos de aproximação, de afastamento e de convergência entre a prática assistencial e as ações de pesquisa, criando espaços de sobreposição dessas ações, entrelaçando-as e possibilitando a construção de novas teorias e conceitos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

O pesquisador deve engajar os participantes para a atitude de mudança da prática assistencial, para isso precisa esclarecer os benefícios diretos que tais mudanças acarretarão aos usuários, ao serviço e conseqüentemente à instituição (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O desenvolvimento da PCA se concretiza por meio de quatro fases: fase de concepção, fase de instrumentação, fase de perscrutação e fase de análise (TRENTINI; PAIM; 2004). A trajetória

do estudo a partir de cada uma dessas fases foi apresentada a seguir, tomando como base as definições elaboradas pelas autoras Trentini e Paim (2004).

5.2.1 Fase de concepção

Nesta fase, foi elaborado o projeto de pesquisa. A escolha do tema emergiu a partir de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho da pesquisadora. Procedeu-se à delimitação do tema e do problema de pesquisa, bem como à definição dos objetivos, formulação da questão norteadora do estudo e busca na literatura sobre a temática, identificando as possíveis lacunas no conhecimento.

A definição do tema: “Estratégias educativas utilizadas no pré-natal” surgiu a partir da prática assistencial da pesquisadora em um serviço de assistência pré-natal, em que vivencia dificuldades de adesão das usuárias às práticas educativas e percebe a necessidade de informação nessa área e de revisão das estratégias pedagógicas utilizadas pelos profissionais, pois há o predomínio do formato de palestras, que não propicia a devida interação com as usuárias.

Em experiência anterior atuando também em maternidades, a pesquisadora conseguiu observar que as mulheres admitidas para assistência ao parto desconheciam vários aspectos relacionados ao processo parturitivo, desde a questão de direitos até as fases do trabalho de parto e parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Vale ressaltar que, no momento da admissão à maternidade, essas mulheres geralmente encontram-se na fase ativa do trabalho de parto e as sensações desse momento podem prejudicar a apreensão e compreensão de informações, razão pela qual se entende que o momento mais oportuno para essas orientações é durante o período de pré-natal.

Estudos apontaram que existe uma escassez e precariedade de orientações por parte dos profissionais durante a assistência pré-natal e a necessidade de conhecer a percepção de puérperas sobre a aplicabilidade de conteúdos educativos repassados durante o pré-natal, no momento em que vivenciaram o parto e período pós-parto (VIELLAS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018a; SILVEIRA, 2017).

5.2.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação consiste no momento de explicitar os processos metodológicos da pesquisa: cenário do estudo, seleção dos participantes, definição dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM; 2004).

5.2.2.1 Descrição do cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na mesorregião da Zona da Mata, Minas Gerais, que é dividida em sete microrregiões, com 142 municípios. Possui uma população de cerca de 2,2 milhões de habitantes, segundo o censo de 2010, e situa-se na porção sudeste do estado, próxima à divisa dos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo (IBGE, 2010).

O cenário do estudo foi um serviço de atenção secundária dessa região, inaugurado em 2006 para assistência ambulatorial e realização de cirurgias de baixa complexidade na região. Configura-se como um centro diagnóstico e terapêutico formado por clínicas de diversas especialidades, consultórios, centros de diagnóstico por imagem, farmácia, centro cirúrgico, central de material e esterilização, laboratórios, leitos para internação-dia e salas de aula (PDE, 2020).

A instituição é um hospital universitário que possui um total de 156 leitos e 1.668 colaboradores, entre servidores, empregados públicos e terceirizados, além de 268 residentes da equipe médica e multiprofissional. É referência na macrorregião, oferta serviços assistenciais em regime integralmente público, desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão e busca articular o conhecimento científico com as necessidades da comunidade. Os objetivos estratégicos da instituição estão ancorados em cinco pilares: sociedade, de forma a garantir a excelência na assistência, ensino, pesquisa e extensão; sustentabilidade, ao administrar com eficiência seus recursos; governança, por meio de uma gestão transparente; pessoas, ao investir na capacitação e retenção dos talentos; processos e tecnologias, voltados para inovação tecnológica e boas práticas assistenciais (PDE, 2020).

O ambulatório de pré-natal é referência no acompanhamento de gestantes de alto risco, entretanto atende também às gestantes de risco habitual residentes em região da Zona da Mata Mineira. As consultas são agendadas pelas prefeituras e por demanda espontânea. A média mensal de consultas em 2019, de acordo com relatório do sistema eletrônico do serviço, foi de 306 atendimentos, sendo 26,88% de risco habitual e 73,12% de alto risco. Os atendimentos de rotina são realizados por equipe multiprofissional composta de médicos, enfermeiros obstetras

e dentistas. E, conforme a necessidade, são realizados encaminhamentos para outras especialidades: fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia e assistência social.

O serviço não possui maternidade, as gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal são encaminhadas para uma das maternidades de referência da região, de acordo com a regionalização do município, para a assistência ao parto.

As consultas de enfermagem possuem uma abordagem educativa, com enfoque em orientações específicas para cada trimestre gestacional e período puerperal. O projeto do grupo de gestantes foi desenvolvido em 2018 e implementado em 2019. Os encontros do grupo acontecem uma vez por mês e envolvem a participação das enfermeiras obstetras e outros profissionais convidados: médico obstetra, pediatra, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, dentista, assistente social, fisioterapeuta, conforme a temática de cada encontro. Devido à pandemia do covid-19, os encontros do grupo de gestantes foram suspensos a partir de março de 2020, as consultas pré-natais e puerperais não sofreram alterações.

Em cada encontro, são abordados dois temas. Dessa forma, com cinco encontros do grupo, foi possível discutir os seguintes assuntos: importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gravidez; direitos do casal grávido; aspectos psicológicos da gestação, parto e puerpério; pré-natal odontológico; nutrição na gestação; preparo do assoalho pélvico para o parto; trabalho de parto, tipos de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor; aleitamento materno, banco de leite e cuidados com o recém-nascido.

5.2.2.2 Seleção dos participantes

Os participantes da pesquisa foram puérperas do serviço de pré-natal e profissionais de saúde da equipe multiprofissional que compuseram os encontros educativos com gestantes. Os critérios de inclusão foram: puérperas que realizaram consultas de pré-natal no referido serviço e participaram de encontros do grupo de gestantes e também profissionais da equipe multiprofissional atuantes nos grupos educativos com gestantes. Critérios de exclusão: mulheres com incapacidade de se comunicar verbalmente, profissionais que, após três tentativas de contato para agendamento da entrevista, não manifestaram interesse e aqueles ausentes na época de coleta dos dados por motivo de férias, licença-maternidade, licença médica e em trabalho remoto devido à pandemia do coronavírus.

A seleção das puérperas participantes do estudo ocorreu a partir da confirmação de sua participação nos grupos de gestantes, verificando as listas de presença, e nas consultas de pré-natal, com base nos registros eletrônicos. As mulheres foram convidadas a participar da

pesquisa no mesmo dia de realização da consulta puerperal, ao final do atendimento ou no dia de consulta do seu recém-nascido no ambulatório de pediatria.

As entrevistas iniciaram após esclarecimento sobre os objetivos do estudo, etapas da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Sendo assim, 16 puérperas aceitaram participar do estudo, e a coleta de dados foi encerrada quando atingiu os critérios de saturação dos dados, que, segundo Fontanella *et al.* (2008), ocorre quando pouco de substancialmente novo aparece, considerando as questões que refletem o objeto do estudo. No início, os acréscimos foram mais evidentes e, a partir da décima entrevista, apesar de os discursos não serem idênticos, apresentaram muitos elementos comuns. Destarte, após esse reconhecimento, realizaram-se mais seis entrevistas para confirmar a repetição dos dados.

Os profissionais da equipe multiprofissional que estiveram presentes nos encontros do grupo de gestantes foram convidados a participar do estudo de forma individual, presencialmente ou por contato telefônico, momento em que foram esclarecidos sobre objetivos e etapas da pesquisa e agendado o dia da entrevista de acordo com a disponibilidade de cada um. Participaram do estudo nove profissionais, entre enfermeiros, médicos, dentista, assistente social e fisioterapeuta. Uma profissional encontrava-se de licença-maternidade, um em trabalho exclusivamente remoto e outro não manifestou interesse em participar do estudo após três tentativas de contato. A equipe de saúde que integra o grupo de gestantes é formada por 13 profissionais, incluindo a pesquisadora.

5.2.2.3 Apresentação das técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio de 2020 a janeiro de 2021 por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, presenciais, guiadas por questões norteadoras (APÊNDICES C e D) com as puérperas do serviço de pré-natal e profissionais de saúde. Ressalta-se que as entrevistas com as puérperas foram realizadas de maio a agosto de 2020 e com os profissionais de saúde de setembro de 2020 a janeiro de 2021. A entrevista é um meio de comunicação verbal entre dois ou mais interlocutores que permite a construção do conhecimento sobre um determinado fenômeno de pesquisa (MINAYO; COSTA, 2018). De acordo com Minayo (2015), a relação pesquisador-pesquisados possibilita o compartilhamento de informações e a revelação de crenças e percepções considerando os aspectos históricos, socioeconômicos e culturais que influenciam a fala de cada interlocutor. Permite ao

entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dá espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados.

As entrevistas semiestruturadas ou focadas, segundo Polit e Beck (2011), são utilizadas quando os pesquisadores precisam abordar uma temática de forma mais ampliada, para isso eles constroem um roteiro de entrevistas com perguntas amplas e estimulam os participantes a conversarem livremente sobre a temática. Contudo, de acordo com Minayo e Costa (2018), essa conversa precisa ser direcionada pelo pesquisador de acordo com a sequência ordenada do guia construído previamente. Desse modo, intervenções de tempos em tempos são realizadas para situar o participante nos assuntos a serem investigados.

Durante as entrevistas, o pesquisador buscou proporcionar um ambiente acolhedor, descontraído, que facilitou o diálogo entre entrevistador e entrevistados. Essa facilidade em se estabelecer a comunicação ocorreu provavelmente devido à aproximação prévia do pesquisador com os participantes, no momento dos atendimentos pré-natais, no caso das puérperas e, no ambiente de trabalho colaborativo, com os profissionais da equipe multidisciplinar.

Foram realizadas entrevistas preliminares de aculturação, próprias das pesquisas qualitativas, que têm o objetivo de se apropriar da linguagem cultural dos sujeitos envolvidos para realizar uma adequação do roteiro de entrevistas previamente estabelecido, podendo incluir tópicos caso necessário. A aculturação também permite que o pesquisador realize uma autoavaliação do seu comportamento como entrevistador e ajuste a maneira como conduz a entrevista (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

Essas entrevistas preliminares foram realizadas com uma puérpera e uma enfermeira que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. A referida enfermeira foi integrante da equipe do pré-natal e aguardava transferência para outra instituição na época de realização da aculturação. As entrevistas de aculturação foram importantes para adequação das perguntas preestabelecidas no projeto, conforme os objetivos do estudo.

Destaca-se que, no caso do roteiro das puérperas e de acordo com o princípio da expansibilidade da PCA, as questões norteadoras foram reformuladas no que se refere às consultas, optando-se por retirar a especificação consultas de enfermagem e deixar a pergunta de forma mais ampla, referindo-se às consultas de pré-natal. De forma semelhante, as perguntas do roteiro de entrevistas com os profissionais de saúde também foram adaptadas e ampliadas, permitindo melhor detalhamento e compreensão das questões. Ressalta-se que essas duas entrevistas não foram utilizadas nos resultados e análise dos dados.

As entrevistas foram realizadas em salas de consulta do serviço, logo após a consulta da puérpera ou do seu recém-nascido, com a presença apenas da pesquisadora e do entrevistado,

mantendo a privacidade e o mínimo de interrupções possíveis. Destaca-se que as medidas de precauções da infecção do coronavírus foram seguidas de acordo com o preconizado pela instituição. As falas foram registradas em um gravador digital e a pesquisadora utilizou ainda um diário de campo para registro de suas observações. A duração das entrevistas variou de 20 a 60 minutos. Ao final das entrevistas, os participantes foram informados sobre a próxima etapa da pesquisa, constituída por grupos de discussão sobre as propostas de estratégias educativas apresentadas pelas puérperas e profissionais de saúde.

Devido às medidas preventivas da infecção do coronavírus, que propõem distanciamento e isolamento social, entre outras medidas, optou-se por realizar os grupos de discussão com os profissionais de saúde, considerando que estes já estão expostos ao ambiente do serviço de saúde. Os encontros do grupo ocorreram de forma presencial devido ao pequeno número de profissionais e por considerar este formato mais acolhedor e facilitador da discussão, podendo, a partir do mesmo, emergir os consensos e dissensos relacionados às estratégias propostas.

Os profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar dos grupos presencialmente, via telefone e/ou por mensagem de *whatsApp*. Foram realizados dois pequenos grupos, nos dias 6 de julho de 2021 e 3 de agosto de 2021, conforme a disponibilidade da maioria, dos quais participaram oito profissionais em cada grupo. Os encontros ocorreram em espaços do próprio serviço de pré-natal e atenderam às recomendações do Ministério da Saúde para prevenção e controle do coronavírus: distanciamento mínimo de um metro entre as pessoas, uso obrigatório de máscaras e higienização das mãos.

Os grupos de discussão foram fundamentados na noção de pequeno grupo, em que o número de participantes não é tão relevante quanto a organização do mesmo. Na sua organização, os participantes devem estar dispostos em círculo, possibilitando que todos possam se ver, se ouvir e assim estabelecer inter-relações que permitam se conhecerem e se reconhecerem em suas singularidades e diversidades (ALVES; SEMINOTTI, 2006a). Portanto, o sistema pequeno grupo deve ser compreendido como um sistema vivo, constituído por sujeitos que possuem linguagem, cultura, consciência e história de vida próprias (ALVES; SEMINOTTI, 2006b).

Os pequenos grupos ou equipes de trabalho devem possuir um facilitador, líder ou coordenador, além de serem formados para uma finalidade específica e desfeitos quando seus objetivos são alcançados. O saber/poder do líder deve ser relativo, de forma a respeitar o saber/poder dos demais membros do grupo. Durante a trajetória do grupo, ao se pensar em conjunto, aspectos imprevisíveis e múltiplas possibilidades de compreensões do fenômeno

estudado podem surgir. A realidade construída no contexto grupal é, portanto, complexa e passível de constantes mudanças (SEMINOTTI, 2016).

Os princípios da complexidade de Edgar Morin dão sustentação à dinâmica de realização do sistema pequeno grupo. A dialogicidade, proporcionando a abertura necessária para que todos os participantes possam expressar sua opinião, lógicas diferentes e divergentes poderão surgir e ser interpretadas também como complementares (MORIN, 2002). Cita-se ainda o princípio da recursão organizacional, que se fundamenta no entendimento de que o conhecimento produzido pelo grupo a partir da reflexão sobre as ações educativas retroage sobre aqueles que o produzem, em uma circularidade em espiral (MORIN, 2005), e o hologramático, segundo o qual a parte representa o todo e o todo representa cada parte. Dessa forma, a opinião de cada integrante do grupo estará presente na elaboração das propostas para (re)construção das estratégias educativas no serviço de pré-natal, com vistas a estabelecer um plano de ação que deverá representar as singularidades de cada participante. Este plano só poderá ser construído a partir dos consensos e dissensos emergidos do todo (o grupo).

A organização do pequeno grupo se faz a partir da interconexão de vários processos: organização, desorganização, subjetivação e sujeição entre os indivíduos participantes, o pequeno grupo e o sistema maior, institucional. Esses processos devem ser mediados por um organizador grupal, que irá propiciar as interações, socializações, articulações dos sujeitos do grupo entre si e entre estes e o contexto sistêmico organizacional. No sistema pequeno grupo, as inter-relações entre os sujeitos e o estabelecimento de vínculo entre eles corroboram para uma relação de compromisso com os objetivos comuns do grupo (ALVES; SEMINOTTI, 2006a).

O método sistêmico-complexo desse tipo de grupo é desafiador, pois requer uma cooperação mútua para o desenvolvimento de seus processos internos, a partir de lógicas distintas e que algumas vezes poderão ser conflitantes quando as demandas e relações de trabalho forem antagônicas. Portanto, é necessário compreender a complexidade das relações de trabalho em uma organização, reconhecendo as subjetividades e diversidades envolvidas nessas relações (CABRAL; SEMINOTTI, 2011).

5.2.3 Fase de perscrutação

A perscrutação é a fase de aproximação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa e com as etapas da investigação para obtenção dos dados da pesquisa. A pesquisadora está inserida no cenário do estudo desde janeiro de 2018 e participou ativamente do planejamento

do grupo de gestantes e da sua implementação, assim como das consultas de enfermagem de pré-natal realizadas de forma individual ou em conjunto com a equipe médica. Durante esse período, observou potencialidades e fragilidades das práticas educativas do serviço, o que a estimulou a desenvolver este estudo.

O diálogo com as enfermeiras e demais profissionais da equipe multiprofissional foi constante, expondo o interesse por este estudo e buscando sensibilizá-los para a reflexão das atuais práticas educativas desenvolvidas e para a possibilidade de desenvolver novas estratégias pedagógicas com vistas a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Nessa fase, executou-se a técnica de coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas guiadas por roteiro contendo as questões norteadoras do estudo (APÊNDICES C e D), que buscaram compreender as ações educativas desenvolvidas no ambulatório de atendimento pré-natal sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais e identificar as sugestões de novas estratégias educativas que pudessem ser implementadas. Posteriormente foram realizados dois pequenos grupos de discussão com os profissionais de saúde para reflexão e definição das estratégias educativas a serem implementadas no serviço pré-natal.

A partir da noção de complexidade proposta por Morin (2015), que significar tecer algo em conjunto, por meio de ações, interações e retroações, optou-se por dar seguimento ao estudo com a técnica de grupo, por considerar que as estratégias de ações educativas serão desenvolvidas pela equipe multiprofissional e para isso é fundamental a discussão coletiva das mesmas e a construção em conjunto de uma proposta, a fim de implementar as estratégias elaboradas pelo grupo.

5.2.3.1 Implementação dos grupos de discussão

Ressalta-se que, antes do início de cada grupo de discussão, a pesquisadora esclareceu os participantes sobre os objetivos desta fase de coleta de dados da pesquisa, solicitou concordância e assinatura do TCLE (APÊNDICE B) e gravação de áudio para posterior consulta dos diálogos ocorridos de forma a possibilitar a análise dos dados. Foi reforçada a garantia de sigilo e anonimato dos integrantes, ao ser utilizado o código PS, composto pelas letras iniciais de “profissional de saúde”, seguido de número cardinal atribuído de acordo com a ordem de expressão dos mesmos no grupo.

A pesquisadora mediou as discussões do grupo, utilizando-se de relação dialógica, horizontalizada, segundo os princípios de Seminotti (2016) para realização de pequenos grupos

na perspectiva sistêmica, ao propiciar um ambiente aberto, que permitiu a expressão dos sujeitos acerca dos assuntos abordados. Neste processo dialógico, ideias convergentes e divergentes surgiram, a pesquisadora reforçou que os múltiplos olhares são importantes e os sentidos das falas foram reafirmados e articulados para a conformação de um consenso que representasse a perspectiva do grupo, conforme explicitado de forma detalhada nas atas (APÊNDICES F e G).

No primeiro encontro, para conduzir a discussão, foi apresentada uma síntese dos dados obtidos a partir das entrevistas individuais com as puérperas e com os profissionais de saúde, que descreve de uma maneira geral os pontos fortes e os pontos fracos do processo de cuidar-educar no serviço de pré-natal, bem como as novas temáticas e estratégias de educação em saúde sugeridas. A partir dessa síntese, iniciou-se o debate com o objetivo de refletir acerca das fragilidades apontadas e vislumbrar as oportunidades de melhorias no processo de educação em saúde do serviço, cenário deste estudo.

Nesse momento inicial, algumas falas das puérperas entrevistadas foram apresentadas ao grupo a fim de permitir melhor apreensão das percepções das mesmas sobre as ações educativas do serviço de pré-natal. Os participantes do grupo foram incentivados pelo moderador a comentarem sobre os pontos fracos relatados e sobre as novas temáticas sugeridas. O diálogo fluiu livremente e todos os participantes puderam expressar suas opiniões a respeito de cada sugestão, conforme relatado em ata da reunião, na qual consta a descrição das falas dos participantes do grupo.

Com o objetivo de dar continuidade à discussão das estratégias educativas sugeridas pelos entrevistados, de forma a ratificá-las ou refutá-las, foi realizado um segundo grupo de discussão, que permitiu a (re)construção e revisão do projeto: “Grupo de gestantes: encontros multidisciplinares com gestantes e seus acompanhantes”, ao incorporar as ideias acordadas pelo grupo na perspectiva de uma atuação interdisciplinar e de incorporação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem no ciclo gravídico-puerperal. O diálogo proporcionado nesse segundo encontro foi descrito em ata (APÊNDICE G).

O propósito da melhoria contínua serviu como um alicerce para a condução das discussões nos grupos. De acordo com Gozzi (2015), o processo de melhoria contínua deve ser entendido como uma busca constante de aperfeiçoamento em tudo que se faz e a mudança de um processo organizacional não requer necessariamente a sua substituição ou modificação por completo, mas a incorporação de novas estratégias para o alcance de melhor qualidade nos resultados.

Algumas ferramentas de gestão da qualidade podem auxiliar no estabelecimento de melhorias da qualidade de processos organizacionais, ao serem utilizadas para definição, análise e proposição de soluções para os problemas identificados (GOZZI, 2015). Uma dessas ferramentas é a 5W2H que permite estabelecer um cronograma de planejamento, execução ou monitoramento de projetos, é composta pelas seguintes perguntas: What? (O que?), Who? (Quem?), When? (Quando?), Where? (Onde), Why? (Por quê?) How? (Como?) e How much? (Quanto?). O Quadro 3 apresenta o detalhamento de cada pergunta (GOZZI, 2015).

Quadro 4 - Detalhamento da ferramenta 5W2H, segundo Gozzi, 2015

What?	O que tem sido feito? O que deveríamos fazer? O que mais pode ser feito? O que temos que refazer? O que podemos fazer agora?
Why?	Por que fazer isso? Por que fazer dessa maneira? Por que fazer agora? Por que não fazer agora?
Where?	Onde fazer? Onde deveria ser feito? Fazer aqui ou contratar fora?
Who?	Quem deve fazer isso? Quem deve participar?
When?	Quando será feito? Quando haverá disponibilidade e possibilidade para fazer?
How?	Como fazer isso? Como podemos melhorar? Como podemos fazer diferente?
How Much?	Quanto vamos gastar com a solução? Quanto temos disponível?

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A escolha desta ferramenta de gestão da qualidade 5W2H foi realizada por se tratar de uma prática de gestão utilizada de forma rotineira na instituição para implementação de planos de ações nas unidades. Sendo assim, durante o segundo encontro, as estratégias educativas sugeridas nas entrevistas foram (re)apresentadas aos integrantes do grupo, a fim de obter a concordância ou discordância da implementação das mesmas, bem como suas justificativas em caso de não concordância. Após a seleção das estratégias educativas consideradas prioritárias e exequíveis, foi construído coletivamente um plano de ação tendo como base a ferramenta

5W2H, no qual cada item da ferramenta, que contempla os passos para a implementação das estratégias, foi preenchido em conjunto com os participantes do grupo. Esse plano de ação será discutido no capítulo dos resultados, etapa 3.

De acordo com Cortes *et al.* (2018), o processo de reflexão-ação proporcionado durante os grupos de discussão busca a (re)construção de ideias e conhecimentos com vistas a transformar as práticas assistenciais.

Ao final do segundo grupo, a pesquisadora solicitou aos participantes que relatassem como foi vivenciar o processo de pesquisa. Dessa forma, foi possível avaliar a metodologia aplicada neste estudo, conforme será explicitado no item 6.3.2, Convergência entre teoria e prática assistencial.

5.2.4 Fase de análise

Os resultados da pesquisa foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2016), na modalidade de análise categorial temática. Optou-se por analisar os resultados separadamente por grupo de participantes: puérperas e profissionais de saúde, e em seguida, procedeu-se à análise dos grupos de discussão. As fases da técnica de análise de dados compreendem pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, discutidas a seguir.

As entrevistas foram transcritas para o programa *Microsoft Word* 2019. Logo após, realizou-se a organização do *corpus* de análise, reuniram-se as respostas de todas as participantes a cada questão norteadora, procedeu-se à leitura exaustiva do material e, em seguida, destacaram-se, em cores diferenciadas, as ideias semelhantes. Na exploração do material, efetuou-se o recorte das falas com o mesmo significado, estabeleceram-se as unidades de registro por meio de frases que deram sentido às falas e que subsidiaram a definição das unidades de contexto e, por fim, as categorias de análise.

A pré-análise é a primeira etapa de organização dos dados, momento em que o pesquisador irá sistematizar as ideias iniciais por meio de cinco etapas: leitura flutuante, escolha dos documentos que comporão o *corpus* de análise, formulação de hipóteses ou objetivos, referenciação dos índices, elaboração dos indicadores e preparação do material (BARDIN, 2016).

Na fase de exploração do material, ocorre a descrição analítica, o estudo aprofundado do *corpus* orientado pelas hipóteses ou objetivos do estudo. Corresponde às etapas de: codificação, recorte, classificação/agregação e categorização. Os dados brutos serão

transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitirão uma descrição das características do conteúdo. Os recortes podem ser uma palavra isolada ou conjunto de palavras que sejam relevantes para a análise e que posteriormente subsidiarão a seleção das unidades de registro e de contexto (BARDIN, 2016).

Segundo Bardin (2016), a análise temática consiste em desvelar os núcleos de sentido da comunicação cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. Esses núcleos de sentido são as unidades de registro que contém recortes em nível semântico (tema) ou linguístico (palavras, frases) de acordo com os objetivos do estudo.

Posteriormente, o analista definirá as unidades de contexto que representam a compreensão das unidades de registro, que, por sua vez, facilitam a codificação de um segmento de uma mensagem estudada, contribuindo para a construção das categorias. Na fase de categorização, o pesquisador irá reagrupar os sintagmas em nível semântico, identificando o que cada um deles têm em comum, para assim formar as categorias temáticas (BARDIN, 2016).

A categorização contém duas etapas: o inventário, quando se separam os elementos; e a classificação, que consiste em distribuir os elementos de forma a organizar as mensagens e tem o propósito de agrupar os elementos para obter uma representação simplificada dos dados brutos (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A última fase da análise de conteúdo é o tratamento dos resultados por inferência e interpretação. Para que se tenha sucesso nessa fase, é primordial que o pesquisador tenha pleno domínio do referencial teórico e que as hipóteses e/ou objetivos do estudo estejam bem delineados de forma a possibilitar o desvelamento do conteúdo e a obtenção de respostas para o problema de pesquisa, comparando com outros resultados da literatura (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A análise das informações seguiu os quatro processos de apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão corresponde ao início da coleta de dados. As informações deste estudo foram obtidas em três etapas: entrevistas com as puérperas, entrevistas com os profissionais de saúde e grupos de discussão. Em seguida, os registros foram organizados em diários de campo e em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*, de forma a apreender os significados de cada etapa, a partir dos códigos e vocábulos mais presentes. Destaca-se que, em se tratando de PCA, esse processo ocorre de forma concomitante com as atividades assistenciais do pesquisador (TRENTINI; PAIM, 2014).

O processo de síntese consiste na fusão de todos os elementos em um todo coerente (TRENTINI; PAIM, 2014). A partir dos códigos extraídos no processo de apreensão e com o

aprofundamento do olhar guiado pela pergunta norteadora e objetivos delimitados para o estudo, a pesquisadora unificou os dados obtidos nas entrevistas com as puérperas e os profissionais de saúde e nos grupos de discussão.

A teorização envolve a leitura e releitura das informações obtidas, o que exige um trabalho intelectual exaustivo até se alcançar um nível de abstração para a formulação de um constructo teórico (TRENTINI; PAIM, 2014). Esse processo ocorreu após criteriosa revisão da literatura e estabelecimento de relações entre os resultados obtidos e o referencial teórico.

O processo de transferência consiste na contextualização dos resultados com a intenção de socializá-los sem generalizá-los e está relacionado a dois sentidos da PCA, que são atender diretamente à questão-problema de pesquisa no cenário assistencial e ampliar os resultados de forma a transmutar e inovar uma prática para uma nova prática, com a finalidade de alcançar a melhoria na qualidade da assistência (TRENTINI; PAIM, 2014).

Neste estudo, os resultados encontrados a partir da investigação com as puérperas e os profissionais de saúde foram socializados, contextualizados e refletidos no momento dos grupos de discussão, o que possibilitou a (re)construção de um projeto preliminar de ações educativas do serviço de atenção pré-natal (APÊNDICE H), tendo como embasamento teórico o pensamento complexo de Edgar Morin e a pedagogia problematizadora, libertadora de Paulo Freire, de modo a vislumbrar um caminho para uma nova prática na perspectiva do trabalho interdisciplinar com a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em novembro de 2019, foi apresentado o projeto desta pesquisa durante a aula da disciplina de Seminários em Enfermagem. Após adequação das sugestões dos professores, alunos e da orientadora, o projeto foi apresentado ao chefe de serviço da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher da instituição do estudo e solicitada assinatura de declaração de infraestrutura e concordância (APÊNDICE E).

Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto no referido CEP, em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b). A aprovação ocorreu no dia 23 de abril de 2020, sob o Parecer Consubstanciado nº 3.987.166 e CAAE: 28462120.2.0000.5133 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos previamente sobre os objetivos do estudo e suas etapas, sendo reafirmado que a participação era voluntária, não havendo nenhum prejuízo ou penalização em caso de recusa e que, mesmo após o aceite inicial, estava resguardado o direito de suspender esse consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Após esses esclarecimentos, procedeu-se à leitura do TCLE (APÊNDICE B) e, em caso de concordância em participar, à assinatura do mesmo em duas vias, uma que ficaria com a pesquisadora e a outra, com o participante. Ressalta-se que nenhum sujeito expressou recusa em participar da pesquisa. Foram assegurados aos participantes privacidade, confidencialidade e anonimato dos dados oriundos das entrevistas, utilizando codificação ao final dos trechos das falas, P e PS, referindo-se respectivamente às puérperas e aos profissionais de saúde, seguida de número sequencial da ordem em que se deram as falas.

A pesquisa envolveu riscos mínimos por se tratar de entrevistas e grupos de discussão, o que poderia ocorrer seriam alterações emocionais, desconforto ou constrangimento durante as conversas individuais e em grupo. Para minimizar esses riscos, foi assegurado um ambiente acolhedor, escuta atenta, desprovida de julgamentos e liberdade para suspender a participação em qualquer momento, retomando em outro momento mais oportuno.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. As informações obtidas a partir dos resultados desta pesquisa serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, como publicações em periódicos e apresentações em eventos, sendo assegurado o anonimato dos participantes e da instituição.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a análise dos dados obtidos nas três etapas de coleta de dados da pesquisa: entrevistas semiestruturadas com as puérperas (P), entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde (PS) e grupos de discussão com os profissionais de saúde.

6.1 ETAPA 1: ENTREVISTAS COM AS PUÉRPERAS

A primeira etapa de coleta de dados da pesquisa envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com as puérperas de acordo com os critérios de inclusão explicitados na metodologia. Foram realizadas entrevistas com 16 usuárias, sendo 12 entrevistadas no dia da consulta pós-parto e quatro entrevistadas no momento da consulta de puericultura do seu recém-nascido. Nenhuma puérpera abordada e esclarecida sobre pesquisa se recusou a participar.

6.1.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas

As seguintes variáveis foram investigadas nas entrevistas com as puérperas: idade, estado civil, raça, escolaridade, trabalho remunerado, renda familiar, número de gestações, história de abortamento, tipo de parto, risco gestacional, número de consultas pré-natais e participação no grupo de gestantes.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas, n=16, em Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021

Variável	N	%
Idade		
18 - 29 anos	6	37,5
30- 39 anos	8	50
40 anos ou mais	2	12,5
Estado civil		
Solteiras	3	18,75
Casadas	10	62,5

União estável	3	18,75
Raça		
Branca	3	18,75
Parda	9	56,25
Preta	4	25
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	18,75
Ensino médio completo	9	56,25
Ensino superior completo	4	25
Trabalho Remunerado		
Sim	10	62,5
Não	6	37,5
Renda familiar		
1 salário mínimo	2	12,5
2 salários mínimos	10	62,5
3 ou mais salários mínimos	4	25
Número de gestações		
1	8	50
2	5	31,25
3 ou mais	3	18,75
História de aborto		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Tipo de parto		
Normal	8	50
Cesáreo	8	50
Classificação do risco gestacional		
Baixo risco	0	0
Alto risco	16	100

Número de consultas de pré-natal

1-6	0	0
7-10	1	6,25
11 ou mais	15	93,75

Participações no grupo de gestante

1	8	50
2-4	4	25
5 ou mais	4	25

Fonte: Dados da pesquisa, elaborada pela autora (2021).

No presente estudo, 50% das participantes encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos, seguida de 37,5% entre 18 e 29 anos e 12,5% eram mulheres com 40 anos ou mais. Nas últimas décadas, atrelado à transição demográfica, observou-se que mundialmente as mulheres têm vivenciado a gestação mais tardiamente (ALDRIGHI *et al.*, 2018; FITZPATRICK *et al.*, 2016). Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) revelam que, no ano de 1999, do total de nascidos vivos, 8,23% eram provenientes de gestações tardias, 35 anos ou mais; em 2009, 10,13%; já no ano de 2019, esse número se eleva para 16,17% (BRASIL, 2021a).

Essa mudança nos padrões reprodutivos, postergando a gestação, está relacionada a diversos fatores, entre eles: a eficácia dos métodos contraceptivos; maiores oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho, que investem assim mais tempo na progressão da carreira; os avanços da tecnologia reprodutiva assistida e a busca pelo parceiro certo (ALDRIGHI *et al.*, 2018, LOPES *et al.*, 2014; XAVIER *et al.*, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, a gestação a partir dos 35 anos ou mais é considerada de alto risco, devido à maior probabilidade de ocorrer alterações como abortamento espontâneo, alterações cromossômicas, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro (ALVES *et al.*, 2017, BEZERRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2012c). A associação entre idade materna avançada e maior risco de complicações corrobora os resultados encontrados em um estudo transversal prospectivo realizado com 430 gestantes, das quais 77,7% apresentaram algum tipo de complicação (ALVES *et al.*, 2017).

Apesar das evidências de complicações em idade gestacional avançada, Alves *et al.* (2017) e Aldrighi *et al.* (2018) reforçam que o fator idade isoladamente não é preditivo de

complicações maternas e obstétricas, deve-se levar em consideração a influência das doenças preexistentes e da paridade no desenvolvimento dos eventos adversos.

O acompanhamento pré-natal com profissionais de saúde capacitados em pré-natal de alto risco, bem como a orientação à mulher quanto aos sinais de alerta são primordiais para prevenir, detectar precocemente e intervir em momento oportuno diante de possíveis alterações relacionadas ao ciclo gravídico. Estudo realizado por Aldrighi *et al.* (2016) revelou que as mulheres se sentiram inseguras com a falta de informações sobre os riscos gestacionais.

Quanto ao estado civil, a maioria (62,5%) era casada, a raça parda representou mais da metade das participantes do estudo (56,25%), seguida da raça preta (25%) e branca (18,75%). Mulheres pardas e negras estão mais propensas a sofrer situações de violência obstétrica, física, verbal ou institucional. Experiências de parto respeitosas e com menos intervenções obstétricas são menos frequentes nesse grupo (LIMA, 2019b). Sendo assim, a informação sobre os direitos da gestante e sobre os canais de atendimento em casos de violação desses direitos é essencial, tais como: Ouvidoria do SUS, Delegacia da Mulher, Secretaria de Saúde do município e Defensoria Pública. Todas as mulheres grávidas têm direito de ser iguais em dignidade, de ter uma assistência à saúde acessível, de qualidade, digna e respeitosa durante toda a gestação e o parto, bem como o direito de estar livres de violência e discriminação (OMS, 2014).

Mais da metade das participantes possuía ensino médio completo e 25% delas, ensino superior completo. O bom nível educacional das usuárias do serviço contribui para a compreensão dos conteúdos educacionais nas suas diversas formas: escrita, falada, *on-line*, dinâmicas de trabalho coletivo. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Errico *et al.* (2018), em seu estudo com gestantes de alto risco atendidas no Instituto Jenny de Andrade Faria (Ijaf), vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no qual as participantes possuíam escolaridade entre oito e onze anos, o que permite inferir que esse grupo de mulheres transita com mais facilidade nos diferentes equipamentos constitutivos do Sistema Único de Saúde, com melhor capacidade para obter informações e a atenção desejadas.

O termo alfabetização pessoal em saúde refere-se ao grau de capacidade que o indivíduo tem de encontrar, compreender e usar informações e serviços relacionados à saúde para si próprios e para outros. Já a literacia em saúde organizacional requer que as organizações proporcionem condições para que os indivíduos alcancem a educação pessoal em saúde. Essas definições foram atualizadas em agosto de 2020 e enfatizam a capacidade das pessoas de usar as informações de saúde em lugar de apenas entendê-las, podendo tomar decisões "bem informadas" em vez de decisões "apropriadas". Dessa forma, incorpora uma perspectiva de

saúde pública e reconhece que as organizações têm a responsabilidade de abordar a alfabetização em saúde (SANTANA *et al.*, 2021).

Com relação à ocupação, 62,5% relataram possuir vínculo empregatício. A renda familiar da maioria das participantes correspondia a dois salários mínimos, 25% informaram renda de três ou mais salários mínimos e 12,5% delas relataram que a renda da família era de apenas um salário mínimo. Considerando que a chegada de um novo membro à família requer gastos financeiros extras, a baixa renda pode ser um fator causador de preocupação e ansiedade para as gestantes (DEMARCHI *et al.*, 2017). Os profissionais que acompanham essas mulheres precisam estar receptivos e disponíveis para ouvir os seus anseios, angústias, bem como encaminhá-las para os serviços de assistência social quando necessário. O apoio da equipe multidisciplinar pode contribuir para que a questão financeira não se torne um evento estressor maior, afetando as relações familiares (LEITE *et al.*, 2014).

Sobre o perfil obstétrico, metade das mulheres eram primíparas, o que reforça a importância e a necessidade de receber orientações durante o pré-natal, visto que, para as “mães de primeira viagem”, tudo é uma novidade. Sendo assim, elas apresentam mais dúvidas e se sentem mais inseguras na realização dos cuidados com o recém-nascido, quando comparadas com as múltiparas (CASTELLI *et al.*, 2014; DEMARCHI *et al.*, 2017).

A maternidade para as primíparas significa um momento de intensas transformações físicas, psicológicas, familiares, sociais, em que mudanças no padrão de vida familiar são necessárias, prioridades precisam ser revistas e novas escolhas de vida realizadas. Esse processo de transição do ser mulher para o ser mãe pode ocasionar dificuldades, medos e tensões. Destarte, para o enfrentamento das situações advindas da maternidade, resolução de dúvidas e aprendizado, são essenciais o acompanhamento pré-natal e o apoio familiar a essa mulher (ROMERO *et al.*, 2016; DEMARCHI *et al.*, 2017).

Apenas 12,5% das entrevistadas haviam passado por situação de abortamento anterior. Mulheres que vivenciaram perdas gestacionais anteriores geralmente apresentam muitas dúvidas sobre as causas de sua perda, apresentam sentimento de culpa pelo ocorrido e mostram-se bastante receosas quanto ao futuro da gestação atual. Isso requer a sensibilidade da equipe de saúde que a assiste para tratar das questões emocionais, assim como dirimir dúvidas que possam persistir (PONTES, 2016).

Quanto ao tipo, no último parto, 50% das mulheres tiveram parto cesáreo, metade dessas haviam tido parto cesáreo anterior e as outras indicações foram por Crescimento Intrauterino Restrito (Ciur), infecção materna grave pelo coronavírus, necessitando de interrupção da gestação, uma por falha na indução do parto e outra devido a transplante renal. Esse resultado

corroborar com o de Alves *et al.* (2017), que evidenciaram uma relação significativa entre complicações gestacionais e cesariana.

Entre as que tiveram parto normal, metade necessitou de indução do parto devido a diabetes mellitus gestacional (DMG). Todas as participantes foram classificadas durante a gestação como de alto risco obstétrico, a maioria devido a DMG. O diagnóstico de DMG tem apresentado um aumento progressivo nas últimas décadas em decorrência da elevação das taxas de obesidade e sedentarismo na população mundial e ao crescimento do número de mulheres que engravidam com idade mais avançada (OPAS, 2016b). De acordo com a Opas, a estimativa atual é de um caso de DMG para cada seis nascimentos, sendo assim, o diagnóstico precoce e medidas de controle da doença devem ser considerados uma prioridade mundial.

Um importante estudo denominado *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes* (Hapo), realizado com 25.505 gestantes de vários países, constatou que a hiperglicemia materna estava associada a desfechos maternos e perinatais ruins, como macrosomia fetal, hipoglicemia neonatal, pré-eclâmpsia e cesariana. Esse estudo contribuiu para definições de critério diagnóstico de DMG mais rigorosos (METZGER *et al.*, 2008).

Recentemente foi realizado um estudo de Hapo *follow up* que revelou os desfechos em longo prazo para a saúde materna e infantil. Esse estudo foi realizado com 4.832 crianças entre 10 e 14 anos, cujas mães foram submetidas a um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75g com 28 semanas de gestação. Os resultados evidenciaram uma correlação positiva entre níveis de glicose materna durante a gravidez e níveis mais elevados de glicose e resistência à insulina durante a infância, independentemente do índice de massa corporal (IMC) materno e infantil e antecedente familiar de diabetes. Os achados deste estudo constataram que essa relação é contínua e também sugerem maior risco de diabetes tipo 2 na infância, apesar de outros fatores estarem associados nesse caso (SCHOLTENS *et al.*, 2019).

No que tange ao número de consultas de pré-natal, 93,75% delas realizaram 11 consultas ou mais, o que é compatível com o acompanhamento necessário para gestação de alto risco. Segundo o MS, a presença de fatores de risco gestacionais pressupõe a necessidade de maior atenção da equipe de saúde e maior frequência de consultas, sendo que o intervalo entre elas é estabelecido conforme o tipo de risco e condição de controle da doença (BRASIL, 2012c).

O manual técnico de gestação de alto risco do MS reforça que práticas educativas voltadas para os problemas específicos decorrentes da gestação de alto risco são primordiais e podem ter efeito potencializado quando envolvem a família e a comunidade, que servem como suporte à gestante para mudança de comportamentos e atitudes que interferem no controle da sua doença, como, por exemplo, dieta e atividade física, essenciais para o controle da DMG

(BRASIL, 2012c). Além disso, o apoio emocional a essas mulheres deve ser considerado, pois muitas podem apresentar dificuldade de aceitação, ansiedade e receio da repercussão fetal que pode ser ocasionada pela doença (BRASIL, 2012c).

Quanto ao número de encontros do grupo de gestantes, apenas 25% participaram de cinco ou mais encontros e tiveram a oportunidade de receber orientações acerca de todos os temas prioritários selecionados pela equipe multiprofissional. Metade das entrevistadas participou de apenas um encontro. A baixa adesão das mulheres aos grupos de gestantes também foi evidenciada no estudo de Silva (2017).

6.1.2 Categorias de análise: puérperas

Nesta parte, foram apresentados os resultados dos dados obtidos nas 16 entrevistas individuais e submetidos à análise de temática de Bardin (2016). Os distintos conteúdos presentes nos discursos das puérperas foram agrupados por coocorrências, semelhanças e dissemelhanças dos vocábulos, sendo possível estabelecer, a partir da conectividade entre os mesmos, 24 unidades de registro, as quais foram reagrupadas por similaridade de significância em sete unidades de contexto. As unidades de contexto e de registro foram descritas no Quadro 5.

Quadro 5- Unidades de contexto e unidades de registro obtidas a partir das entrevistas com as puérperas

Unidades de Contexto	Unidades de Registro
O acompanhamento dos profissionais durante o pré-natal	Atenção no pré-natal
Grupo de gestantes: benefícios, facilidades e dificuldades	O aprendizado proporcionado pelo grupo de gestantes
	Grupo de gestantes: facilidades, dificuldades
A segurança proporcionada à mulher durante o pré-natal	Gestante segura no pré-natal e parto
	Segurança e empoderamento da mulher
Orientações sobre gestação, parto e cuidados com o recém-nascido	Orientações relacionadas ao recém-nascido
	Orientações relacionadas ao período gestacional
	Orientações sobre parto e trabalho de parto
	Dúvidas relacionadas ao recém-nascido
	Dúvidas sobre os tipos de parto, trabalho de parto

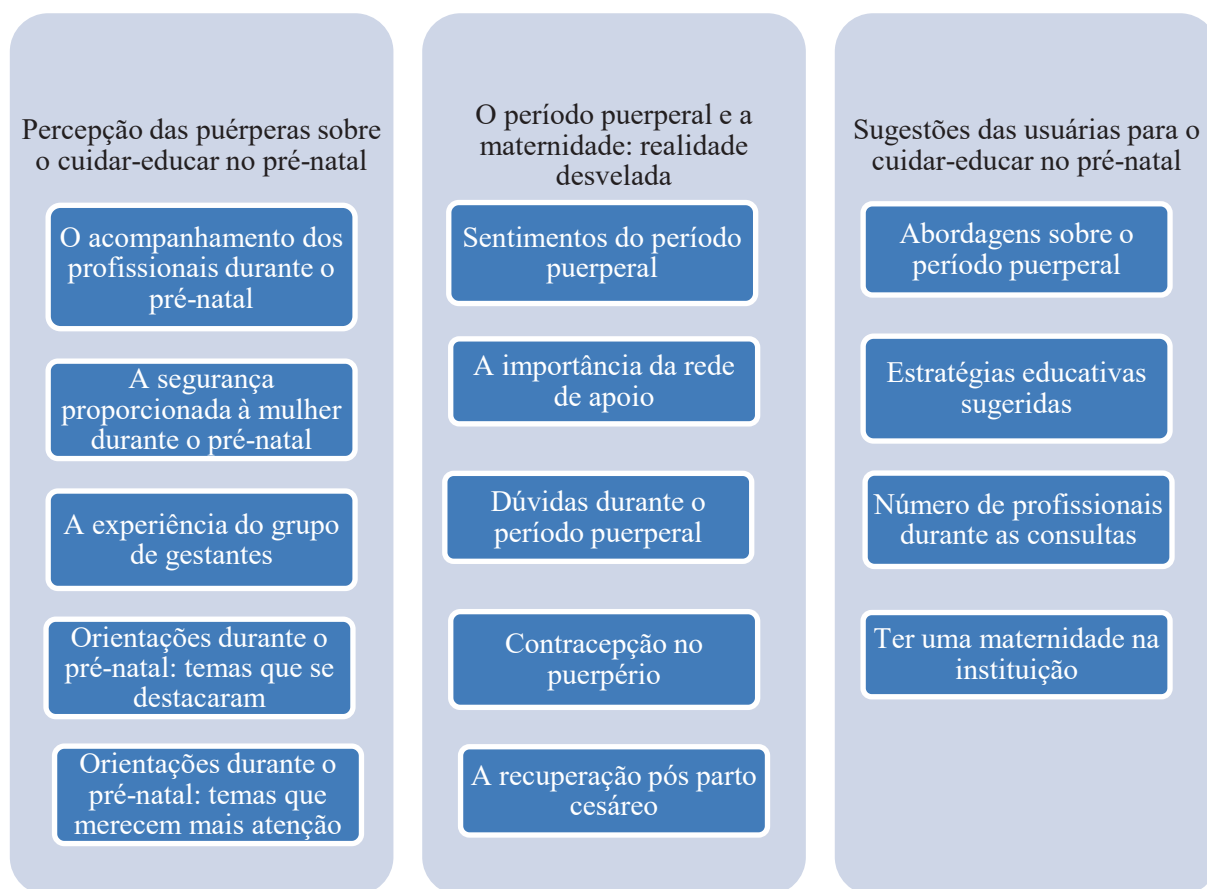
	Falta de orientações relacionadas ao período gestacional
	Dúvidas durante o pré-natal
	As orientações foram suficientes
	Os cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno
Particularidades do período puerperal	Os sentimentos da mulher e o autocuidado no puerpério
	Contracepção no puerpério
	A importância da rede de apoio no puerpério
	A recuperação pós-parto
	Abordagens relacionadas ao período puerperal
Sugestões das usuárias para melhorias no serviço de pré-natal	Estratégias educativas sugeridas pelas usuárias
	Ter uma maternidade na instituição aumentaria a satisfação
	Número de profissionais durante as consultas
	Orientações sugeridas para o período gestacional
A importância da orientação sobre os direitos da gestante	Orientações sobre os direitos da gestante
	Prevenção da violência obstétrica

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Categorias e subcategorias: puérperas

Os núcleos de sentido das unidades de contexto foram analisados em profundidade, possibilitando por similaridade a construção de três categorias temáticas mais amplas, que se ramificaram, de acordo com suas peculiaridades, em subcategorias, conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5- Categorias e subcategorias definidas a partir das unidades de contexto das entrevistas com as puérperas



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Categoria 1: Percepção das puérperas sobre o cuidar-educar no pré-natal

Esta categoria permitiu compreender que, na visão das puérperas, o cuidar-educar no serviço de pré-natal de atenção secundária está diretamente relacionado ao acolhimento e à atenção proporcionada pelos profissionais de saúde, à segurança obtida a partir do esclarecimento de dúvidas, à realização dos exames e às orientações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

Subcategoria 1: O acompanhamento dos profissionais durante o pré-natal

Os profissionais de saúde exercem um importante papel no monitoramento e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, com vistas a proporcionar o bem-estar materno e fetal. Durante esse processo, a mulher precisa se sentir acolhida e segura.

A maioria das participantes, quando questionadas sobre a sua percepção em relação às consultas de pré-natal e assistência nesse período, relataram satisfação com o atendimento, uma acolhida calorosa, simpática e humana dos profissionais. Conforme explicitado nas falas:

Vocês me acolheram bem até demais, eu assim tive toda a assistência [...]. Nossa! A gente vê o carinho que vocês têm. A gente que é mãe, nesse período, a gente precisa muito de apoio. Nossa! Eu fui tão bem acolhida. Me trataram muito bem, me acolheram muito bem [...] (P1).

Eu gostei muito do atendimento, a acolhida. Eu achei uma coisa assim bem humana, bem calorosa, eu sinceridade gostei muito (P9).

Estudo realizado por Bezerra *et al.* (2021) também identificou que a maioria das puérperas de um Centro de Parto Normal (CPN), do Ceará, tiveram boa percepção do acompanhamento no pré-natal, demonstraram satisfação com a qualidade do atendimento ofertado, enfatizaram a atenção, a confiança, o respeito dos profissionais e que estes conseguiram atender às suas expectativas e necessidades, com esclarecimentos de dúvidas e as devidas orientações.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização e deve estar alinhado aos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Está relacionado ao atendimento às demandas das usuárias, ouvindo suas necessidades de forma respeitosa e humana. O acolhimento requer a presença de vínculo, olhar atento, escuta qualificada, fornecimento de informações e também ações de reorganização do serviço e mobilização dos sujeitos envolvidos na atenção à saúde de forma a proporcionar uma resposta positiva ao problema de saúde do usuário (FOSTER *et al.*, 2017; FARIAS *et al.*, 2018; BRASIL, 2010b).

Na concepção das participantes do presente estudo, o acolhimento pré-natal vai além da recepção na porta de entrada do serviço e do repasse de informações sobre a dinâmica de funcionamento da unidade, requer o estabelecimento de relações interpessoais empáticas e afetuosas.

A atitude de acolher implica estar em relação com algo ou alguém, “estar com” ou “estar perto de”, reconhecer o outro em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; envolver-se nesse encontro de “estar com”, potencializando o protagonismo e a vida do outro (BRASIL, 2010b).

Em contrapartida, uma usuária informou não ter se sentido bem acolhida em todos os atendimentos, o que demonstra que ainda é preciso melhorar a qualidade do atendimento e acolhimento profissional em sua totalidade, conforme relato abaixo:

As consultas que eu tive, que eu gostei pra caramba, foram as que eu tive com as enfermeiras obstetras, que foram completas e que eu me senti à vontade, super acolhida. E, nas consultas médicas, só na primeira e nas duas últimas. As outras foram boas também, mas eu acho que muito incompletas, por ser primeira gestação da gente. Só assim, eu não me senti muito à vontade, sinceramente (P16).

Ao analisar o relato dessa participante, percebeu-se que as enfermeiras do serviço conseguiram proporcionar durante as consultas um ambiente acolhedor, aberto, deixando-a à vontade para expor suas angústias, suas dúvidas, preocupando-se com seu bem-estar em outras dimensões, além da biológica. Segundo a depoente, o mesmo não foi observado em alguns atendimentos com a equipe médica.

Estudo de Marques *et al.* (2021) evidenciou que a adequação às orientações recebidas no pré-natal foi 1,34 vez maior ($p=0,001$) entre as mulheres assistidas por médico e enfermeiro quando comparadas àquelas atendidas somente pelo profissional médico. De acordo com Bezerra *et al.* (2021), as participantes do seu estudo expressaram descontentamento com o atendimento do profissional médico, que não promoveu uma escuta qualificada durante as consultas. No entanto, essas mulheres perceberam que as enfermeiras disponibilizaram mais tempo ao atendimento, atendendo melhor às suas expectativas.

As puérperas do estudo de Lemos *et al.* (2019) reconheceram que o enfermeiro obstetra pré-natalista possui competência técnica e habilidades relacionais diferenciadas que proporcionam uma relação de confiança, com escuta qualificada, um cuidado singular e ampliado para além dos procedimentos técnicos obstétricos.

Diante de tais resultados, destaca-se que a inserção e atuação do enfermeiro obstetra na assistência pré-natal contribui para a melhoria da qualidade da assistência e maior satisfação das mulheres no período gravídico-puerperal. Esse profissional geralmente está envolvido com atividades de educação em saúde no serviço, oportunizando o aprendizado e o esclarecimento de dúvidas da mulher e sua família (LEMOS *et al.*, 2019).

O acolhimento é construído a cada encontro, por meio de relações de confiança e compromisso estabelecidas entre profissionais, serviços e usuários, permeadas por conversações que reafirmam a potencialidade do indivíduo como sujeito ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010b, 2017c). Durante esse encontro, é importante que as mulheres se sintam confortáveis para expor suas dúvidas e sentimentos, sejam escutadas e esclarecidas e recebam um suporte ideal (BRITO *et al.*, 2019).

O ato de acolher também envolve uma reorganização espacial com adequação dos ambientes dos serviços de saúde, classificação de risco com seleção daqueles que terão

atendimento prioritário, acionamento de redes internas e externas multiprofissionais, encaminhamentos responsáveis para outros locais, com o objetivo de proporcionar respostas adequadas aos usuários (BRASIL, 2014b, 2017c).

O principal objetivo do acolhimento no ciclo gravídico-puerperal é garantir o acesso a gestante, recém-nascido e puérpera em todos os níveis de atenção, envolvendo um cuidado humano qualificado e resolutivo (BRASIL, 2014b).

Subcategoria 2: A segurança proporcionada à mulher durante o pré-natal

A segurança na assistência pré-natal para as participantes do estudo esteve associada às orientações repassadas pelos profissionais, à realização de exames laboratoriais, ultrassonográficos e ao atendimento pelo mesmo profissional. A partir do acompanhamento pré-natal e orientações recebidas, as mulheres revelaram que se sentiram seguras para vivenciarem o momento da gestação e do parto:

No momento do meu parto, eu me sentia segura para fazer. Não tive medo não (P1).

[...] nessa eu tive bastante segurança, as médicas paravam, conversavam, falavam comigo, pra mim, foi muito bom, eu tive bastante segurança no pré-natal (P5).

A comunicação empática e efetiva entre o profissional de saúde e a gestante, com o repasse de informações em linguagem clara e acessível, de acordo com as necessidades da mulher, evitando o uso de terminologias técnicas, favorece a sensação de confiança e segurança da gestante em relação ao atendimento recebido (PRUDÊNCIO, 2018).

Quando questionadas se tiveram suas dúvidas esclarecidas durante o pré-natal, a maioria demonstrou que os profissionais conseguiram repassar as informações de que precisavam:

É engraçado, parece que foi uma escola, porque eu estou vivendo tudo o que eu aprendi lá no curso e eu precisei de todas as informações que foram dadas. Parece que tudo foi feito, tipo, “Deixa eu te orientar porque você vai passar por isso.” Foi muito bom. Estou aprendendo mesmo (P1).

Referente às consultas, todas as orientações foram dadas. Não tenho nada a reclamar referente ao atendimento, às pessoas. Tudo que eu tive dúvida, assim que eu perguntei, sempre me esclareceram (P7).

As consultas com as enfermeiras, todo o suporte, eu amei, foi tudo muito bem esclarecido (P14).

O pré-natal é o momento oportuno para o esclarecimento de dúvidas com equipe habilitada. Sendo assim, os profissionais devem estar sempre abertos e receptivos para que a gestante se sinta segura para expor suas aflições e fazer questionamentos. A preparação da mulher e de seus familiares, com orientações quanto às modificações da gestação, ao parto e ao puerpério, é essencial para que se sintam seguros (SOUZA, 2019).

Estudo de Paiz *et al.* (2021) evidenciou associação entre satisfação plena com a assistência pré-natal e o sentimento de sentir-se à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e atuar de forma proativa nas decisões sobre seus cuidados.

No presente estudo, uma participante informou que as orientações sobre o parto durante as consultas médicas não foram suficientes, relatou que permaneceu com receio do parto e com dúvidas relacionadas às indicações de parto:

O meu medo era em questão do parto, que eu tinha muito medo. Nas consultas com os estagiários e residentes, eles não conseguiram me passar essa tranquilidade do que ia acontecer, entendeu? Então, assim, falaram: “Na hora, você vai saber”. Mas aquilo, para mim, não era o suficiente! E eu ficava com muito medo da hora do parto. Eu queria parto cesáreo, mas só que não tinha necessidade de fazer uma cesárea... Mas isso não me foi explicado, não foi me falado muito assim sobre o parto normal, que era o melhor para mim (P14).

Tostes *et al.* (2016) entrevistaram gestantes no terceiro trimestre de gestação com o objetivo de conhecer suas expectativas sobre a preparação para o parto e encontraram resultados semelhantes ao exposto por P14. A maior parte das entrevistadas relatou que o assunto do parto não tinha sido abordado nenhuma vez em consultas com o profissional de medicina e se sentia apreensiva pela falta de informação, já que estavam no final da gestação e se aproximava a vivência do parto. Aquelas que receberam orientação informaram que houve alguma conversa sobre o tema em consultas individuais, mas não tiveram esclarecimentos e informação suficientes, sugerindo que o tema foi tratado de modo superficial.

A falta de informação clara e objetiva durante o pré-natal, a respeito de parto e nascimento pode causar insegurança e preocupação na mulher e sua família, levando-os a procurarem os serviços de urgência e maternidades com mais frequência (BRASIL, 2017c).

Algumas mulheres destacaram a facilidade para realização dos exames como parte importante do acompanhamento pré-natal:

[...] o melhor lugar que eu achei foi aqui, porque aqui faz os exames, tudo certinho (P4).

Para mim, foi muito bom porque eu falo que eu tive um acompanhamento, tanto no diabetes gestacional quanto quando foi descoberto o cisto no rim da

minha menina. Tive todo o suporte, eu não tenho do que reclamar. Os exames todos eu consegui fazer aqui, tudo que eu precisava eu tinha, todo suporte (P6).

Esse resultado diverge do encontrado no estudo de Bezerra *et al.* (2021), no qual as participantes expressaram insatisfação com o tempo de espera para realização e obtenção dos resultados dos exames durante o pré-natal, interferindo diretamente no cuidado continuado adequado durante a gestação.

Convém destacar que uma das participantes do presente estudo relatou o esquecimento da equipe em solicitar um dos exames de pré-natal:

Teve uma consulta referente a ultrassom de translucência nucal que foi esquecida, mas eu não saí chateada porque é muita gente, muita coisa, eles esqueceram de pedir e aí, depois, já tinha passado o tempo (P7).

A medida da translucência nucal (TN) durante a realização da ultrassonografia (USG) obstétrica entre 11 e 14 semanas de gestação tem o objetivo de rastrear anomalias cromossômicas fetais, associadas à idade materna. Ela pode identificar cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. A TN corresponde à imagem ultrassonográfica do acúmulo anormal de fluido na região da nuca do feto no primeiro trimestre da gestação. Essa medida, normalmente, aumenta com a idade gestacional calculada pelo comprimento cabeça-nádega (CCN). Por esse motivo, para determinar se a medida da TN está aumentada, é necessário realizar o exame entre 11 e 14 semanas de gestação, considerando a medida do CCN (ZUGAIB, 2012).

A equipe de pré-natal deve realizar o aconselhamento sobre esse exame, esclarecendo sobre indicações, limitações, riscos de falso-positivo e falso-negativo. Deve-se também informar a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada. E a equipe precisa estar qualificada para fornecer o apoio emocional à mulher e sua família em caso de testes positivos e possibilidade de nascimento de bebês portadores da síndrome genética (BRASIL, 2016a).

O desejo de que o serviço tivesse uma maternidade foi expresso por algumas usuárias, como forma de garantir uma assistência completa, abrangendo o pré-natal, o parto e o puerpério:

Se o parto tivesse como ser aqui, seria bom, ter não só o pré-natal, mas até o parto, que já ficava tudo aqui, seria legal se tivesse maternidade também (P4).

A única coisa que aqui não tem é uma maternidade, porque, se tivesse, ia ser perfeito, mas aqui me deram encaminhamento e, quando cheguei lá na maternidade, deu tudo certo (P15).

Duas participantes relataram insatisfação pelo fato de serem acompanhadas por profissionais diferentes no decorrer do pré-natal:

Então, o que eu não gostei muito foi a questão de não ser o mesmo profissional em todos os atendimentos [...]. Mas, apesar de serem profissionais diferentes, falaram a mesma coisa (P8).

[...] eu pensei que eu seria acompanhada pelo mesmo profissional até o final da gravidez (P16).

Sendo o cenário deste estudo um hospital de ensino, com a inserção de alunos e residentes em ginecologia e obstetrícia, é comum o rodízio entre os profissionais que acompanham o pré-natal. Estudo de Nascimento *et al.* (2018), realizado em uma maternidade da Bahia, avaliou a prevalência e características associadas ao pré-natal inadequado, e a variável acompanhamento por profissionais diferentes não se associou de modo estatisticamente significativa com a inadequação da atenção pré-natal.

Contudo, Viellas *et al.* (2014) reconhecem que o acompanhamento pré-natal pelo mesmo profissional de forma contínua facilita o estabelecimento de vínculo entre a gestante e profissional e contribui para melhor qualidade da atenção.

A partir das falas das participantes, percebeu-se a importância da formação de vínculo com o mesmo profissional no decorrer da gestação como uma forma de sentirem-se mais seguras e à vontade para dialogar sobre os anseios e receios relacionados a gestação, parto e pós-parto. Uma das formas de propiciar esse vínculo entre profissional-usuária, no cenário deste estudo, é com a participação das enfermeiras obstetras nas consultas pré-natais em conjunto com os médicos residentes, pois estas não trabalham em sistema de rodízio, estão presentes diariamente na unidade. Sendo assim, as enfermeiras obstetras podem ser a referência para as gestantes, ao acompanhá-las de forma contínua durante o pré-natal e no período puerperal.

Subcategoria 3: A experiência do grupo de gestantes

As participantes foram estimuladas a contar sobre suas vivências no grupo de gestantes. Elas reconheceram o grupo como um espaço aberto, que oportunizou a aprendizagem, o esclarecimento de dúvidas, o fortalecimento de vínculo e a troca de experiências entre profissionais e também com outras mulheres. Os relatos a seguir confirmam isso:

Vocês são muito participativos com a gente. Isso é muito bom, colocam a gente para interagir junto com as outras mães, tirar as dúvidas também, criar um vínculo, poder passar uma para outra a experiência. A gente aprendeu. [...] (P1).

Eu me senti à vontade para tirar minhas dúvidas, bem tranquilo. Não é só assim aquela palestra chata que você chega e fica com sono não, é um grupo mesmo, dá para você conversar, tirar dúvidas, não só ali com as pessoas que estão ali te orientando, você acaba ouvindo história de outras grávidas. É bem bacana a troca com as outras gestantes. Você acaba vendo outras histórias. Às vezes, você não lembra de perguntar alguma coisa importante, aí outra pessoa já pergunta, então já te responde, isso é bem interessante (P5).

As atividades educativas em grupo durante o pré-natal são oportunidades para fortalecer o vínculo entre profissionais e gestantes, proporcionar um espaço para a troca de vivências e experiências entre as mulheres, conhecer suas necessidades, orientar e sanar dúvidas, preparar a gestante para enfrentar as alterações físicas e emocionais que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, refletir sobre sua autonomia no processo de gestar e parir, contribuindo assim para o seu empoderamento (BRASIL 2013b; VIELLAS, 2014; SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016a; SILVEIRA, 2017). Uma revisão sistemática sobre o impacto de estratégias educativas identificou que a formação de grupos de gestantes contribuiu ainda para menor prevalência de prematuridade e maior início do aleitamento materno precoce (SILVA *et al.*, 2016a).

A experiência do grupo de gestantes de Lima *et al.* (2019a) conseguiu reunir primíparas e múltíparas, de diferentes faixas etárias e com idades gestacionais variadas, oportunizando uma vivência rica de compartilhamento de saberes, aprendizado e promoção do autocuidado na gestação, no parto e no puerpério. A participação no grupo permitiu às gestantes compreenderem-se em sua totalidade.

Nunes *et al.* (2017) acrescentam que o grupo de gestantes é um espaço acolhedor, esclarecedor de dúvidas e, dessa forma, instrumentaliza a mulher para que ela vivencie com segurança e confiança o seu período gravídico-puerperal.

As participantes ainda acrescentaram que o grupo de gestantes complementa as consultas de pré-natal:

O grupo faz muita diferença porque a consulta ela é mais à parte, vamos dizer assim, profissional. Então vamos dizer assim: no curso, a gente tem mais tempo, a gente pode perguntar mais, a gente pode falar mais, a gente se sente assim naquele momento para aquilo. A consulta, eu percebi que é mais profissional. Parece que é um ritmo, você faz isso, aí tem esse exame, vai te analisar, vai ouvir o neném, é muito ritmo. Então, para mim, faz muita diferença o grupo, eu gostaria sim de ter participado de muito mais (P7).

A participação no grupo fez muita diferença para mim, principalmente com essa questão da amamentação, complementando as consultas, o que é falado nas consultas. Nem tudo que fala no grupo a gente escuta também nas consultas, essa questão mesmo da amamentação eu só tive orientação no grupo (P11).

Tal achado vai ao encontro do evidenciado no estudo de Nunes *et al.* (2017), no qual as participantes relataram que muitas vezes, durante as consultas, não encontram espaço para esclarecer suas dúvidas, expectativas e anseios, mas conseguiram saná-las no grupo. As primigestas do estudo de Silva *et al.* (2018b) expressaram que a utilização de uma abordagem educativa diferenciada como complemento às consultas de pré-natal, articulando a teoria com a prática, é essencial para a aprendizagem.

Para Guerreiro *et al.* (2014), os profissionais precisam entender o momento das consultas também como uma oportunidade de educação em saúde, reconhecendo nesse atendimento individual as necessidades de cada usuária. Entretanto, nos grupos educativos, além do esclarecimento de dúvidas com os profissionais, a mulher e sua família têm a oportunidade do aprendizado coletivo, da troca de vivências e do compartilhamento de medos e angústias comuns às outras mães.

Quanto à periodicidade dos encontros de gestantes, metade delas considerou um encontro por mês, no período da tarde, adequado e a outra metade sugeriu mais encontros por mês, para terem mais oportunidade de participar de todos os temas que são abordados. A maioria delas considerou que conciliar o dia do grupo com o dia da consulta facilitaria a participação. Entre aquelas que possuíam vínculo empregatício, todas referiram dificuldade de liberação do trabalho para comparecimento no grupo. Apesar da declaração de comparecimento que é fornecida, a maioria alegou que o empregador só aceita atestado médico como justificativa para a ausência.

Se pudesse ter mais de um encontro por mês, melhor ainda, porque, querendo ou não, nem toda mulher descobre a gravidez no início, então, sendo só uma vez ao mês, ela, estando com a gravidez mais avançada, teria poucos encontros para conseguir participar, perderia alguns temas [...]. Talvez, não sei, a cada 20 dias, seria interessante para as pessoas conseguirem participar de mais encontros (P6).

Se os grupos fossem no mesmo dia da nossa consulta, seria uma forma da gente não deixar de participar, porque seria um dia que já estaria ali por conta. Porque ter mais um dia para você sair, além do dia da consulta, acho que é mais difícil, entende, pra mim, eu acho (P9).

A frequência de uma vez ao mês achei boa porque mais vezes eu acho que não teria necessidade porque, para poder agrupar todo mundo, fica difícil; e o horário também é bom (P14).

Com relação à realização do grupo no mesmo dia das consultas de pré-natal, as mulheres que participaram do estudo de Heim (2017) também relataram que preferiam que os encontros de preparação para o parto ocorressem no mesmo dia das consultas e reafirmaram as mesmas

dificuldades das participantes deste estudo para o comparecimento nos grupos de gestantes: liberação do trabalho, distância de hospital e residência, gastos com o deslocamento, indisponibilidade de tempo e a necessidade de realizar os cuidados domésticos e dos outros filhos.

Subcategoria 4 - Orientações durante o cuidado pré-natal: temas que se destacaram

Nesta categoria, as puérperas recordaram e destacaram as principais orientações compartilhadas pelos profissionais durante o seu cuidado pré-natal, no momento das consultas e no grupo de gestantes.

A educação em saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal constitui uma relevante ferramenta de cuidado no pré-natal, por fornecer orientações importantes para que a mulher vivencie a gestação e o parto de forma positiva, com menor risco de complicações no pós-parto e maior sucesso nos cuidados com o recém-nascido (RAMOS *et al.*, 2018).

Durante a assistência pré-natal, a mulher precisa receber informações sobre as fases latente e ativa do trabalho parto, as reais indicações, riscos e benefícios das intervenções durante o trabalho de parto e parto, o direito do apoio de um acompanhante e doula, os métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor do trabalho de parto, as vias de parto e o plano de parto (BRASIL, 2017b).

Além dessas orientações, o Ministério da Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein recomendam a abordagem dos seguintes temas durante atividades educacionais: sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação, sinais de alerta na gestação e no período neonatal, mudanças psicoemocionais no período gestacional, as medicações prejudiciais na gestação, riscos da automedicação, alimentação, atividade física, vacinação da mãe e do bebê, atividade sexual na gravidez e puerpério, riscos do alcoolismo, tabagismo e outras drogas na gestação, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), prevenção de arboviroses, vinculação e visita à maternidade, cuidados puerperais, cuidados com o recém-nascido, amamentação, direitos sexuais, reprodutivos e planejamento familiar (GOMES *et al.*, 2019).

As ações educativas devem apoiar as mulheres no reconhecimento da sua própria condição de saúde, seus comportamentos e hábitos de vida, além de estimular e fortalecer as relações familiares e comunitárias (GOMES *et al.*, 2019). As estratégias educativas podem ser grupos de gestantes, grupos de puérperas, sala de espera, oficinas, entre outras.

As participantes foram incentivadas a falar sobre as orientações que receberam e os temas que mais se destacaram e que contribuíram para vivenciarem o ciclo gravídico-puerperal.

Os relatos abrangeram todas as temáticas abordadas: aleitamento materno, cuidados com o bebê, alimentação saudável, exercícios para a musculatura do assoalho pélvico, direitos da gestante e do casal grávido, parto, mudanças fisiológicas e psicológicas da gestação e orientações odontológicas.

As orientações sobre o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido foram as mais recordadas e destacadas pelas participantes, principalmente relacionadas à pega correta, ingurgitamento mamário, banho do recém-nascido e curativo do coto umbilical.

Muito importante para mim foi o peito, dar mama, na forma certa. E aí, quando eu não dei da forma certa, eu vi a consequência que deu, conforme foi orientado, né, que dá fissuras, deixa o peito dolorido e tudo. Não pode deixar empedrar, que dá aquela febre e tudo (P1).

Da amamentação foi falado no grupo, pega certa, posições, mostrou como faz para tirar o leite, colocar nos vidrinhos para armazenar, colocar a data certinha, que, se for ficar mais tempo, aí você congela. A questão do que fazer se o mama empedrar, para poder fazer a massagem e colocar compressa (P5).

Os cuidados com bebê, curativo do coto umbilical, banho, assim foi muito importante. No grupo, falou direitinho e foi o que eu fiz também, que o curativo do coto umbilical era só o álcool, não precisava de colocar moeda, nenhum outro tipo de objeto igual os nossos pais faziam com a gente, avós. É só mesmo aquele curativo, a gente ver, observar se não tem vermelhidão, alguma coisa e foi o que eu fiz. Foi falado sobre o banho, mostrou para a gente como que a gente poderia dar banho [...] Foi falado da cólica, de quando o bebê engasgar, mas, graças a Deus, ela não teve nada disso (P14).

A nutrição na gestação foi outro tema de destaque. As mulheres lembraram que a nutricionista orientou sobre os alimentos processados e ultraprocessados e que conseguiram esclarecer dúvidas quanto aos alimentos que podem ser consumidos pelas gestantes com diabetes gestacional:

O que marcou muito no dia foi a fala de alimentação e é bem as coisas que eu estava em dúvida por causa da diabetes gestacional. Ela explicou a questão do alimento processado, o que poderia comer [...]. Então, assim, tinha muita coisa que eu ainda estava alimentando, achando que estava saudável e aí eu percebi que eu deveria trocar (P6).

Instituir uma alimentação saudável relaciona-se com a ingestão de frutas, legumes e verduras, restrição de sal, açúcar, que é primordial para a saúde de qualquer pessoa e especificamente na gestação. O estado nutricional materno influencia o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido, por isso é importante que a gestante seja orientada e sensibilizada sobre as implicações de seus hábitos alimentares no desenvolvimento fetal.

Diante disso, o nutricionista é o profissional mais habilitado para elaborar uma proposta de plano de melhoria alimentar individualizado, considerando a complexidade e a diversidade de cada gestante, que envolve a idade gestacional ou puerpério, as preferências alimentares, morbidades diagnosticadas, situação socioeconômica, cultural, disponibilidade de alimentos, sazonalidade, letramento em saúde e suporte familiar e social (FARIA, 2017; GOMES *et al.* 2019). O ganho ponderal gestacional precisa ser acompanhado e registrado no cartão da gestante, sendo que o peso ideal depende do IMC pré-gestacional e varia de acordo com as classificações: baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade (FARIA, 2017).

Uma das morbidades gestacionais intimamente relacionadas com a dieta e que requer o acompanhamento conjunto por equipe multiprofissional, incluindo médico obstetra, endocrinologista, nutricionista e enfermeiro obstetra, é o diabetes gestacional. Como a maioria das mulheres da pesquisa tiveram diabetes gestacional, as orientações relacionadas à doença e formas de controle estiveram presentes nas falas dos profissionais durante as consultas, conforme trecho abaixo:

Quanto a diabetes gestacional, eu tive bastante orientação, me encaminharam para endócrino, falaram que eu tinha que fazer a dieta, o acompanhamento e falaram dos riscos que tem para o bebê e tudo na tranquilidade, da forma mais tranquila possível [...]. Me esclareceram muito bem, me acompanharam, consegui controlar só com a dieta. Eu cortei pão, mudei para arroz integral, fiz todas essas coisas, certinho (P5).

As orientações da fisioterapia sobre exercícios para o assoalho pélvico foram lembradas e praticadas por algumas, que disseram ter contribuído para o momento de seu parto vaginal:

A fisioterapeuta que deu aquela orientação, e tudo que ela deu eu vivi. Sobre a urina, eu sei que eu vivi aquilo, foi importante antes do parto fazer os exercícios e eu fazia os exercícios (P1).

A consciência corporal a partir dos exercícios pode beneficiar a mulher durante a gestação e trabalho de parto (HEIM, 2017). Com o avançar da gestação e o crescimento fetal intraútero, ocorre o deslocamento do centro de gravidade, ocasionando alterações na conformação da coluna lombar e na região pélvica. Os exercícios fisioterápicos podem prevenir ou controlar a dor pélvica, lombar e a incontinência urinária, muito comuns na gestação (HEIM, 2017; ACOG, 2015; SILVA, 2018c). Além disso, melhoram a resistência física e a força muscular, colaborando para um trabalho de parto mais tranquilo e saudável (SILVA *et al.*, 2018c).

Além da dor lombar, pélvica e incontinência urinária, outras alterações comuns durante a gestação são: náuseas, vômitos, pirose, sialorréia, mastalgia, constipação intestinal, flatulências, estrias, cloasma gravídico, sangramento gengival, epistaxe, varizes, câimbras, dispneia e edema no final da gestação (BRASIL, 2016a). As participantes lembraram que essas alterações foram discutidas no grupo de gestantes e algumas disseram que se identificaram com muitos desses sintomas que estavam vivenciando:

Eu gostei muito, o primeiro eu estava no comecinho da gestação, semanas ainda. Só que aquele começo que você não entende nada, mudança de hormônio, passei muito mal, eu estava desesperada, eu vomitei muito, e a minha gestação inteira passei mal, azia, queimação e aí eles foram explicando mês a mês o que a mulher pode sentir. Nesse grupo, foi falado sobre as alterações que acontecem na gravidez [...] (P7).

Os temas: tipos de parto, indicações, trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor foram abordados no grupo de gestantes, conforme destacado pelas participantes:

No grupo de gestante, eu aprendi tudo direitinho sobre os tipos de parto, como que era um, como que era o outro, quais os benefícios de um e por que teria que fazer uma cesárea, isso eu sabia tudo direitinho. Falou muito do parto normal e que é o melhor realmente para qualquer mulher. Se possível, fazer o parto normal mesmo. Comentaram sobre indução do parto, também sobre o que fazer para acelerar o parto e aliviar a dor: bola, massagem, chuveiro e foi o que aconteceu comigo mesmo (P14).

Foi falado no grupo sobre os tipos de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, posições foi falado no grupo, apesar de, no meu caso, não ter se aplicado porque foi cesárea (P15).

O parto e o trabalho de parto são temáticas muito aguardadas pelas gestantes e seus familiares. No grupo de gestantes, são esclarecidos os benefícios do parto vaginal, a liberdade de movimentos e posições durante o parto, as reais indicações de cesariana, desmistificando as questões relacionadas às vias de parto. As opções não farmacológicas de alívio da dor, como massagem, exercícios na bola, banho de chuveiro, respiração, meditação, musicoterapia, aromaterapia, também são abordadas. As enfermeiras obstetras levaram uma bola e convidaram uma gestante e acompanhante do grupo para demonstrarem os exercícios e massagens que podem ser realizados.

A utilização de métodos não farmacológicos como o banho de aspersão e exercícios perineais com a bola suíça, utilizados de forma isolada ou combinada, reduziu significativamente os escores de dor, proporcionando sensação de bem-estar (NOGUEIRA *et*

al., 2017; SILVA *et al.*, 2018d). Tais métodos podem ainda contribuir para a redução do uso de medicação analgésica, menor duração do parto e melhores resultados neonatais (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

As mulheres destacaram que essas orientações sobre os métodos de alívio da dor e posições durante o trabalho de parto não foram repassadas durante as consultas, algumas só foram ter conhecimento disso no hospital de forma superficial. O foco de orientações durante as consultas foram os sinais de alerta de início do trabalho de parto.

Tipo assim, me explicaram sobre a contração, que é uma dorzinha que vem de 3 em 3 minutos. Ela continua vindo, tem hora que vem muito intensa, tem hora que vem devagar, aí me explicaram direitinho. Falaram da perda de líquido, que, se a bolsa estourasse, tinha que ir para o hospital, explicou sobre os tipos de parto normal, o induzido e cesárea e que, no meu caso, o meu teria que ser cesárea (P10).

No dia que eu peguei o encaminhamento aqui para interromper gravidez, foi falado para eu trabalhar muito a questão da respiração, sobre o trabalho de parto só me falaram isso, nem lá no hospital me explicaram muito não, só quando eu cheguei me falaram: “Fique à vontade, tem chuveiro, tem bola, fica à vontade” (P6).

Marques *et al.* (2021) observaram em seu estudo a baixa prevalência de algumas orientações, sendo mais frequente a abordagem sobre os sinais de risco na gestação, o que pressupõe a existência de uma visão biomédica, que valoriza as orientações sobre os riscos, deixando aquelas relacionadas aos cuidados e autonomia da mulher no parto em segundo plano.

Outra abordagem temática importante são os direitos da gestante. Estes contribuem para o empoderamento da mulher e prevenção de situações de violência obstétrica (SILVA *et al.*, 2019a). Muitos aspectos sobre os direitos da gestante eram desconhecidos das participantes, mas, a partir das orientações recebidas, as mesmas puderam buscar a efetivação dos seus direitos, conforme evidenciado na fala a seguir:

Me marcou muito no dia que estava falando dos direitos da gestante. Então, falaram do salário-maternidade e eu achei que eu não podia, só que eles me explicaram direitinho aí eu entendi. Então, eu corri atrás disso depois que eu recebi a informação aqui no grupo e está em análise para ver se eu vou receber ou não (P10).

A abordagem sobre direitos inclui aqueles relacionados ao pré-natal: qualidade de atendimento pré-natal, realização de no mínimo seis consultas, avaliação imediata do binômio mãe/filho, liberação do trabalho para realizar as consultas e exames, acompanhamento do

parceiro nas consultas, conhecimento do local de parto, construção do plano de parto (BRASIL, 2013c; 2016a).

No momento do trabalho de parto e parto, esses direitos incluem: ter um acompanhante de escolha da mulher, o respeito e a privacidade, a liberdade de posição e movimentação, o acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, o clampeamento tardio do cordão, o contato pele a pele mãe e filho e início da amamentação na primeira hora de vida. No pós-parto, são direitos: alojamento conjunto, vacinas, exames de triagem neonatal, visita domiciliar da equipe de saúde da família e planejamento familiar (BRASIL, 2017b).

Convém destacar ainda os direitos trabalhistas, conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 2017: garantia de emprego desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário e de 180 dias para as servidoras públicas e trabalhadoras de empresas privadas pertencentes ao programa empresa cidadã. As gestantes estudantes podem se ausentar da escola por 120 dias, sendo que as atividades escolares podem ser feitas em casa e os exames finais, remarcados. No retorno ao trabalho, até o bebê completar 6 meses, a lactante tem direito a dois intervalos de meia hora exclusivamente para amamentação. E o auxílio creche ou creche própria em empresas que possuem mais de 30 trabalhadoras com mais de 16 anos.

Apesar de estabelecidos os direitos da gestante, puérpera e recém-nascidos, infelizmente, algumas vezes, eles não são respeitados e concedidos (ENEILE; GENTILI, 2019). Sendo assim, as mulheres precisam ser informadas sobre as opções existentes e de que podem recorrer em caso de violação desses direitos a: Ouvidoria Geral do SUS, Disque Saúde (136), Central de Atendimento à Mulher (180), Ministério Público, Defensoria Pública.

Quanto à abordagem do pré-natal odontológico, a higienização da boca do bebê foi algo que marcou as participantes:

Com as dentistas, quando elas explicaram sobre a dentição da criança e a limpeza da boquinha como é que faz com a boquinha dela, porque fica a linguinha branca, e agora, na introdução alimentar, tem até um negocinho que a gente coloca no dedo para limpar a língua da criança. Então, esse tema também foi muito bom, essas instruções que passam para gente é uma coisa que fica na memória da gente e é o que ajuda (P14).

A orientação odontológica pré-natal influencia as mães a adotarem práticas de higiene bucal em seus filhos o mais precocemente, melhora o conhecimento acerca da cárie dentária, dos benefícios da amamentação e da importância da primeira visita ao dentista (RIGO *et al.*, 2016).

Os aspectos psicológicos durante a gestação e puerpério foram considerados importantes para serem discutidos no grupo, por possibilitar a identificação das alterações psicológicas que podem surgir nesses períodos e discutir sobre suas formas de enfrentamento:

Foi falado também sobre a questão psicológica. É um assunto que eu acho assim, o psicológico, falar dessa questão psicológica, que pode ter essa alteração, é importante. Eu fui ler sobre isso, muita gente tem e às vezes nem consegue lidar com a situação (P7).

Na gestação e no pós-parto, a mulher passa por períodos de profundas modificações físicas, hormonais e psíquicas, podendo se sentir sensibilizada e fragilizada, especialmente no puerpério, quando as responsabilidades de mãe e esposa podem se apresentar algumas vezes conflituosas, afetando o relacionamento com seu parceiro e demais membros da família (ALVES *et al.*, 2020).

O pré-natal psicológico tem o objetivo de proporcionar um espaço de escuta emocional e apoio, permitindo a livre expressão de temores e ansiedades; além de prevenir e acompanhar as situações adversas que podem surgir no processo gravídico-puerperal, tais como: tristeza, depressão, blues puerperal e psicose (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Diante da complexidade do atendimento à gestante e puérpera, que envolve a vivência de situações emocionais singulares e subjetivas, a atuação do profissional de psicologia no pré-natal e puerpério tem demonstrado resultados positivos ao bem-estar da mãe e do bebê. Alguns fatores de risco podem contribuir para a ocorrência de depressão pós-parto: privação de sono, complicações na gravidez e no nascimento, apoio social inadequado, problemas matrimoniais, histórico de depressão e ocorrência recente de mudanças de vida como: morte, novo emprego, mudança de cidade (ALMEIDA *et al.*, 2016).

O empoderamento da mulher, por meio de orientações para o reconhecimento dos seus direitos, dos riscos e benefícios da indicação clínica de cada prática realizada; o vínculo profissional-usuária que permita a expressão de medos e inseguranças desta; o esclarecimento de dúvidas; a participação ativa e corresponsabilização por seu cuidado são fundamentais para promover maior satisfação com a assistência pré-natal e com a experiência de parto e nascimento (PAIZ *et al.*, 2021).

O conhecimento compartilhado e discutido de forma dialógica com as usuárias favorece a compreensão do contexto vivido, a construção de conhecimento e, dessa forma, fornece subsídios para o alcance da autonomia e do empoderamento no cuidado de saúde.

Subcategoria 5 - Orientações durante o cuidado pré-natal: temas que merecem mais atenção

Nesta categoria, são apresentadas as percepções das puérperas acerca das temáticas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal que não foram abordadas ou discutidas de forma mais aprofundada pelos profissionais de saúde do pré-natal, sendo consideradas insuficientes pelas mulheres entrevistadas.

Ao serem indagadas sobre as informações recebidas acerca do ciclo gravídico-puerperal, as mulheres relataram que sentiram falta de orientação pelos profissionais sobre os seguintes temas: trabalho de parto, especificidades da cesariana, parto humanizado, violência obstétrica, dificuldades do aleitamento materno, puerpério, cuidados com o recém-nascido, alterações hormonais na gestação, pós-parto e sua influência no humor, possíveis causas de perdas gestacionais.

Conforme os relatos de P3 e P16, percebe-se que orientações a respeito dos sinais de trabalho de parto, indução do parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, posições e liberdade de movimentos no parto não foram repassadas pelos profissionais de saúde do serviço pré-natal durante as consultas, ou, quando foram, ocorreu de forma superficial. Uma delas relatou que buscou informações em aplicativo e com a equipe do hospital, já no momento de sua internação para o parto. Possivelmente essas mulheres não tiveram a oportunidade de participar do grupo de gestantes em que foram discutidos esses temas, o que reforça a necessidade de os profissionais reconhecerem o ambiente da consulta individual também como momento propício para educação em saúde.

Não falaram comigo sobre a indução do parto e o meu parto foi induzido. Então, eu já tinha lido a respeito da indução do parto, mas não foi falado comigo aqui nas consultas. A questão do antes do parto, de andar, ficar na bola, no chuveiro, não falaram nada sobre isso não, mas eu também recebi essas informações através do aplicativo e também lá no hospital, lá me falaram das posições do parto também (P3).

Eu não tive assim orientação sobre os sinais de trabalho de parto não, eu estava até apreensiva sobre isso nas últimas semanas porque eu estava tendo muita cólica. Às vezes, tive até aquela contração de treinamento, aí eu lembro que uma médica disse que eu ia saber a hora [...] tipo assim, eu nunca soube antes não, mas eu ia saber. Essa parte é complicada. Foi falado que ia começar as contrações mais fortes mesmo, mas assim nada tão claro. Não falou que eu podia caminhar, essas coisas não, isso não. Comentaram muito pouco, muito vago sobre os sinais do trabalho de parto (P16).

Durante as consultas de pré-natal, a atenção dos profissionais geralmente está voltada para realização dos procedimentos de rotina: verificação de pressão arterial, peso, medida de

altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos, com pouca oportunidade para o diálogo sobre outras informações educacionais pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal (HEIM, 2017; PAIZ *et al.*, 2021). Quando não recebem informações qualificadas de profissionais habilitados, as mulheres recorrem à internet e a mídias sociais, que muitas vezes podem conter relatos errôneos, que influenciam negativamente a construção do saber da mulher que se prepara para o parto (SOUZA, 2019).

Portanto, torna-se necessário definir métodos e estratégias para garantir que a gestante receba todas as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e que consiga aplicar o conhecimento adquirido durante a gestação, no parto e no pós-parto. Uma dessas estratégias é o atendimento compartilhado entre a equipe multiprofissional durante o pré-natal (MARQUES, 2021).

As orientações específicas sobre as modificações da gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, durante o pré-natal, também foram consideradas insuficientes em estudo de Cardelli *et al.* (2016). Em uma maternidade pública de Londrina, estudo transversal analítico realizado com 358 puérperas evidenciou que mais da metade das mulheres (52%) não receberam qualquer orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Apenas 4,2% delas receberam informações sobre as diferenças entre parto normal e cesariana e 3,4% foram orientadas sobre as práticas benéficas para evolução do trabalho de parto e alívio da dor (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Corroborando os resultados dos estudos mencionados anteriormente e os do presente estudo, o parto ou preparação para o parto foram temas pouco referidos durante as consultas de pré-natal, o que reforça a necessidade de os profissionais abordarem tais temáticas de forma mais aprofundada (SOUZA, 2019).

Outra necessidade de informação apontada pelas participantes deste estudo foi quanto à cesariana: suas indicações, o procedimento anestésico e os cuidados com a incisão cirúrgica. O relato de P5 sugere que a equipe reforça muito as orientações sobre o parto normal em detrimento da cesariana, o que pode causar frustração naquelas que são submetidas ao procedimento cirúrgico.

O que acho que pode conversar com as pessoas é falar sobre a cesariana, tirar aquele medo, muita gente tem medo da cesariana e, às vezes, a pessoa tem necessidade de fazer a cesariana, porque o pessoal fala assim, tem que fazer o parto normal, mas, às vezes, há necessidade e as pessoas colocam medo da anestesia. E também falar para a pessoa que ela não é menos mãe porque ela fez uma cesariana. Tem algumas, que a mulheres sofrem mesmo e, depois da cirurgia, é complicado. Então, é mãe forte tanto quanto aquelas que sentiram

aquela dor toda do parto normal, porque tem umas que sentem é depois da cesariana, não tem aquela cicatrização boa, às vezes, inflama ponto (P5).

A difícil e lenta recuperação no pós-parto, em decorrência da dor na incisão e da presença dos pontos cirúrgicos e as dificuldades em exercer os cuidados com o recém-nascido, acarretando uma dependência dos familiares para realização de atividades rotineiras, foram as principais questões negativas relacionadas ao parto cirúrgico apontadas pelas participantes do estudo de Arik *et al.* (2019). Isso reforça a necessidade de a mulher ser informada sobre a possibilidade de uma cesariana, os procedimentos e cuidados envolvidos, a fim de mitigar seus medos e ansios.

Convém ressaltar que o tipo de parto não define se ele será humanizado ou não. A cesariana também pode ser humanizada, oferecendo um ambiente cirúrgico acolhedor, com profissionais empáticos, que orientem sobre cada etapa do procedimento, deixem as mãos da paciente livres, respeitem o clampeamento tardio do cordão umbilical, permitam o contato pele a pele entre mãe e bebê, além da presença de acompanhante, proporcionando à família um momento de boas lembranças (CUNHA *et al.*, 2021).

[...] Então, eu acho que isso também deveria ser conversado, sobre parto humanizado. Tem gente que acha que humanizado é só o parto normal, mas não, gente, o parto humanizado é respeitar a vontade da mãe. Mas as pessoas têm que procurar saber as informações certas (P5).

O tema violência obstétrica e direitos da mulher grávida foi destacado por algumas mulheres como um assunto importante para ser discutido e que elas sentiram falta de orientação acerca disso.

Eu falo assim, a dor do parto normal em si não é ruim para as mulheres, normalmente é ruim para a mulher o trauma de alguma violência obstétrica que ela teve, a maioria fala assim: “Ai! Dói muito!”. Mas sempre o que marca é alguma coisa que ela sofreu, o tratamento. Se as mães tivessem, procurassem mais orientação, elas não sofreriam tanta coisa, principalmente o acompanhante também deveria saber (P5).

Sobre os direitos da gestante, direito do acompanhante, auxílio que a gente pode ter, essa questão não foi falada (P13).

A violência obstétrica é um tipo de violência de gênero praticada contra a mulher no pré-natal, parto, puerpério ou em situações de abortamento. Refere-se à apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, por meio de tratamento desumanizado, excesso de medicalização, percepção de processos naturais do parto como

patológicos, com violação da privacidade e autonomia das mulheres em decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade (SOUSA, 2015).

De acordo com a Lei 23.175/2018, do Estado de Minas Gerais, são ações que caracterizam violência obstétrica: utilizar termos depreciativos para se referir aos processos naturais do ciclo gravídico-puerperal; impedir o acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e nas situações de abortamento; deixar de aplicar anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos para o alívio da dor, quando solicitados pela parturiente e as condições clínicas permitirem; impedir o contato do bebê com a mãe logo após o parto ou impedir o alojamento conjunto, impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira hora de vida, salvo se a mulher ou a criança necessitarem de cuidados especiais; ignorar as demandas da mulher relacionadas ao cuidado e à manutenção de suas necessidades básicas (PIMENTEL, 2018).

Apesar das crescentes discussões sobre a violência contra a mulher, a obstétrica tem sido cada vez mais banalizada e invisibilizada por falta de reconhecimento da sociedade e ausência de legislação específica. Geralmente se manifesta em um momento em que a mulher está em situação de vulnerabilidade, sem condições de tomar medidas para se defender, tem maior incidência em mulheres negras, com baixa renda, baixa escolaridade e em usuárias do serviço público (BRITO *et al.*, 2020).

De acordo com resultados da pesquisa “Sentidos do Nascer: Efeitos de uma exposição interativa na transformação da percepção sobre o parto e nascimento”, das 555 mulheres entrevistadas, apenas 12,6% relataram espontaneamente ter sofrido situações de violência obstétrica, refletindo o desconhecimento e subestimação do problema (LANSKY *et al.*, 2019). Esse resultado reforça a importância da abordagem do tema conforme sugerido pelas participantes.

As dúvidas relacionadas ao aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e introdução alimentar foram frequentes, conforme evidenciado pelas falas a seguir:

Eu não lembro de ter sido falado também sobre a questão da mama ingurgitada, empedrada, não falaram o que fazer não, e a minha mama esse peito aqui, ficou enorme [...] (P10).

Eu tive dúvida assim com ela, foi o amarelão, ela deu amarelão na barriga e aí fez o exame e deu um pouco alta a bilirrubina. Aí eu tive que voltar depois de dois dias, fez de novo e já tinha sumido. Aí eles me falaram do banho de sol, falou para eu tirar a roupinha dela e deixar um pouco no sol. Aí foi isso que eu fui fazendo, é uma coisa que poderiam falar no dia do grupo. (P12)

Ah! os cuidados assim com recém-nascido, principalmente quando a mãe é de primeira viagem, seria muito importante, acho que vocês poderiam orientar isso no finalzinho da gravidez, que a gente já entra já sabendo como lidar com a situação; importante, no final, ter uma consulta assim com orientações só do pós-parto, curativo do coto umbilical, o banho, o que fazer se o bebê engasgar e esse período pós-parto que a gente fica triste, deprimida é muito importante (P13).

[...] eu acho que um outro tema interessante para falar no grupo é sobre a introdução alimentar, que tem alguns casos que pode ser necessário iniciar aos 4 meses, como fazer essa introdução, o que dar como primeiro alimento, para a gente não ficar perdida, porque a nossa realidade é o trabalho, é voltar; infelizmente o aleitamento materno até os 6 meses eu sei que é exclusivo, mas não é a nossa realidade (P14).

A amamentação é essencial para o estabelecimento do vínculo mãe e filho e para o desenvolvimento e crescimento infantil. Em pesquisa realizada por Marques *et al.* (2021), as orientações sobre o manejo da amamentação estiveram presentes em apenas 45,9% dos acompanhamentos de pré-natal. O pré-natal deve oportunizar momentos para o compartilhamento de informações em relação a benefícios, técnicas e manejo de dificuldades recorrentes no aleitamento materno. Mulheres que receberam informações sobre amamentação no pré-natal tiveram maior prevalência de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (PAIZ *et al.*, 2021).

As ações educativas durante o pré-natal sobre os cuidados com o recém-nascido contemplam, na maioria das vezes, a amamentação, o que aumenta as dificuldades e o despreparo das puérperas em relação a outros cuidados com o recém-nascido relacionados com a segurança, o crescimento e o desenvolvimento do mesmo, preconizados pelo Ministério da Saúde (DELFINO *et al.*, 2021). As necessidades informacionais sobre o autocuidado no puerpério, cuidados do recém-nascido e aleitamento materno também foram elencadas pelas participantes do estudo de Silveira (2017).

De acordo com o relato de alguns participantes do presente estudo, as informações sobre o período pós-parto foram escassas, principalmente quanto a sangramento, lóquios, cuidados com a incisão cirúrgica e as alterações psicológicas tão comuns nesse período.

Os cuidados com o local dos pontos, sangramento pós-parto, não falaram durante as consultas de pré-natal não [...] (P5).

Ah, e eu não entendi porque meus pontos inflamaram. Eu comecei a perceber que tinha alguma coisa estranha na minha cirurgia porque eu tomava banho, eu colocava uma fraldinha no lugar, aí, quando eu tirava, estava com muita secreção e sangue também. Que eu lembre, não me falaram sobre isso aqui não, nem no hospital me orientaram (P12).

Sobre o pós-parto que não falam muito, as alterações assim psicológicas no pós-parto, seria importante falar (P11).

Durante o período pós-parto, podem acontecer eventos adversos que precisam ser detectados e tratados o quanto antes, tais como infecção e hemorragias. Sendo assim, orientar as mulheres sobre os sinais de alerta no puerpério é primordial. A escassez de orientações sobre os cuidados no puerpério, como uso de anticoncepcionais, alimentação, desenvolvimento corporal no pós-parto, bem como os cuidados com a incisão cirúrgica, também foi relatada no estudo de Heim (2017).

As alterações hormonais e de humor que ocorrem durante a gestação e período puerperal foram percebidas por algumas mulheres, entretanto não foram discutidas pelos profissionais de saúde, de acordo com os relatos abaixo:

Eu li na internet sobre a influência dos hormônios da gravidez, na questão do humor, que a mulher pode ficar mais irritada ou mais chorona, não foi falado aqui, não, eu li sobre isso na internet que a gente fica chorona, se alguma pessoa falar alguma coisa com a gente, qualquer coisa a gente chora, isso tudo eu passei (P8).

Outra coisa a questão do humor, dos hormônios, acho que não foi falado, eu sei porque a gente sabe, vê falando, e as pessoas falam que estão com o humor assim porque estão grávidas. Eu fiquei muito irritada (P9).

Durante a gestação e o pós-parto, ocorrem alterações nos hormônios esteroides e peptídicos, que modificam os eixos endócrinos hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e hipotálamo-hipofisário-gonadal (HPG). Essa variação nos níveis hormonais está associada aos transtornos de humor, aumentando o risco de a mulher desenvolver sintomas depressivos (BRUMMELTE *et al.*, 2016).

Entretanto, a fisiopatologia dos transtornos do humor no período perinatal ainda não foi totalmente esclarecida e pode estar associada a múltiplos fatores: alterações inflamatórias, hormonais, genéticas, comportamentais, privação de sono, além de anemia e alterações na vitamina D e seu manejo é bastante complexo. Considerando os riscos da exposição fetal aos fármacos, a identificação oportuna e o manejo adequado dos transtornos de humor são essenciais para o bem-estar materno-infantil e para minimizar os resultados adversos que podem surgir, como vínculo infantil prejudicado, suicídio e infanticídio (THOMSON *et al.*, 2017).

Uma situação que pode comprometer ainda mais a estabilidade emocional da mãe, acarretando transtornos de humor, é a perda gestacional, por abortamento, morte fetal intraútero

ou morte neonatal precoce. Uma participante deste estudo ressaltou que poderia ser incorporada às orientações dos profissionais, tanto nas consultas quanto nos grupos, a discussão sobre as causas de uma perda gestacional, considerando que algumas mulheres já vivenciaram isso em gestações anteriores e encontram-se angustiadas e com muito receio de ocorrer novamente.

Então, um tema que eu acho que poderia trazer é essa parte da perda, porque essa parte do psicológico, tem algumas que vêm de outras perdas, se achando desanimada, que não vai dar certo, essa parte é bem, seria interessante ser abordada no grupo da gestante (P5).

No que se refere aos métodos contraceptivos, uma participante ressaltou que a equipe orienta acerca disso apenas na consulta puerperal e que a abordagem durante o pré-natal seria importante para a mulher e seu parceiro discutirem sobre o assunto precocemente, podendo fazer uma escolha informada sobre qual método utilizar no pós-parto. No caso de optarem pela laqueadura tubária, há situações previstas em lei que possibilitam a realização do procedimento durante o parto, como nos casos de mulheres que foram submetidas a duas cesáreas anteriores. Nesse caso, a orientação durante o pré-natal propiciaria tempo oportuno para o casal providenciar documentação e cursos necessários para realização do procedimento.

Outra coisa, sobre os métodos para evitar outro neném no pós-parto poderiam explicar no grupo e na consulta também, me falaram sobre isso só na consulta pós-parto, mas poderiam falar nas últimas consultas. Esse assunto tem que ser abordado, perguntar se você quer ter outros filhos, pra gente poder se resguardar, pra gente já ir pensando no que a gente vai querer. Às vezes, tem mulheres que podem até fazer a ligadura no parto. Então, dar essa possibilidade da pessoa ter esse direito de escolha. Acho que é um assunto que tem que ser abordado no período pré-natal e não só na consulta pós-parto (P14).

Diante das necessidades informacionais apontadas pelas puérperas participantes do estudo, torna-se imprescindível que a equipe de assistência pré-natal reflita sobre as estratégias educativas do serviço, incorporando em sua assistência as orientações sobre as temáticas citadas nesta subcategoria.

Categoria 2 - O período puerperal e a maternidade: realidade desvelada

Essa categoria revela as percepções das participantes em relação à vivência da maternidade, às emoções e às dificuldades do período puerperal, a importância da rede de apoio, às necessidades informacionais relacionadas ao período puerperal, a contracepção pós-parto, e a recuperação após serem submetidas à cesariana.

Subcategoria 1: Sentimentos do período puerperal

A gestação, o nascimento e o puerpério são momentos únicos na vida da mulher, que envolvem múltiplos sentimentos e emoções, ocasionando um misto de sensações, alegria, tristeza, medo e ansiedade, que se afluem mais no puerpério, podendo gerar conflitos internos e desequilíbrio à saúde mental da mulher (SILVA *et al.*, 2018e).

Quanto à vivência do período puerperal, a maioria das mulheres deste estudo (81,25%) expressou ter passado ou estar passando por sentimentos de tristeza, angústia, medo de não saber cuidar da criança, irritação, cansaço e solidão. As falas a seguir retratam esses sentimentos:

Eu fiquei um pouco triste, só de falar com você, olha, já choro, eu pensei que eu não ia conseguir passar por essa fase. Aí a gente se sente muito sozinha, a gente pensa que a gente não tem ninguém com a gente. E a gente fica pensando que a criança é tão dependente da gente, a gente acha que a gente não vai dar conta de superar as expectativas. E, às vezes, o meu companheiro não compreende, ele acha que a gente está bem também. Porque a gente está no resguardo e cuidando do neném também [...] mas, depois, eu me senti forte e vi que era um momento mesmo (P1).

Eu vi na internet essa coisa de baby blues. E eu passei por isso, principalmente no primeiro dia depois que eu fui para a casa, que eu estava amamentando a criança, meus peitos rachados, doloridos. Agora, eu estou muito irritada [...]. Essa parte pós-parto assim é muita pressão, se você não tiver um apoio da família, é complicado. A mulher entra em depressão forte, porque é uma queda de hormônio, aquela pressão em cima da gente. A gente se sente bastante frustrada (P5).

Resultados semelhantes foram descritos em estudo de Mazzo *et al.* (2018), no qual as mulheres relataram como principais desconfortos e dificuldades vivenciados no puerpério: medo, instabilidade emocional, dificuldade no cuidado com a criança e no aleitamento materno, além de fadiga, sono e abstinência sexual. Teixeira *et al.* (2015) identificaram sentimentos contraditórios expressos pelas mulheres no puerpério, tais como: insegurança, preocupação, medo, irritação, culpabilização.

O sentimento conflituoso e ambivalente da maternidade é muito comum, pois as mulheres se sentem satisfeitas em suas necessidades afetivo-socioculturais advindas com o nascimento do filho, mas ao mesmo tempo não conseguem atender outras necessidades nesse período, como os afazeres domésticos, emprego, estudo, além das conjugais (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Elas acabam acumulando responsabilidades e sentem-se frustradas e em sofrimento por não conseguirem dar conta de tudo.

A privação do sono, a fadiga e o cansaço por terem que exercer os cuidados com o filho e outras atividades, mesmo com as limitações físicas e alterações emocionais decorrentes do

pós-parto, são eventos estressores para as mulheres, e muitas vezes suas necessidades de descanso físico, autocuidado e reposição do sono são banalizadas pelos familiares e profissionais de saúde (MAZZO *et al.*, 20018; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Diante dos diversos fatores relatados, o risco de desenvolver um transtorno de humor, com sintomas depressivos no período puerperal, deve ser reconhecido pelos profissionais de saúde, identificado precocemente, para que intervenções oportunas sejam realizadas, visando minimizar as consequências negativas que o transtorno mental pode ocasionar na vida da díade mãe-filho e de seus familiares. Existem instrumentos que podem contribuir de forma significativa para esse rastreamento, como as escalas de depressão de Edimburgo e de Humor Brasileira, que se mostraram eficazes e práticas (SILVA *et al.*, 2017c).

A equipe de saúde precisa estar atenta para apreender e compreender as vulnerabilidades a que estão expostas as mulheres nesse período, suas necessidades de ordem orgânica, emocional, relacional, social e, a partir daí, em cooperação com outros profissionais de forma interdisciplinar, planejar um plano de cuidados abrangente, que possibilite à puérpera uma melhor adaptação a essa fase, instrumentalizando-a com conhecimentos e atitudes para que possa exercer os cuidados com o recém-nascido com segurança e também o cuidado de si (TEIXEIRA *et al.*, 2015; DODOU, 2015; SOUSA *et al.*, 2017b).

A falta do cuidado de si, por priorizar o cuidado com o recém-nascido também foi destacada:

Agora que eu estou preocupando comigo, será que eu estou bem? Na consulta, eu perguntei se aquelas cólicas que eu estava sentindo eram normais. Então, foi bom na consulta hoje também porque eu fiquei mais tranquila comigo. Eu pensei assim: “Eu tenho que estar bem também porque a minha filha vai precisar de mim”. Aí eu comecei a pensar em mim agora (P1).

Diante da dificuldade de se adaptar para a realização de múltiplas tarefas, a puérpera deixa suas necessidades de autocuidado em segundo plano (TEIXEIRA *et al.*, 2015; MAZZO *et al.* 2018). Convém destacar ainda que o período puerperal requer descanso para sua completa recuperação, evitando-se complicações. As necessidades das mulheres envolvem: repouso, cuidado com os pontos, alimentação adequada, higiene, cuidado com o corpo (BARBOSA, 2016). Ademais, as ações de cuidado e autocuidado nesse período sofrem forte influência cultural e familiar, com a herança de crenças e práticas de antepassados, o que pode colaborar ou interferir negativamente no pós-parto das mulheres (BARBOSA, 2016; MAZZO *et al.*, 2018; DODOU *et al.*, 2017; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Com vistas a minimizar os conflitos familiares e possíveis prejuízos na realização dos cuidados do recém-nascido e da puérpera, é fundamental que os profissionais de saúde busquem

conhecer os saberes do senso comum, seus hábitos e crenças e que valorizem esse conhecimento, integrando-o ao saber científico, por meio de ações de educação em saúde que envolvam não só a mulher e seu companheiro, mas também os outros familiares. Dessa forma, é possível atingir uma melhor aceitação das orientações (DODOU *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde que prestam assistência em serviços de atenção materno-infantil precisam ressignificar sua prática e voltar seu olhar para esse grupo específico de mulheres que requerem tanto cuidado e sensibilidade, pois muitas vezes a atenção fica mais voltada para a gestante e o recém-nascido, em detrimento da puérpera.

Subcategoria 2: A importância da rede de apoio

Culturalmente a sociedade patriarcal imprime uma responsabilidade à mulher difícil de corresponder, são múltiplos papéis: mãe, trabalhadora, esposa, estudante. Essa expectativa familiar e social, de acordo com Teixeira *et al.* (2015), provoca na mulher ansiedade e autocobrança, o que compromete sua autoestima e seu bem-estar.

A necessidade de apoio da família foi revelada pelas mulheres deste estudo como essencial no período pós-parto, por meio do auxílio nas atividades domésticas ou no cuidado com o recém-nascido.

Eu fiquei bastante irritada, porque eu não dava conta de fazer os trabalhos de casa, cuidar da criança e os pontos doendo, até que um dia minhas irmãs foram lá e falaram: “Olha, você só vai cuidar do neném”. Aí elas foram, arrumaram, deram faxina na minha casa. Minha sogra vai todo dia, agora eu estou melhor da cirurgia, dá para levantar, mas a primeira semana é bem baque (P6).

Minha mãe foi me ajudar, ela ficou comigo uma semana até o umbigo dela cair, caiu com oito dias o umbigo dela. Minha mãe começou a me ensinar a dar o banho, agora eu já estou dando sozinha (P12).

A puérpera tem necessidade de alívio da sobrecarga dos diversos afazeres, sendo essencial o envolvimento e a contribuição de todos os membros da família, auxiliando-a na realização das tarefas domésticas e nos cuidados com o recém-nascido. Ressalta-se a necessidade de se estabelecer uma rede ampliada de apoio social, compreendendo não só o companheiro e familiares, mas também os amigos, a comunidade, as instituições sociais e de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

As restrições, as mudanças e os desconfortos vivenciados pela puérpera advindos da vida pessoal, conjugal e social sobrecarregam fisicamente e emocionalmente essa mulher, tornando-se imprescindível o apoio e a atenção integrada de profissionais, familiares,

centros de referência social e comunitários, visando à mobilização de ações conjuntas para vivência de um puerpério harmonioso e sem complicações (MAZZO *et al.*, 2018).

Subcategoria 3: Dúvidas durante o período puerperal

No período puerperal, a mulher vivencia intensas modificações corporais, alterações emocionais, mudanças em sua rotina, atreladas à responsabilidade nos cuidados de outra vida, totalmente dependente de sua atenção, sendo comum o surgimento de situações imprevistas, não experienciadas, que podem ocasionar dúvidas. Diante disso, são essenciais a disponibilidade e a acessibilidade dos profissionais dos serviços de saúde para o esclarecimento dessas dúvidas em tempo oportuno.

Algumas mães, especialmente aquelas que tiveram o primeiro filho, relataram insegurança em realizar os cuidados com o recém-nascido, tais como banho e curativo do coto umbilical. Enquanto outras se sentiram seguras como descrito no trecho abaixo:

Quanto aos cuidados com o neném, eu quis fazer tudo. Pra mim, foi bem interessante, tipo assim, de trocar, de dar o banho, curar o umbiguinho. Eu me senti segura para fazer. Aí eu fiquei muito feliz, eu que curei o umbiguinho dela, dando os primeiros banhos a gente fica meio insegura, é muito molinha. Você não sabe direito como pegar. Lá no hospital, elas pegam na cabeça segurando pelas orelhas, assim eu sentia dificuldade, aí fui vendo um jeito melhor, eu fui pegando confiança e agora ela tá mais gordinha, já está ficando com a cabecinha mais durinha, aí fica mais fácil (P5).

Dificuldades no cuidado com o recém-nascido, principalmente o banho e o curativo do coto umbilical e aquelas relacionadas à amamentação também foram reveladas pelas mulheres do estudo de Mazzo *et al.* (2015), que consideram a insegurança inicial das mães nos cuidados com o filho bastante comum. A necessidade de aprender a diferença do banho e da higiene íntima entre os sexos dos recém-nascidos foi citada pelas gestantes do estudo de Silveira *et al.* (2017.)

No presente estudo, o choro do bebê também foi um dos grandes motivos de preocupação das mães, muitas delas relataram não conseguir distinguir o motivo do choro e que aprenderam isso com o tempo, à medida que foram convivendo e conhecendo melhor a criança, conforme relatado a seguir:

Mas igual o meu neném, eu não sabia se ele estava sentindo cólica, se ele estava enjoado, porque eu não tinha ainda aquele instinto. Ele está chorando por causa disso, ele está com fome. Agora eu já percebi que, quando ele está com fome, ele já chega e fica quietinho no peito e tenta encostar em mim, mas aí, tem hora, que eu não sei se ele está com cólica, só que aí eu comecei a

prestar atenção, agora eu sei quando está sentindo dor mesmo. Aí é um choro contínuo que não para, do mesmo choro de quando parece que nasceu de novo. Agora, quando ele está mimado, quer é só um colo, ele só grita “ai”. Então, assim, a gente vai aprendendo essas coisas (P7).

Esse relato corrobora o revelado pelas participantes do estudo de Teixeira *et al.* (2015), no qual as mães também tiveram dúvidas em saber distinguir o motivo do choro de seus bebês. As mães se sentem responsáveis integralmente pelo bem-estar e pela segurança de seu filho, portanto uma preocupação delas é conseguir interpretar as demandas e necessidades do filho, decodificar a linguagem do choro e aprender a prover os cuidados necessários (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

O aleitamento materno foi outro assunto que gerou bastante dúvida. As crenças relacionadas ao tamanho da mama e quantidade de leite, assim como leite fraco, ainda precisam ser desmistificadas, por meio de orientação profissional adequada.

Eu acho que ela não está se alimentando direito, porque ela mama muito, mas eles falam que é normal o neném mamar muito. Às vezes, mama 20 minutos. Quando eu estou colocando ela para arrotar, aí passa aquele tempo assim que ela arrotou, aí ela quer de novo, sabe? Aí eu fico pensando: será que está sustentando? Então, eu estou começando a ter essa dúvida, se só o peito eu vou dar conta [...]. E o volume do meu peito, não está com muito volume, isso interfere? E, quanto às coisas para tomar para aumentar, eles falam assim para beber muita água. É só isso mesmo? (P9).

Os cuidados com a amamentação foram citados nos depoimentos das gestantes do estudo de Silveira *et al.* (2017) como uma temática que suscita muitas dúvidas. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o leite materno contém todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento da criança, suprimindo suas necessidades nutricionais sem necessidade de complementação com fórmula infantil, água ou chá até os seis meses de vida e continua sendo importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida. A amamentação deve ocorrer em livre demanda, sempre que o bebê quiser, não se recomenda estabelecer horários fixos para amamentação. A ordenha ao seio é o estímulo que irá liberar os hormônios responsáveis pela produção e ejeção do leite, portanto, quanto mais o bebê mama, mais leite a mama produz. O tamanho das mamas não tem relação com a produção do leite, ou seja, as mamas grandes e pequenas em geral têm a capacidade de secretar o mesmo volume de leite em um dia (BRASIL, 2015).

As mulheres do presente estudo também revelaram que sentiram falta de orientações específicas do pós-parto, tais como sangramento e cuidado com a incisão cirúrgica, como mostram as falas a seguir:

Não foi orientado assim sobre essa cicatrização da cirurgia, que nem agora, no pós-parto, falaram que, por causa dos meus problemas, que a cicatrização é mais difícil, porque eu dei diabetes gestacional, mas antes não foi falado (P11).

Meu cabelo caiu muito, não sei se é normal isso. O sangramento no pós-parto ficou muito, mas, com dois dias, parece que foi diminuindo, com cinco dias mesmo parou, mas ninguém me falou nada desse sangramento não. E eu só fiquei um pouco com medo quando começou a sair a secreção no lugar da cirurgia (P12).

As orientações sobre os sinais de alerta no puerpério, tais como febre, lóquios aumentados, hematoma na incisão cirúrgica ou no períneo, são essenciais para que a mulher consiga detectar precocemente os sinais e sintomas de possíveis intercorrências e procurar o serviço de saúde no momento oportuno. Entre as intercorrências possíveis, destaca-se a hemorragia pós-parto e a infecção de ferida operatória ou da episiotomia (BRASIL, 2013b; 2016a).

Na infecção intrauterina ou ausência de expulsão completa da placenta, o útero não se contrai adequadamente e o sangramento torna-se abundante. A mulher precisa ser orientada sobre as características normais do sangramento pós-parto, chamado de lóquios, que, no início, é sanguinolento, lóquios rubra, depois se torna serossanguinolento e, após duas a três semanas, torna-se mucoso, lóquios alba. O profissional de saúde também deve orientar sobre os cuidados com o local dos pontos, a higiene com água e sabão, não sendo recomendado aplicar pomada, creme, *spray*. No caso de parto vaginal, pode ocorrer hiperemia e edema da mucosa vaginal e região perineal que tendem a desaparecer nas primeiras semanas (SMS-BH, 2019).

A existência de dúvidas e a falta de segurança das puérperas podem estar relacionadas à carência de ações educativas dos profissionais de saúde, acerca das particularidades do puerpério e do aleitamento materno (MAZZO *et al.*, 2015), o que também foi observado no estudo de Dodou *et al.* (2017), no qual as mulheres demonstraram insatisfação devido à escassez de orientações relacionadas ao autocuidado da mulher no período puerperal. Já em relação à amamentação, a equipe do referido estudo enfatizou ações de educação em saúde sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo para o desenvolvimento saudável da criança.

Estudo de Barbosa *et al.* (2016) identificou, a partir do diálogo nos grupos de mulheres e acompanhantes, temas considerados por eles como essenciais para abordagem do autocuidado da mulher no pós-parto, tais como: higiene, nutrição, cuidado das mamas, cuidado com os pontos, atividade sexual, planejamento familiar, atividade física, perda de peso, repouso, saúde mental e comparecimento às consultas puerperais.

Subcategoria 4: Contracepção no puerpério

Uma decisão importante que deve ser tomada no período puerperal é a escolha do método contraceptivo, pois existe o risco de uma nova gravidez, já que a efetividade do método de amenorreia da lactação depende muito da intensidade e frequência das mamadas. Além disso, alguns métodos como os anticoncepcionais combinados são contraindicados por causarem alterações na quantidade e qualidade do leite materno (FINOTTI, 2015). Portanto, uma escolha bem informada junto ao profissional de saúde é a melhor opção. As mulheres entrevistadas destacaram que receberam essas orientações durante a consulta puerperal:

Na consulta pós-parto, falaram do comprimido, da injeção, do DIU. É o que a gente mais quer saber depois que ganha, né, como não engravidar logo em seguida (P5).

Na consulta pós-parto, me explicaram sobre os métodos para evitar um outro neném, orientaram até que eu não posso usar remédio, hormônio, por causa do meu rim e que, para mim, a única opção é camisinha e o DIU de cobre (P10).

O planejamento familiar no puerpério é de fundamental importância, pois um intervalo menor que dois anos entre partos pode acarretar riscos à saúde materno-infantil. O organismo da mulher precisa desse tempo para se recuperar não só no seu aspecto físico, mas também biopsicossocial, para que ela e sua família possam se preparar para vivenciar um novo ciclo de gestação-parto-puerpério sem prejuízos, no momento mais adequado, de acordo com sua decisão e planejamento (ANDRADE *et al.*, 2015).

Subcategoria 5: A recuperação da mulher após parto cesáreo

Sabe-se que mulheres submetidas ao parto cesáreo podem apresentar algumas limitações na realização das atividades após o parto, principalmente devido à dor ocasionada pelo procedimento cirúrgico. As mulheres deste estudo que tiveram parto normal anterior e último parto por cesariana, expressaram sua vivência quanto à recuperação após o parto cirúrgico:

A diferença que eu vejo dos meus três filhos é que meu mais velho, como foi parto normal, foi tudo muito mais rápido, a recuperação para poder cuidar do bebê. Na cesárea, eu senti mais dor, já o parto normal não, parto normal você só sente aquela dor na hora ali e acabou. Daí você já toma seu banho sozinha, você dá banho no seu filho sozinha, então já é diferente. Agora, o parto cesáreo não, cesárea você tem que ter alguém ali para poder te ajudar, para dar um banho (P8).

[...] eu que tive o outro normal, é bem diferente em tudo. Agora, dessa vez, eu não tive alternativa, por causa do coronavírus, tiveram que fazer uma cesárea, tirar a neném antes da hora. Mas é diferente em tudo, a recuperação, porque o parto normal, assim que ela nasceu, eu já saí, levantei e fui tomar meu banho. Agora, cesárea não, a cesárea é bem complicada, é bem diferente mesmo e, quanto à dor, eu preferi a dor do parto normal do que a cesariana, porque o incômodo, a recuperação é muito lenta na cesárea. Normal é muito rápido, se eu pudesse ter escolhido, eu preferia passar pela dor do parto normal do que ter feito cesárea (P13).

Resultados semelhantes foram encontrados por Velho *et al.* (2014), em que as mulheres reconheceram os benefícios do parto normal em relação à cesárea, identificando como dificuldades enfrentadas no parto normal o sofrimento causado pela dor das contrações uterinas. Já com relação à cesárea, elas compreenderam que se trata de um procedimento cirúrgico, com possíveis riscos relacionados a infecção, hemorragia e problemas inerentes à anestesia. Foram destacadas as dificuldades na recuperação da cesárea, referentes à dependência de outras pessoas para a realização de autocuidado, cuidado com o recém-nascido e amamentação, devido à sensação dolorosa na incisão cirúrgica e à limitação para caminhar e manter a postura.

Categoria 3: Sugestões das usuárias para o cuidar-educar durante o ciclo gravídico-puerperal

Essa categoria identificou as oportunidades de melhorias sugeridas pelas usuárias para o cuidar-educar no ciclo gravídico-puerperal. Abordagens acerca do puerpério foram consideradas necessárias e relevantes para serem incorporadas ao serviço, e estratégias educativas utilizando mídias digitais, vídeos informativos, atividades práticas e demonstrativas nos grupos de gestantes foram relatadas como forma de facilitar o acesso e a compreensão da informação. Além disso, outras questões foram apontadas com vistas a aumentar a satisfação com o serviço, tais como: a construção de uma maternidade e a limitação da quantidade de acadêmicos durante as consultas.

Subcategoria 1: Abordagens sobre o período puerperal

Atenção especial deve ser dada ao período puerperal, também denominado “quarto trimestre”, momento em que podem surgir intercorrências relacionadas à gestação e ao parto, tais como infecções puerperais e hemorragias, além de dificuldades relacionadas à amamentação, cuidados com o recém-nascido, sexualidade, sono e vulnerabilidade psíquica materna. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (Acog) enfatiza a importância do acompanhamento da mulher nesse período (ACOG, 2018a).

As mulheres deste estudo foram incentivadas a deixar sugestões para melhorias do serviço pré-natal, especialmente relacionadas às estratégias educativas. Todas disseram que a temática do puerpério foi pouco abordada nos grupos e, durante as consultas, expressaram a necessidade de ser discutido sobre: a rede de apoio às mulheres no período puerperal, as alterações emocionais e hormonais, as dificuldades da maternidade, problemas relacionados com a amamentação e cuidados com o recém-nascido.

As estratégias sugeridas para essa abordagem foram: consulta puerperal mais precoce, com sete a dez dias após o parto, como meio de suporte e apoio profissional antes que os problemas se tornem mais exacerbados, grupo específico para orientações sobre esse período e consulta ao final do pré-natal para discutir sobre as dificuldades desse período.

Então, essa consulta de hoje (40 dias pós-parto) teria sido melhor ter acontecido antes, para deixar a gente mais tranquila, isso ajuda até no resguardo da mãe, porque a mãe já está debilitada, com a parte emocional mais sensível [...]. E eu achei que precisava perguntar sobre o meu emocional desde a minha primeira consulta pós-parto, mas não perguntou não. Só perguntou mesmo do neném, perguntou como foi minha gestação, meu parto, mas da minha pessoa não (P1).

Outra coisa que podia ter era o retorno pós-parto assim na primeira semana, até dez dias do parto, para poder conversar, eu acho que seria interessante [...] as pessoas se preocupam muito com a criança e, às vezes, esquecem que a mãe também precisa de cuidados [...] (P5).

O MS, no âmbito da Rede Cegonha, preconiza o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde na primeira semana após o parto, para avaliação do binômio e identificação das fragilidades, com vistas a prevenir situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2016a). A chamada “primeira semana de saúde integral” contempla também ações de triagem neonatal, triagem auditiva, verificação de vacinas contra BCG, hepatite B e avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio (BRASIL, 2013b).

Na primeira consulta puerperal, o profissional de saúde deve se atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal alterado, dor pélvica, leucorreia de odor fétido, alteração da pressão arterial, tontura constante, ingurgitamento mamário, sinais de mastite. Deve-se observar se existe comprometimento de vínculo entre mãe e bebê, avaliar a mamada quanto à pega e ao posicionamento adequados, indagar a mãe quanto a alimentação, queixas urinárias, hábito intestinal, condições psicoemocionais, como humor, preocupações, fadiga, desânimo, tristezas e condições sociais, incluindo a rede de apoio pessoal (BRASIL, 2013b, 2016a).

O agendamento da segunda consulta de puerpério deve ser realizado em até 42 dias após o parto, ocasião em que a mulher deve ser orientada sobre métodos contraceptivos de acordo com sua preferência e critérios de elegibilidade. Também é importante orientar sobre a extração manual do leite e armazenamento, visando à manutenção do aleitamento materno a partir do retorno ao trabalho (BRASIL, 2013b, 2016a).

A necessidade de orientação sobre o puerpério durante o período pré-natal foi expressa pelas participantes, conforme relato a seguir:

[...] só que não é mostrado isso do período pós-parto. Essa parte não é falada, ninguém conversa com você sobre a parte pós-parto, só a parte boa, que você vai ter o neném, vai amamentar. Do jeito que falam, você acha que é um sonho, fácil, a parte da amamentação [...]. Seria interessante nesse grupo também levar o acompanhante porque o apoio faz muita diferença depois, evitar ficar dando *pitaco*. A mãe tem que aprender, a criança está aprendendo a viver e a mãe está aprendendo a ser mãe. Acho que esse pode ser um assunto também no grupo, um tema, é o pós-parto que não te falam. Isso seria interessante (P5).

Então, lá no grupo particular que eu fiz, foi um pouco diferente, porque foi uma coisa mais voltada para o sentimento, sabe, então teve toda essa questão da amamentação, dos cuidados com o bebê, mas também teve alguns temas que abordava assim... Estou grávida e agora? O que vai mudar na minha vida? O que vai impactar às vezes no meu trabalho? Como que meu corpo vai ficar? Falava dessa questão do cansaço. Então, você vê que não era só uma coisa assim técnica. Envolviam a questão da rede de apoio que é importante o apoio, alguém ali para pegar um copo de água para você, para segurar o bebê para arrotar, então assim sempre eles falavam muito disso, da importância da rede de apoio (P15).

De acordo com a nova recomendação da Acog, o cuidado pós-parto adequado deve ser entendido como um processo que se inicia ainda no pré-natal, sendo recomendada a construção conjunta entre profissional de saúde, mulher e sua família, de um plano de cuidados pós-parto que aborde a transição para a paternidade, maternidade, a rede de apoio e os cuidados necessários à mulher (ACOG, 2018a).

Um grupo de mães vivenciando o puerpério foi sugerido por uma participante, como forma de troca de experiências entre elas e apoio nas dificuldades enfrentadas nesse período.

Um encontro depois do parto, das mães com os bebês, eu acho que seria interessante também, pela troca de experiências, as mães falarem, porque, às vezes, as pessoas pensam assim que é tudo maravilhoso e a gente sabe que não é. Ou falar desse período nas últimas consultas também, é uma coisa para se organizar, eu acho interessante (P9).

Benefícios de um grupo de mães de recém-nascidos prematuros foi evidenciado em estudo de Bugs *et al.* (2018), no qual as participantes relataram que, a partir dos encontros, sentiram-se mais confiantes e empoderadas para cuidar dos filhos no domicílio, conseguiram solucionar dúvidas e partilhar sentimentos, interagindo com outras mulheres que vivenciavam situações semelhantes. Um grupo de mães pode ser bastante relevante por proporcionar a discussão e a reflexão sobre as modificações do puerpério, as dificuldades com a amamentação com os cuidados do RN, com a rotina doméstica e pode servir de suporte social a essas mulheres.

Segundo Lowe (2019), o enfermeiro é um profissional habilitado para fornecer a orientação antecipatória, a coordenação e a continuidade do cuidado materno-infantil, que constituem os pilares da proposta de otimização do cuidado pós-parto. Os enfermeiros precisam aproveitar a oportunidade de se inserirem na liderança dos cuidados e nas políticas de saúde materno-infantil, a fim de ofertarem às mulheres, bebês e suas famílias cuidados abrangentes e holísticos.

Subcategoria 2: Estratégias educativas sugeridas pelas usuárias

Devido à dificuldade de participação nos grupos de gestantes, relatada por algumas mulheres, uma das sugestões foi de que a equipe tente conciliar o dia do grupo com o dia das consultas, ou realizar o momento educativo na sala de espera com as gestantes que estivessem aguardando a consulta.

[...] se fizesse o grupo ali na sala de espera porque tem vez que demora muito para chamar para consulta. Então, enquanto a gente espera, podiam ir conversando e esclarecendo as dúvidas (P10).

A questão do grupo que, às vezes, fica difícil para a gente vir um dia só para o grupo. Então, assim, o ideal seria se essa orientação pudesse ser no mesmo dia da consulta, igual ali, na sala de espera, enquanto a gente aguarda. Isso ajudaria bastante, por mais que a gente tivesse que sair para consulta, mas aquela parte que a gente conseguiu escutar, né, já seria muito bom (P11).

A realização de grupos educativos em sala de espera é uma ótima oportunidade de otimizar o tempo ocioso das usuárias que aguardam para serem atendidas, com a discussão de questões relevantes para a saúde e o autocuidado (SILVA *et al.*, 2017b). Essa assertiva é corroborada por Reis *et al.* (2014), ao considerarem esse espaço público como propício para o diálogo e a expressão de questões sociais, por meio de uma educação conscientizadora que incentive a transformação e o exercício da cidadania.

Entretanto, pode não ser tão efetivo conforme evidenciado na pesquisa de Gil *et al.* (2018), em que o intenso ruído neste ambiente afetou significativamente a atividade, não permitindo a comunicação efetiva, com prejuízo da compreensão da mensagem emitida. Reis *et al.* (2014) acrescentam que o ideal seria adaptar o ambiente das salas de espera, de forma confortável e dividido por tipo de atendimento, para facilitar a atenção, comunicação e participação do usuário (REIS *et al.*, 2014).

Quanto à estratégia de cartilha educativa com informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, a maioria das participantes achou que a leitura se torna cansativa, ou, por não terem o hábito da leitura, esse procedimento não seria interessante.

[..] teve umas cartilhas, mas a questão da leitura, acho que não funciona, em papel assim não. Eu não tenho o hábito da leitura. Quando eu quero saber de alguma coisa específica, eu busco mais na internet e leio alguma coisa, assim, mais focada, por exemplo, se estou procurando sobre cólica do bebê e tiver várias outras coisas, eu pulo, eu não leio. Agora, se o serviço tivesse uma página no instagram com informações, isso faz falta[...] (P15).

Algumas participantes demonstraram preferência por informações faladas e discutidas durante as consultas ou em grupo, enquanto outras se expressaram positivamente em relação a essa estratégia educativa, como demonstrado na seguinte fala:

As cartilhas com orientações por escrito para levar para casa acho que é bom, até teve nos grupos, sobre direitos, a cartilha das dentistas. Eu acho que é importante, para mim serviu, eu li todas elas (P16).

Indo de encontro com a opinião da maioria das mulheres deste estudo, outras pesquisas envolvendo a construção e validação de cartilhas educativas encontraram benefícios. A intervenção educativa proposta por Oliveira *et al.* (2018) sobre orientações nutricionais foi considerada eficaz para melhorar o conhecimento, a atitude e a prática das gestantes quanto ao uso dos alimentos regionais.

Uma intervenção educativa baseada na leitura de uma cartilha sobre prevenção de transmissão vertical da sífilis evidenciou uma melhoria no conhecimento e na prática das participantes, e essas mudanças permaneceram após sete dias da intervenção (COSTA *et al.*, 2020).

Estudo quase-experimental sobre uma cartilha educativa acerca dos cuidados com RNs prematuros demonstrou que o recurso impactou e melhorou significativamente a aprendizagem cognitiva das mães acerca dos cuidados com seus bebês prematuros no pós-teste, em

comparação ao grupo que não teve acesso ao material, reforçando a autonomia e o empoderamento das mesmas (SILVA *et al.*, 2018f).

É importante destacar que os recursos de apoio à educação em saúde, como materiais educativos escritos, constituem ferramentas de suporte aos profissionais da saúde na condução das atividades educativas rotineiras, que reforçam as orientações verbalizadas e podem servir como material de consulta, auxiliando os pacientes e seus familiares no esclarecimento de dúvidas que, porventura, possam surgir quando o profissional da saúde não estiver disponível (OLIVEIRA *et al.*, 2018; BARBOSA, 2016; SOUZA, 2019; SILVA *et al.*, 2018f).

De acordo com Abdul Nour (2018), é essencial que as cartilhas educativas utilizem uma linguagem clara, simples e direta, com sentenças curtas, palavras comuns e sejam escritas na voz ativa, a fim de facilitar a compreensão do conteúdo por pessoas de baixa escolaridade.

Outra estratégia educativa sugerida por mais de 80% das usuárias deste estudo foi a utilização de novas tecnologias, como o recurso das mídias digitais. As mulheres disseram que acessam publicações em redes sociais como *Facebook* e *Instagram*, baixam aplicativos sobre a temática da gestação e realizam busca na internet sobre algum assunto sobre o qual têm dúvidas. O problema das informações veiculadas na internet é que nem sempre são fontes confiáveis e fidedignas, podem muitas vezes confundir a gestante em vez de esclarecê-la.

As formas de divulgação de orientações em saúde relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, utilizando as mídias digitais, relatadas foram: aulas *on-line*, mídias sociais, página ou aplicativo do serviço.

Eu acho que poderiam criar um canal e fazer tipo que nem fazem aula *on-line*, ainda mais com essa coisa agora da pandemia, vocês poderiam fazer o grupo mesmo *on-line*. Ou um aplicativo do serviço, uma página na internet daqui para que a gente pudesse acessar as informações seria bom (P10).

Do grupo, talvez, principalmente agora por causa da pandemia, seria interessante criar alguma página na internet que vocês colocassem informações tipo as que são passadas no grupo (P12).

Se o serviço tivesse uma página no *Instagram*, isso faz falta, até para as pessoas conhecerem. Eu acho que uma página seria bacana para poder divulgar mesmo e poder passar para as pessoas lá fora tudo que tem aqui. Vocês poderiam, a cada semana, postar uma informação sobre algum tema. Hoje em dia, todo mundo está conectado. Então, é de extrema importância essa questão das pessoas começarem a entrar para esse meio. [...] o SUS e o hospital precisam entrar nessa onda porque realmente a informação hoje é primordial e essas questões de postagem, realmente esses posts eu leio, porque é aquela coisa focada, e você está ali com o celular, aí você vê: “Ah, é tal coisa do serviço”. Então, chama a atenção (P15).

As questões relacionadas ao cuidado em saúde passaram a despertar grande interesse da mídia e dos meios eletrônicos de comunicação de ampla audiência, como os jornais e a internet, competindo com os profissionais de saúde e os educadores nessa função de difundir o conhecimento sobre saúde (NOGUEIRA, 2017).

Convém ressaltar que a utilização dos meios tecnológicos de comunicação virtual foi fortemente influenciada pelas estratégias de enfrentamento da pandemia da covid-19, como forma de minimizar os efeitos do isolamento social imposto pelos órgãos de vigilância sanitária. Os modelos de organização do trabalho em saúde foram transformados, mostrando-se como uma alternativa aos profissionais para a continuidade do contato com os pacientes (BUENO *et al.*, 2021).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), de forma especial as mídias digitais, têm alcançado cada vez mais adesão e credibilidade da população em geral, como forma de aquisição de conhecimento rápida e eficaz (LIMA *et al.*, 2021). Apesar da facilidade e potência das mídias sociais na divulgação de conteúdos informacionais, é preciso que os leitores tenham visão crítica e procurem fontes que divulguem informações fidedignas, comprovadas cientificamente (LIMA *et al.*, 2021).

Estudo de Bernardes *et al.* (2019) considerou o *Facebook*® como ferramenta potencial para promoção da saúde e conexão com a comunidade para o ensino médico fora dos espaços habituais da consulta. Em sua pesquisa, as temáticas foram elaboradas em conformidade com a medicina baseada em evidências e, em seguida, publicadas na mídia social, o recurso permitiu o *feedback* e a interação a partir dos espaços para comentários dos seguidores e resposta dos responsáveis pela publicação, de forma clara, coesa e respeitosa.

Sendo assim, o processo educativo utilizando as redes sociais *on-line* pode facilitar o aprendizado individual a partir da interatividade com o coletivo, de forma lúdica e atrativa, principalmente para o público jovem, ultrapassar as barreiras geográficas e aproximar o público dos serviços de saúde (ARAGÃO *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde precisam reconhecer esses espaços virtuais como oportunidades de exercer o cuidado em saúde.

Por outro lado, seria importante a criação de políticas que obedeçam aos princípios éticos, que inibam a divulgação de conteúdos falsos e viabilizem o acesso de qualidade para todos, pois se sabe que uma parte considerável da população não possui habilidade digital nem recursos para adquirir computadores e uma internet de boa velocidade (LIMA *et al.*, 2021; FIGUEIREDO, 2017). Portanto é preciso refletir sobre a utilização das mídias digitais que, em alguns casos, podem exacerbar ainda mais as desigualdades sociais, oportunizando o conhecimento para poucos.

Outra estratégia educativa sugerida foram os vídeos informativos sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê como o banho, curativo do coto umbilical e sobre outros temas relevantes ao ciclo gravídico-puerperal. Esses vídeos, na opinião das participantes, poderiam ser expostos na televisão da sala de espera e também nos grupos de gestantes.

[...] eu acho que poderiam passar algum vídeo com orientações sobre amamentação, os cuidados com bebê, ali naquela televisão da recepção. A gente fica lá tanto tempo esperando, sai um, entra outro. Aí, se fosse passando um vídeo, seria bom para poder aprender as coisas e tal. Igual eu que sou mãe de primeira viagem, seria muito bom que passassem um videozinho, por exemplo, de como dar o banho, sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a gestação também, o período de gestação, seria bom (P2).

Na pesquisa convergente assistencial de Silveira (2017) sobre cuidado clínico de enfermagem no pré-natal, as participantes também sugeriram que a prática do banho do RN fosse demonstrada por meio de vídeos.

Uma revisão sistemática sobre os impactos de estratégias educacionais em um pré-natal de baixo risco evidenciou que as principais atividades educacionais observadas utilizaram recursos didáticos como vídeos, materiais ilustrativos, pôsteres explicativos, bonecas e mamilos artificiais (SILVA, 2016a). A utilização de filmes ainda é incipiente nos processos organizativos e educativos das práticas de saúde, apesar de sua potencialidade como instrumento reflexivo para dialogar com a sociedade sobre visões de mundo e sobre o cuidado em saúde no SUS (BRASIL, 2016c).

Quando questionadas sobre o que mudariam na abordagem do grupo de gestantes, algumas mulheres relataram que as atividades práticas com demonstração em bonecos atrairiam mais a atenção e facilitariam a aprendizagem:

Seria interessante, por exemplo, no grupo, uma demonstração com boneco, principalmente essa questão do banho. Até mesmo assim, no grupo, quando tem os encontros, talvez seja interessante não fazer uma vez só, seria interessante talvez em um encontro o profissional mostrando como faz, e num outro encontro, as mães fazendo porque, se a mãe perder um encontro, talvez ela perde justo o que tem de mais importante e aí ela não vai ter de novo a orientação (P6).

Em relação aos cuidados com o bebê que talvez poderiam abordar de uma outra forma no grupo, o banho poderia simular ou mostrar um videozinho. Ou às vezes, igual, a moça trouxe um bonequinho uma vez no grupo, talvez mostrar no boneco como que dá, simula como lavar a cabecinha para não cair água no ouvido, mostra, traz uma banheira, um boneco (P14).

Eu acho que para mim seria bom, sabe, alguma coisa prática no grupo, porque para mim lá parecia uma aula. Então que tivesse também uma aula prática. Talvez seria bom, eu achei que foi muito teórico, poderia ter tido alguma coisa prática dessa parte assim de dar o banho, sobre como curar umbiguinho, como lavar as partes íntimas, como limpar quando é bebê menino e quando é bebê menina. Isso seria bom, uma coisa mais visual, sabe, eu acho que seria bom (P16).

A realização de atividades práticas sobre os cuidados com o RN como o banho e curativo do coto umbilical possibilita o aprendizado e a desmitificação de hábitos nocivos, tais como uso de fumo, moeda e faixa no coto umbilical, proporcionando maior segurança às mães na realização desses cuidados (FARIA; RODRIGUES, 2017).

Estudo de Pio e Oliveira (2014) que relatou a experiência de educação em saúde voltada para gestantes no Brasil e em Portugal identificou que as gestantes que participaram do grupo lusitano interessaram-se principalmente pelas atividades práticas e pela visita ao hospital de referência, onde o parto seria realizado. No grupo brasileiro, observou-se a utilização de dinâmicas, de objetos e de demonstrações práticas, proporcionando momentos lúdicos e de circulação da fala.

Uma oficina sobre cuidados com o RN coordenada por Silveira (2017) realizou demonstração prática do banho, troca de fraldas e higiene do coto umbilical, utilizando um boneco. Esses cuidados foram demonstrados por uma participante da oficina, que aceitou compartilhar sua experiência, orientada pelos profissionais de enfermagem responsáveis pelo encontro. As participantes relataram que tal prática foi importante para a aquisição de confiança e segurança.

O uso de técnicas participativas no processo coletivo de ensino-aprendizagem pode auxiliar na construção e recriação do conhecimento em nível plural, coletivo e singular, individual. Tais técnicas são um meio de atingir os objetivos de uma determinada estratégia educativa que deve sempre considerar o contexto sócio-histórico de seus participantes (BRASIL, 2016c).

Os recursos pedagógicos como projeção, cartazes, tarjetas, desenhos, vídeos, exposições dialogadas, músicas, poesias, performances, dramatizações, jogos, brincadeiras são instrumentos que, com criatividade, podem potencializar e facilitar os processos educativos, proporcionando um ambiente descontraído e acolhedor (BRASIL, 2016c).

As técnicas de dinâmicas de grupo são instrumentos educacionais que permitem trabalhar a relação entre ensino-aprendizagem, articulando teoria e prática, considerando os participantes desse processo como sujeitos ativos, que trabalham coletivamente para construção de uma *práxis* que subsidie a transformação e modificação de sua realidade (BRASIL, 2016c).

Diante das diversas estratégias educativas sugeridas, vale destacar que o processo de comunicação e informação em saúde é complexo, não se restringe apenas a codificação e decodificação mecânica entre emissor e receptor, deve levar em consideração não só os temas a serem informados, mas o que se quer transformar (BARRETO, 2017).

Desse modo, para que o indivíduo possa se apropriar de uma informação, orientação em saúde, esta precisa estar imbuída de sentido e significado para a vida dele. Portanto, não basta apenas comunicar, a informação precisa gerar um impacto na vida do outro, que, a partir daí, irá refletir e (re)significar seus modos de pensar e agir em saúde (BARRETO, 2017; PINHO, 2018).

Subcategoria 3: Número de profissionais durante as consultas

Outra sugestão para melhoria do cuidado no serviço de pré-natal apontada por algumas mulheres foi quanto à quantidade de pessoas durante as consultas, entre estagiários, residentes e preceptores. Elas reconheceram que, por ser um hospital de ensino e campo de estágio dos estudantes, isso é uma rotina do serviço, entretanto sugeriram restringir a quantidade de alunos para que pudessem se sentir mais à vontade. As falas abaixo retratam essa situação:

A única coisa que eu acho que é normal aqui do hospital, na hora da consulta, ficar muita gente na sala. Principalmente homem, entendeu? Quando é mulher, a gente fica mais confortável, mas com homem a gente fica assim com vergonha. É mais essa questão mesmo de muitos profissionais na sala talvez, se ficassem só dois, seria menos constrangedor, tipo assim, dois alunos mais o médico que está me atendendo (P2).

Quando eu cheguei, na minha primeira consulta, não me senti à vontade porque é muita gente. Então, assim, eu não gostei, muitos alunos [...] depois eu perdi a vergonha, era assim uma coisa que eu que tinha que colocar na minha cabeça, que assim todo mundo tá estudando para isso, então eles estão aqui para aprender, são todos médicos, estagiários. Talvez seja até um ponto para vocês avaliarem, principalmente na primeira consulta, porque assim assusta e são muitas perguntas assim, muito pessoais como, por exemplo, número de parceiros, idade da primeira relação sexual. Pelo menos na primeira consulta, poderia avaliar melhor a quantidade de alunos, deveriam manter só uns três ou quatro, por exemplo, dividir a turma, a cada paciente entrar dois ou três alunos (P3).

O ambiente intra-hospitalar por si só já é passível de causar estranhamento aos pacientes, os hospitais-escola apresentam características peculiares, que podem acentuar medos e ansiedades nos pacientes devido à rotina de participação de estudantes e professores nos atendimentos, em que é comum a transmissão do conhecimento médico aos aprendizes (DORIGATTI *et al.*, 2015). O aluno precisa estabelecer um vínculo harmonioso com o paciente

para que ele não se sinta constrangido com sua presença e fique à vontade para falar sobre suas queixas.

Subcategoria 4: Ter uma maternidade na instituição

Uma das melhorias sugeridas pelas participantes foi a incorporação de uma maternidade no serviço, pois, na visão delas, facilitaria, otimizaria a assistência obstétrica, possibilitando uma atenção integral, desde o pré-natal até o puerpério, o que resultaria em aumento da satisfação das mesmas com o serviço. As falas a seguir evidenciam o exposto:

Vocês poderiam ter um hospital de vocês, maternidade de vocês. Porque vocês são referência para a gente. (P1)

Se o parto tivesse como ser aqui, seria bom, ter não só o pré-natal, mas até o parto aqui, que já ficava tudo aqui, seria legal se tivesse maternidade também aqui. (P4)

A Rede Cegonha propõe a reestruturação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças, visando resolver os problemas de segmentação e fragmentação do cuidado, proporcionar ampliação do acesso, melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento com vinculação da gestante à maternidade de referência, evitando a sua peregrinação em busca de assistência (BRASIL, 2011).

Uma forma de atender parcialmente essa demanda das usuárias seria estimular e acompanhar a visita da gestante à sua maternidade de referência para parto e intercorrências, conforme garantido pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dessa forma, elas se sentiriam mais familiarizadas com o ambiente e os profissionais que darão continuidade à sua assistência (MS, 2007).

Com o objetivo de sintetizar as sugestões de melhorias relatadas pelas puérperas, facilitando a compreensão do leitor, construiu-se o Quadro 6, apresentado a seguir.

Quadro 6- Propostas de estratégias educativas sugeridas pelas puérperas para melhoria do serviço

Grupo de apoio às mães no período puerperal.
Consulta puerperal agendada entre sete e dez dias após o parto, para avaliação da mãe, do recém-nascido e para orientação sobre as dificuldades vivenciadas nesse período.
Últimas consultas de pré-natal com enfoque voltado para a preparação para o puerpério, abordando as dificuldades da maternidade, as alterações emocionais e hormonais, os cuidados com o recém-nascido, o aleitamento materno (pega, posições, condutas em caso de fissura

mamilar, ingurgitamento mamário e demais problemas relacionados), importância da rede de apoio.
Cartilhas educativas com orientações sobre as principais temáticas do grupo de gestantes.
Utilização das mídias digitais (<i>Facebook, Instagram, site, aula on-line</i>) para divulgar informações pertinentes a período gestacional, parto, pós-parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido.
Criação de vídeos informativos sobre gestação, aleitamento materno e cuidados com o bebê, para serem transmitidos nos grupos de gestantes e na sala de espera do ambulatório de pré-natal.
Conciliação da data dos encontros do grupo de gestantes com o dia da consulta pré-natal.
Realização dos grupos educativos na sala de espera do ambulatório de pré-natal.
Inclusão das seguintes temáticas de orientação em saúde materno-infantil: causas de perda gestacional, rede de apoio à puérpera, período puerperal, planejamento familiar.
Atividades práticas nos grupos de gestantes, tais como: demonstração do banho do recém-nascido utilizando um boneco, curativo do coto umbilical.
Construção de uma maternidade
Acompanhamento pré-natal pelo mesmo profissional

Fonte: elaborado pela autora a partir das falas das participantes (2021).

6.2 ETAPA 2: ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A segunda etapa de coleta de dados da pesquisa envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde (PSs) de acordo com os critérios de inclusão explicitados na metodologia. Do total de 13 PSs que compõem o grupo de trabalhos educativos do serviço pré-natal, dois estavam em trabalho remoto e um não manifestou interesse em participar da pesquisa após três tentativas de agendamento da entrevista. Dessa forma, foram entrevistados nove PSs.

6.2.1 Caracterização dos profissionais de saúde

A seguir, apresenta-se a Tabela 2, em que é explicitada a caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

Tabela 2- Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo n=09, em Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021

Variável	N	%
Idade		
30-39 anos	5	55,6
40-49 anos	2	22,22
50 anos ou mais	2	22,22
Formação		
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	7	77,78
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	2	22,22
Tempo de atuação na Instituição		
1- 3 anos	6	66,67
Mais de 3 anos	3	33,33
Possui outro emprego		
Sim	7	77,78
Não	2	22,22
Já atuou na docência?		
Sim	5	55,56
Não	4	44,44

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

A faixa predominante de idade dos profissionais de saúde deste estudo foi de 30 a 39 anos. De acordo com o boletim “Emprego em Pauta”, elaborado pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2021), a proporção de trabalhadores jovens na área da saúde é menor do que no total das atividades econômicas e os profissionais médicos são proporcionalmente mais velhos que os profissionais de enfermagem, 24,5% têm mais de 60 anos.

No que concerne à formação, 77,78% possuíam pós-graduação *lato sensu* e 22,22% pós-graduação *stricto sensu*, revelando uma tendência dos profissionais de saúde em buscar melhor qualificação, o que também foi evidenciado na pesquisa de Espíndola *et al.* (2011), em que a maioria dos profissionais entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas haviam realizado

algum tipo de curso, atualização, especialização e ou mestrado, após a graduação. O fato também pode estar relacionado à ampla concorrência dos cargos de concurso público, no qual os mais qualificados têm maior chance de ser selecionados.

Em relação ao tempo de atuação, 66,67% tinham de um a três anos de exercício profissional na instituição, o que está relacionado à realização de um concurso público recente em que foram disponibilizados cargos para várias especialidades na área da saúde. Esse resultado diverge do encontrado na pesquisa de Cruz *et al.* (2018), na qual apenas 27,9% dos profissionais de saúde tinham entre um e cinco anos de atuação na unidade de trabalho de um hospital de ensino.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, a grande maioria (77,78%) informou possuir apenas um vínculo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Pedrazza *et al.* (2018), no qual menos da metade dos profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da família, entre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e educadores físicos, relataram possuir outra atividade laboral. Esses autores sugerem que a estabilidade profissional dos concursos públicos pode estar relacionada com a satisfação empregatícia.

Um pouco mais da metade dos profissionais (55,56%) relatou possuir experiência com a docência, sendo essa uma característica importante, que pode influenciar a habilidade dos mesmos para atuação em atividades educativas em saúde.

6.2.2 Categorias de análise: profissionais de saúde

Na análise temática da pesquisa com os profissionais de saúde, identificaram-se 69 unidades de registro, as quais foram agrupadas por semelhança em nove unidades de contexto, que, em seguida, foram analisadas de forma aprofundada, possibilitando emergir três categorias temáticas que abrangem a significação, os núcleos de sentido das unidades de contexto. No Quadro 7, estão descritas as unidades de contexto e de registro.

Quadro 7- Unidades de contexto e unidades de registro, obtidas a partir das entrevistas com os profissionais de saúde

Unidades de contexto	Unidades de registro
As atividades educativas no pré-natal são primordiais para a mulher e sua família, oportunizando mudanças de hábitos, prevenção de intercorrências, preparo para parto e pós-parto e construção do conhecimento em espaços coletivos como o grupo de gestantes.	As atividades educativas são primordiais para o conhecimento e o aprendizado das gestantes por meio de informações e suporte dos profissionais de saúde.
	A informação e a orientação proporcionam à gestante e sua família maior segurança e preparo para as mudanças que irão ocorrer momento do parto e pós-parto.
	Educação em saúde para mudança de hábitos e prevenção de intercorrências.
	Os espaços coletivos de educação em saúde como forma de construção do conhecimento e emancipação das mulheres.
A desvalorização das atividades de educação em saúde pela sociedade e por alguns profissionais	As atividades educativas estão em falta na área da saúde e a população está carente de informações.
	Alguns profissionais e a sociedade não valorizam as ações educativas.
O grupo de gestantes interdisciplinar como momento de aprendizado, interação e troca entre os profissionais e gestantes.	O grupo de gestantes tem caráter interdisciplinar e constitui um momento de interação interprofissional e compartilhamento de informações.
	A falta de conhecimento das gestantes e o grupo como uma oportunidade de aprendizado.
	Atividades educativas em grupos na sala de espera.
	O grupo de gestantes como um ambiente descontraído, aberto, participativo, que permite troca de experiências e aprendizado.
	O grupo de gestantes como uma experiência emocionante e gratificante.
Abordagem dos profissionais de saúde no grupo de gestantes: necessidade de melhorias	A Abordagem teórica dos profissionais no grupo de gestantes, transmissão do conhecimento.
	Necessidade de melhoria na abordagem dos profissionais no grupo de gestantes, ampliando o recurso da escuta.
Adesão das mulheres ao grupo de gestantes no pré-natal: fatores facilitadores e dificultadores.	A adesão das gestantes ao grupo está dentro da média esperada.
	Os profissionais de saúde consideram a adesão das gestantes ao grupo como baixa.
	A adesão das gestantes pode estar condicionada aos brindes ou à oportunidade de conhecimento.
	A adesão das mulheres é dificultada pela falta de envolvimento de alguns profissionais da equipe multidisciplinar que não abordam a importância do grupo durante as consultas e também não participam do grupo.

	A falta de oportunidade de realização de consulta com enfermeiro pode contribuir para a não adesão das mulheres ao grupo.
	As gestantes apresentam dificuldade e resistência para a participação em grupos.
	A localização do hospital não centralizada na cidade e o custo do transporte público como fatores dificultadores para a participação das gestantes no grupo.
	Gestantes de outras cidades como dificultador da participação das gestantes no grupo.
	Algumas mulheres não participam do grupo por falta de conhecimento da importância do mesmo para sua preparação para o parto, pós-parto.
	O emprego como fator dificultador da participação das gestantes no grupo apesar de ser um direito legal.
	Falta de interesse das gestantes em participar do grupo.
	As limitações físicas do final da gestação como fator que dificulta a participação das gestantes no grupo.
	O local de realização do grupo não acolhedor, desconfortável, inadequado como fator dificultador para participação no grupo de gestantes.
	Falta de incentivo da empresa para a realização de grupos educativos é um fator dificultador.
	O medo e a insegurança da gestante sobre como será a abordagem no grupo podem dificultar a participação daquelas que não se sentem à vontade para se comunicarem em ambiente grupais.
	O modelo biomédico contribui para a falta de interesse das mulheres pelas atividades educativas.
	Realizar o grupo de gestante no mesmo dia de consulta pré-natal facilita a participação das mulheres.
	O atestado médico como forma de facilitar a participação de gestantes empregadas.
	O envio de mensagens por meio de <i>whatsapp</i> para lembrar e confirmar presença, como um facilitador da participação.
	A estrutura do grupo como um ambiente acolhedor e aberto ao diálogo facilita a participação.
	Uma rede de apoio subsidiada pelo serviço de assistência social das prefeituras como forma de viabilizar o acesso ao local do grupo e facilitar a participação.
Estratégias para favorecer a participação das mulheres nas ações educativas do pré-natal.	Melhorar a divulgação do grupo por meio de vídeos e durante o pré-natal, utilizando a meta-aprendizagem ativa, mostrando a importância do grupo como uma oportunidade de educação em saúde.
	Os brindes e lanches como atrativos do grupo de gestantes.

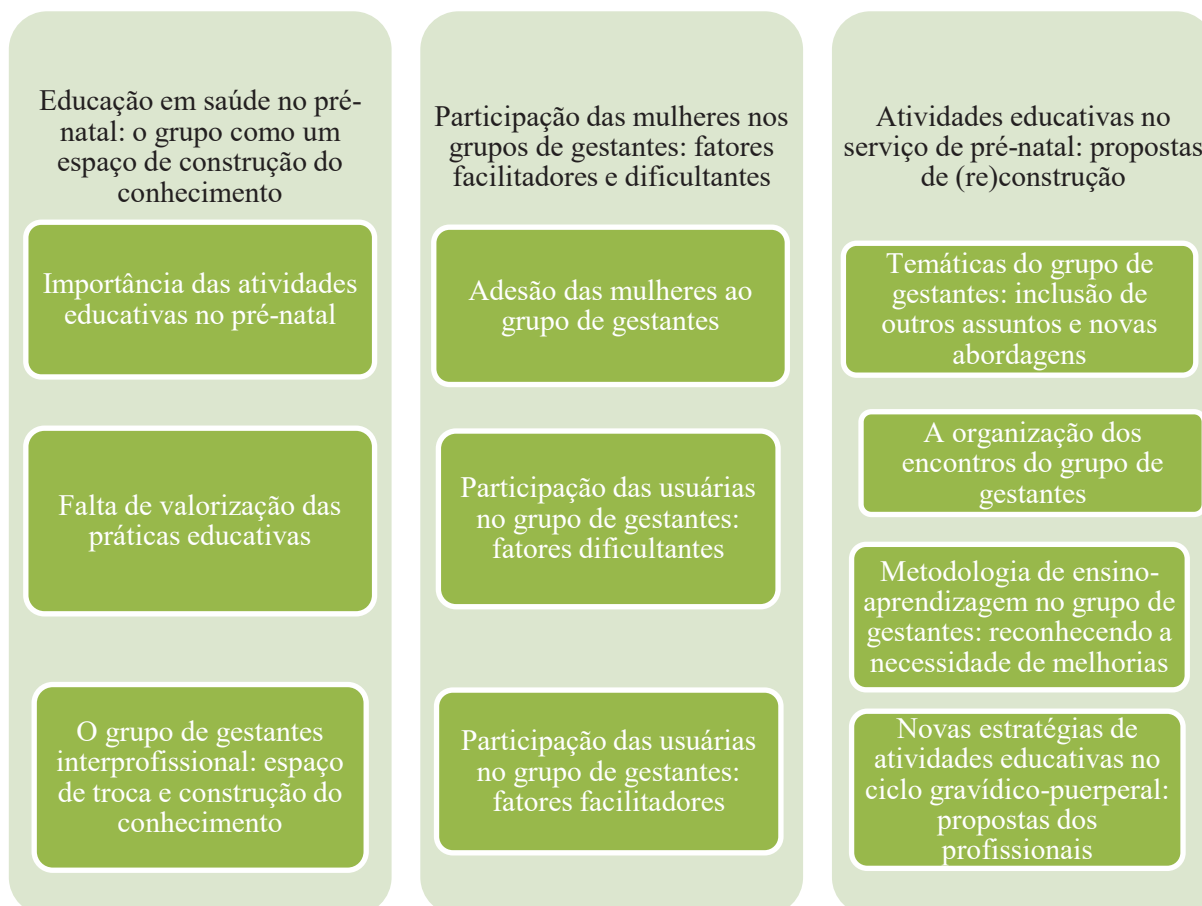
	Temas e profissionais diversificados como atrativo para o grupo de gestantes.
	Ouvir as gestantes para conhecer a realidade das mesmas e entender os motivos da não participação nos grupos.
	Incluir mais um dia de grupo no mês e em outro horário pode favorecer a participação.
	Conciliar o dia do grupo no dia de maior quantitativo de gestantes na agenda de consultas pré-natal para favorecer a participação.
	Rede de apoio logístico, financeiro, jurídico para favorecer a participação das mulheres.
	O envolvimento e a participação dos demais profissionais da equipe multidisciplinar (preceptores, residentes e acadêmicos) nos grupos e divulgação dos encontros durante as consultas médicas.
	A conscientização dos profissionais quanto à importância das ações educativas de prevenção, visando melhorar o engajamento dos mesmos para o grupo e com isso envolver as mulheres para a participação.
Temáticas do grupo de gestantes: inclusão de outros assuntos prioritários e novas abordagens.	Os temas já abordados no grupo são fundamentais, englobam conteúdos prioritários, como direito da gestante, nutrição, cuidados com o recém-nascido.
	A depressão pós-parto e rede de atendimento de psicologia como uma temática a ser orientada nos grupos de gestantes.
	O plano de parto como uma importante temática a ser incluída nos grupos de gestantes, visando prepará-las para o momento do seu parto.
	O período pós-parto como tema a ser incluído nos grupos de gestantes, abordando as alterações hormonais, psicológicas, as dificuldades e a rede de apoio.
	Os cuidados no período pós-parto cesáreo, sangramento, cicatrização, prevenção de infecção.
	O planejamento familiar envolvendo o parceiro como um tema a ser abordado no grupo e durante a gestação.
	Amamentação e retorno ao trabalho, como retirar o leite e conservar para manter o aleitamento materno mesmo após o retorno ao trabalho.
	Amamentação real: suas dificuldades e problemas.
Organização dos encontros do grupo de gestantes: propostas de melhorias.	O refeitório como local adaptado de realização dos grupos.
	O horário e a duração dos encontros de gestantes.
	A periodicidade de realização dos grupos de gestantes.
	Os recursos materiais: carência de material gráfico e elementos demonstrativos como manequins, simuladores, filmes para tornar o momento do grupo mais dinâmico e participativo.

	Falta apoio da instituição em fornecer melhores ferramentas de trabalho para os grupos educativos.
	As doações de brindes e lanches por representantes de indústrias farmacêuticas são essenciais.
	Necessidade de realizar reuniões periódicas com os profissionais do grupo para discutir as melhorias e oportunidades de mudança na abordagem educativa.
Atividades educativas no serviço de pré-natal: novas estratégias de abordagem.	Utilização de metodologias ativas, por meio de atividades lúdicas, dinâmicas, demonstração em manequins, teatros, situações-problema, compartilhamento de histórias e vivências, para a construção coletiva de conhecimento e maior satisfação das usuárias.
	Vídeos nas televisões das recepções dos ambulatórios, com informações educativas relacionadas às temáticas do pré-natal, parto, pós-parto e divulgação dos encontros do grupo de gestantes.
	Depoimento de mães sobre o período pós-parto e amamentação, no grupo de gestantes.
	Atividades educativas de forma <i>on-line</i> , virtual, utilizando plataformas, redes sociais, <i>whatsapp</i> , páginas na internet, para transmissão de atividades síncronas tipo <i>lives</i> , ou assíncronas com postagens informativas de cada área.
	A acessibilidade e a viabilidade das atividades educativas de forma <i>on-line</i> .
	Cartilhas educativas com as principais temáticas de importância para a gestante, com orientação do profissional. Abordar um tema da cartilha junto com a gestante em cada consulta de pré-natal.
	As cartilhas educativas poderiam ser realizadas em versão digital e enviadas às gestantes por mensagem de <i>whatsapp</i> .
	Agendamento de consulta puerperal com as enfermeiras na primeira semana após o parto, para aconselhar sobre a amamentação, conhecer as dificuldades da mulher e propor soluções.
	Abrir uma agenda de enfermagem para aconselhamento individual das mulheres sobre as temáticas do grupo, conforme a idade gestacional.
	Realização de capacitação sobre a importância da educação em saúde para os profissionais da equipe multidisciplinar que realizam consultas de pré-natal, incluindo preceptores, residentes e acadêmicos.
	As enfermeiras obstetras exercem um papel fundamental na divulgação, preparação, planejamento e estruturação das atividades educativas em grupo no serviço de pré-natal.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Categorias e subcategorias: profissionais de saúde

Figura 6 - Categorias e subcategorias definidas a partir das unidades de contexto das entrevistas com os profissionais de saúde



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Categoria 1- Educação em saúde no pré-natal: o grupo de gestantes como um espaço de construção de conhecimento

Essa categoria discorre sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca das atividades educativas no pré-natal e seus benefícios para a mulher e sua família, tendo o grupo de gestantes como eixo condutor dessas ações nesse serviço.

Subcategoria 1: Importância das atividades educativas no pré-natal

A educação em saúde no pré-natal é um processo de ensino-aprendizagem com constante troca e busca de conhecimento entre seus agentes, pode ser realizada de forma individual durante as consultas e/ou em grupo por meio de rodas de conversas. O produto

esperado desse componente “ensinar” são mulheres e familiares preparados e seguros para vivenciarem de forma positiva o ciclo gravídico-puerperal (DIAS *et al.*, 2015).

Os participantes expressaram que as atividades educativas promovidas pelos profissionais de saúde são primordiais para o aprendizado e a construção do conhecimento das gestantes e seus familiares, acerca dos aspectos que envolvem a maternidade.

Eu acho que qualquer ação de atividade educativa é de primordial importância em qualquer desfecho, tanto durante o pré-natal quanto no puerpério. Então, durante todo o período, a mulher tinha que ter conhecimento mesmo sobre o que ela está passando, sobre a vida dela, e ela buscar melhor conhecimento e também buscar profissionais de saúde para dar suporte durante todo esse processo dela (PS1).

Eu acho que é assim fundamental a educação em saúde, quanto mais a gente fornece a elas a parte educacional, informativa, mais ferramentas elas terão para poder trabalhar melhor essas questões e também desenvolver o seu papel como mãe (PS4).

Esse caminho de busca e construção do conhecimento deve ser fundamentado na pedagogia libertadora de Paulo Freire a partir do diálogo aberto, livre, permeado por relações horizontalizadas entre profissionais de saúde e usuárias, proporcionando um ambiente favorável para exposição de dúvidas e anseios (FREIRE, 1991).

O momento do pré-natal foi visto pelos profissionais como uma oportunidade para mudança de hábitos de vida da gestante e prevenção de intercorrências, a partir das orientações sobre os riscos e benefícios de cada comportamento para si e para seu bebê.

Eu acho que é um momento oportuno para que ela possa mudar alguns hábitos que, às vezes, não são tão benéficos para a saúde e adotar hábitos mais saudáveis e, além disso, para a prevenção de algumas intercorrências que podem acontecer durante a gestação (PS3).

A gente sabe que a educação da paciente é capaz às vezes de diminuir ou amenizar alguns riscos na gestação (PS5).

Orientações sobre estilo de vida saudável devem ser enfatizadas, discutindo sobre alimentação, atividade física, cessação do alcoolismo, tabagismo e outras drogas a fim de auxiliar as mulheres na identificação e modificação de situações de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2017; JARDIM *et al.*, 2019). A capacitação das gestantes deve buscar envolvê-las no enfrentamento dos seus problemas para que se tornem corresponsáveis por sua saúde (PINHO, 2018).

O processo educativo, para ser libertador, precisa fortalecer os sujeitos envolvidos, considerar que cada mulher carrega consigo múltiplas experiências de vida que precisam ser compartilhadas, para que, em conjunto com todos os atores do processo educativo, surja um novo conhecimento, um aprendizado que só é possível em sintonia com os outros, a partir da ação-reflexão-ação capaz de potencializar transformações e gerar uma nova realidade (FREIRE, 1982, 1987, 2006). “[...] ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 44).

A orientação em saúde durante o pré-natal na visão dos profissionais é uma forma de preparação da gestante e sua família e pode proporcionar maior segurança para vivenciarem a gestação, o trabalho de parto, o parto e o período puerperal.

É notório que quanto melhor a paciente e a família estiverem informados e melhor esclarecidos, a gente acredita que eles vão estar mais preparados para a hora do parto e para chegada do neném, pós-parto e tudo mais. Eu acredito que eles vão se sentir mais seguros, mais confiantes e vão ter uma experiência mais positiva se eles estiverem bem orientados (PS7).

De acordo com revisão sistemática de Silva *et al.* (2016a), as estratégias educacionais ao longo do pré-natal orientam a mulher acerca das questões clínicas e psicológicas inerentes ao período gravídico, preparando-a para o parto e o pós-parto e contribuindo para melhores desfechos obstétricos, tais como: redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer e maior prevalência do aleitamento materno exclusivo. Durante as consultas de pré-natal, o tempo para discutir sobre as informações pertinentes ao período gravídico-puerperal é muitas vezes limitado.

Estudo de Nunes *et al.* (2019) avaliou a efetividade de uma oficina educativa com 105 gestantes atendidas em um serviço obstétrico de Santa Catarina e constatou que, após a intervenção, as participantes do estudo apresentaram maior conhecimento acerca dos cuidados pré-natais, trabalho de parto, parto, cuidados pós-natal e amamentação.

Uma revisão sistemática e metanálise sobre a percepção positiva da experiência de parto evidenciou que mulheres que frequentaram cursos de preparação para trabalho de parto e parto relataram melhores experiências de parto em relação ao grupo controle, na avaliação realizada cinco anos após os cursos (TAHERI *et al.*, 2018).

As estratégias de educação em saúde melhoram os resultados maternos e infantis, principalmente quando continuadas após o nascimento da criança, contribuindo para a manutenção da amamentação (HERVAL *et al.*, 2019). Nesse sentido, o estudo de Yohai *et al.*

(2018) encontrou associação positiva entre o conhecimento adquirido em curso de preparação para o parto e a evolução do trabalho de parto, com menor duração da primeira fase do trabalho de parto, melhores resultados no parto e maiores taxas de aleitamento materno.

A promoção da saúde e a educação em saúde pautadas nos princípios do Programa Nacional de Humanização (PNH) possibilitam a troca de experiências, participação ativa das mulheres, conquista de autonomia e conseqüentemente uma melhor efetividade e adesão ao cuidado pré-natal, pois proporcionam a aproximação entre os profissionais, gestantes e puérperas (BRITO *et al.*, 2019; BARRETO *et al.*, 2015).

Subcategoria 2: Falta de valorização das práticas educativas

Apesar da importância e dos benefícios advindos das ações educativas, comprovados por vários estudos explicitados na subcategoria anterior, ainda assim, percebe-se pouca participação das mulheres nessas atividades, conforme relatado pelos participantes deste estudo. Esse resultado é corroborado pelo estudo de Anversa *et al.* (2012), no qual menos de 20% das gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família e unidades básicas tradicionais participaram de grupo de gestantes ou de orientações em sala de espera.

Na visão dos participantes deste estudo, em consonância com Fagundes *et al.* (2015), a população em geral não valoriza as atividades educativas, pois acredita que o atendimento médico, os exames e medicações são mais importantes. Contudo a mudança de paradigmas da educação em saúde envolve transformações sociais, passando por um processo de tomada de consciência que se efetiva em longo prazo. Sendo assim, requer dos profissionais envolvidos nesse processo paciência e persistência (FAGUNDES *et al.* 2015; LUBINI *et al.*, 2018).

O ser humano possui inicialmente a consciência intransitiva que está voltada para os aspectos biológicos da vida. Nessa fase, ele não se compromete existencialmente, em um nível histórico-social (OLIVEIRA, 2007). Na fase de consciência ingênua, há uma introspecção, reflexão sobre si, mas não inclui a compreensão das condições determinantes de uma realidade exterior, o indivíduo ainda não consegue intervir substancialmente e posicionar-se no diálogo com o mundo e com os outros ((PINTO, 1994; FREIRE, 1987; 1981; OLIVEIRA, 2007).

Ao longo do seu processo educativo, o indivíduo pode alcançar a tomada de consciência crítica, que é a autoconsciência social, que se desenvolve a partir da percepção dos fatores que determinam sua condição. Ele se apropria de sua condição nos contextos individual, social e político (PINTO, 1994; FREIRE, 1987; 1981; OLIVEIRA, 2007). Na prática educativa sob perspectiva da consciência crítica, o educando percebe-se como sujeito do seu processo de aprendizagem.

Os profissionais participantes deste estudo perceberam em sua prática que as mulheres são carentes de informação em saúde, entretanto a própria sociedade e alguns profissionais não valorizam a realização de ações educativas, priorizando atividades assistenciais focadas no exame físico e solicitação de exames.

Acho que a população que a gente abrange aqui no hospital é uma população carente, um pouco desinformada, a gente pega ainda pacientes desorientadas, desinformadas (PS5).

Em relação à existência das práticas educativas, eu acredito que ainda está incipiente aqui no serviço. Já temos alguns projetos em desenvolvimento, como o grupo de gestantes, a própria consulta de enfermagem é muito voltada para a questão de orientação em saúde, educação em saúde, mas, durante o pré-natal, juntamente com as consultas médicas, eu sinto falta da parte educativa, vejo muito a parte prática, assistencial, diagnóstica, curativa, mas educativa eu sinto que precisa melhorar (PS7).

Também vejo que nós estamos em uma sociedade que não está preparada/informada para isso, que não valoriza essas atividades, inclusive a nossa sociedade profissional não só da sociedade em geral, das mulheres, das famílias. Quem não participa, quem não se abre para participação continua mergulhada naquele oceano de desinformação (PS9).

Na perspectiva da integralidade, o trabalho em saúde vai além de atividades de assistência direta, incorpora no ato de cuidar sua dimensão educativa. Portanto, é preciso transpor o caráter curativo, patogênico, com ênfase em sinais e sintomas de doenças e medidas terapêuticas, para se alcançar novas possibilidades de atuação em saúde, em uma perspectiva salutogênica, voltada para a compreensão e incorporação de hábitos de vida saudáveis (PARREIRA, 2020).

Somente a partir do entendimento de que as informações compartilhadas fazem sentido em seu contexto e são adequadas à sua realidade é que os indivíduos estarão comprometidos com a proposta educativa e buscarão incorporar o saber adquirido em seu cotidiano. Uma comunicação que almeja a promoção da saúde deve considerar as singularidades de cada indivíduo, ouvindo o seu saber sobre o tema e adaptando-o à sua realidade (VASCONCELOS, 2020).

Com relação à valorização das ações educativas pelos profissionais, é preciso envolver todos aqueles que prestam assistência a gestantes e puérperas, para que compreendam a real importância dessas atividades, inclusive para a prevenção de intercorrências tratadas no momento das consultas. A partir do entendimento da educação em saúde como imprescindível, os trabalhadores devem traçar prioridades e comprometer-se com sua participação nesse

processo não a deixando para segundo plano, em decorrência das demais atividades cotidianas do serviço (PINHO, 2018).

Subcategoria 3 - O grupo de gestantes interprofissional: espaço de troca e construção de conhecimento

A roda de conversa é uma tecnologia educativa que proporciona o diálogo, a aproximação entre os participantes, a expressão de dúvidas, experiências, anseios, contribuindo significativamente para a construção do conhecimento e a criação de um vínculo afetivo e de confiança com os profissionais (LIMA *et al.*, 2019a; NUNES *et al.*, 2017; BLANCK *et al.*, 2019; QUEIROZ *et al.*, 2016). No presente estudo, os profissionais de saúde apontam a vivência no grupo de gestantes como algo muito gratificante e emocionante, um ambiente descontraído, aberto e participativo, que permite a troca de experiências e aprendizado.

Eu achei a maneira assim muito aberta como a participação importante das mães, dos maridos também, não eram muitos, mas os que iam eles participavam e eu acho que vocês conseguiram assim oferecer um espaço realmente bem à vontade para que elas pudessem falar das experiências pessoais e também tirar suas dúvidas. Então eu achei muito bacana, muito gostoso, um ambiente bem descontraído (PS4).

A minha experiência com o grupo foi super emocionante. A gente fez a construção desse projeto, dessa iniciativa aqui dentro da instituição e ver ela concretizando por si só já era uma satisfação muito grande. Durante cada encontro, a gente colocava para elas também se posicionarem, falarem o que estavam sentindo e geralmente as falas eram muito positivas. Elas relataram que aquelas informações do grupo foram valiosas, que elas nunca tiveram oportunidade de participar disso em outro lugar, então eu acredito que foi um ambiente de convivência bem produtivo (PS7).

O ambiente acolhedor, leve, descontraído, criativo, de companheirismo, cumplicidade e encorajamento, proporcionado pelo espaço grupal, facilita a interação dos envolvidos, a exposição e a discussão de aspectos subjetivos que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, permitindo uma construção coletiva do conhecimento (SILVA *et al.*, 2018b).

O atendimento pré-natal em grupo, de acordo com Nisbeth *et al.* (2016), constitui uma oportunidade relevante de apoio social e de aprendizagem por pares, pois o indivíduo participa de sua própria aquisição de conhecimento e contribui com a de outras pessoas.

A experiência de um grupo com primigestas realizada por Silva *et al.* (2018b) permitiu que fossem trabalhadas questões relacionadas ao medo da dor do trabalho de parto e a ansiedade de tornar-se mãe, sentimentos muito comuns nesse público e que muitas vezes não são verbalizados e discutidos durante o acompanhamento pré-natal.

Essa rica troca de experiências entre as mulheres, expondo momentos e dificuldades já vivenciados em gestação, parto ou puerpério anteriores, permite a percepção de uma outra face da gestação e da maternidade, menos romantizada, o que pode auxiliar outras mulheres a se prepararem para enfrentar os problemas de ordem física e emocional que podem surgir nessa trajetória (NUNES *et al.*, 2017; Viellas *et al.*, 2014).

A modalidade de educação em saúde por meio de espaços coletivos, como os grupos de gestantes, na percepção dos profissionais, é uma oportunidade de construção do conhecimento e emancipação feminina. A partir dos assuntos que são discutidos, as mulheres conseguem apreender o conhecimento e fazer escolhas mais bem informadas durante sua assistência no ciclo gravídico-puerperal.

Esses espaços coletivos são educativos, são construtivos, de reflexão, e são esses momentos que são capazes de emancipar pessoas. Quando você emancipa o indivíduo, a gente está proporcionando para ele maior qualidade de saúde, maior qualidade de vida. Então, para mim, nós devemos sempre trabalhar, nesses espaços emancipadores que eu chamo, pois só aí a gente consegue construir conhecimento, desmitificar mitos existentes (PS8).

O empoderamento e protagonismo do sujeito com as práticas educativas é evidenciado a partir de sua postura ativa no processo de aprendizagem, questionando, compartilhando histórias e, dessa forma, construindo o conhecimento em saúde (CAMILLO *et al.*, 2016). Os profissionais têm a oportunidade não apenas de ensinar, mas também de aprender, conhecendo as diferentes realidades, experiências e necessidades da população (NUNES *et al.*, 2017). A autonomia conquistada pelas gestantes e familiares nesse processo de ensino-aprendizagem refletirá positivamente no empoderamento das mulheres para desempenharem de forma ativa seu processo de parturição (BLANCK *et al.*, 2019).

De acordo com Morin (2003), não há autonomia desvinculada de alguma dependência, os indivíduos são capazes de suprir suas demandas, entretanto precisam da colaboração de outros sistemas, como o meio ambiente, o social, o cultural, o político. Dessa forma, a autonomia é relacional e requer uma autoecoorganização pessoal na qual o indivíduo, a partir de suas ações e em relação com o meio, é capaz de superar suas dificuldades e reforçar suas potencialidades para transformar sua condição de vida (MORIN, 2003).

Os profissionais de saúde deste estudo também reforçaram a importância do caráter multidisciplinar do grupo, que possibilita a interação e o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe de diversas áreas do conhecimento, contribuindo para o aprendizado mútuo em obstetrícia.

Então, eu acho que o grupo em si é essencial em qualquer tipo de setor de saúde onde possa ter essa interação com os profissionais, não só para as gestantes, mas para os próprios profissionais também se conhecerem, saberem da atuação do outro e com isso poderem encaminhar, às vezes, uma gestante para um outro profissional quando depender dessa demanda, quando precisa dessa demanda. Eu acho que isso é importante não só a troca do profissional com a gestante, mas também a troca entre os profissionais, a interdisciplinaridade porque tem a fonoaudióloga, tem o pediatra, nutricionista, enfermeiro, dentista. Então, a gente acaba conhecendo um pouco o trabalho do outro nessa troca, nessas apresentações que temos (PS1).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a assistência à gestante e à puérpera deve ser multidisciplinar, multiprofissional e integral, levando em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais da mulher e das pessoas envolvidas na sua rede apoio (BRASIL, 2005b). A abordagem multidisciplinar proporciona um atendimento integral à gestante e sua família, à medida que expande a assistência para além dos limites restritos à assistência médica, a partir de informações que se complementam na abordagem dos aspectos biopsicossociais essenciais para gerenciamento das modificações relacionadas à gravidez, bem como aos cuidados com o recém-nascido e o fortalecimento do vínculo entre o casal (SOUSA *et al.*, 2017b; MOURA *et al.*, 2014). A articulação desses saberes multidisciplinares favorece a aptidão natural do ser humano de contextualizar, diferenciar e religar os diversos saberes adquiridos e relacioná-los com seu contexto de vida (MORIN, 2001).

De acordo com Hunter *et al.* (2019), o cuidado pré-natal por meio de círculos de gestantes pode ser uma alternativa interessante, que proporciona maior aprendizagem e compartilhamento de conhecimento, participação ativa no cuidado, além da construção e do fortalecimento de relações interprofissionais.

Categoria 2 - Participação das mulheres no grupo de gestantes: fatores facilitadores e dificultantes

Nessa categoria, foi possível identificar, na percepção dos profissionais da equipe multidisciplinar, quais são os fatores facilitadores e dificultantes para a adesão e participação das usuárias nos grupos de educação em saúde para gestantes. Os profissionais relataram que a equipe reconhece a importância das práticas educativas no serviço pré-natal, apresentam disponibilidade, boa vontade para o planejamento e a organização dos encontros, dedicando-se aos grupos com muito carinho, entretanto se sentem um pouco frustrados pela falta de comparecimento das gestantes.

Subcategoria 1: Adesão das mulheres ao grupo de gestantes

Quanto à adesão e à participação das gestantes no grupo, a maioria dos profissionais, cinco, considerou que a adesão é baixa. Entretanto, na opinião de alguns, o quantitativo de mulheres que participam, em média dez gestantes e alguns acompanhantes, está dentro do esperado, considerando que a população tem uma certa resistência em participar de atividades educativas.

A questão da adesão eu acho baixa, muito baixa, em relação à quantidade de pessoas por grupo, dez eu não acho que é um número ruim, acho que é um número bom, que a gente consegue fazer uma troca boa agora em relação às em gestantes em acompanhamento e a gente só fazer com dez por cento eu acho muito pouco (PS7).

Eu considero esse quantitativo como a média porque, no meu trabalho na atenção primária, a gente também tinha uma dificuldade enorme de trazer essas pessoas para os grupos, não sei se pelas questões pessoais, as questões do dia a dia [...], elas tinham uma resistência na participação. Então, não era fácil. Às vezes, nós convidávamos 30, 40 pessoas e participavam dez, oito, era essa nossa média. Eu acho que, como tudo em educação em saúde, existe mesmo essa resistência (PS4).

A baixa adesão das mulheres em participar dos grupos de gestantes também foi evidenciada nos estudos de Silva (2017) e Pinho *et al.* (2018). Para Silva (2017), a dificuldade de adesão pode estar relacionada ao fato de as mulheres não reconhecerem a importância dos encontros educativos para a vivência de uma gestação e parto mais tranquilos.

Em contrapartida, a adesão aos grupos de gestantes foi considerada satisfatória pela equipe de saúde do estudo de Pio e Oliveira (2014), que tinham uma média de sete gestantes por grupo, representando mais de 50% do total cadastrado no Sistema de Informação em Saúde (SIS) pré-natal da Unidade de Saúde da Família em questão. Contudo os autores questionaram se essa adesão não estaria condicionada às recompensas proporcionadas, como distribuição de brindes e lanches, sendo necessário avaliar mais profundamente o real interesse da população em participar de atividades informativas educacionais.

Subcategoria 2 - Participação das usuárias no grupo de gestantes: fatores dificultantes

Os participantes foram indagados acerca dos possíveis fatores que, na percepção deles, podem dificultar a participação das mulheres nos grupos de gestantes, sendo citados os seguintes:

- A localização do hospital, de forma não centralizada na cidade, e gestantes de outras cidades que dependem do carro da prefeitura para trazê-las.

O hospital aqui não é muito central, ele é mais longe, às vezes, é difícil o acesso para muitas delas. A gente tem muitas gestantes de fora, de outras cidades. Eu acho que isso dificulta a participação, o deslocamento, mais o tempo para o grupo, talvez seja por isso que a adesão não seja tão alta (PS3).

- O custo com o transporte público. Na maioria das vezes, as mulheres dependem de quatro conduções para ida e volta, e, em caso de estarem acompanhadas, esse custo se eleva mais ainda.

No nosso caso aqui, talvez seja questão social, questão talvez financeira de chegar até o nosso hospital, o acesso aqui. Eu acredito que seja isso mesmo, a questão própria do acesso dessa pessoa aqui, da dificuldade de chegar aqui (PS4).

Uma das participantes discordou da maioria, ao considerar que a questão financeira, na sua opinião, não é a causa-raiz da falta de participação das mulheres nos grupos de gestantes, visto que não há uma baixa adesão das mulheres às consultas de pré-natal.

Muitas vezes elas têm dificuldade de transporte, mas eu acho muito difícil pensar nisso como um dificultador para participação nos grupos porque senão ela teria dificuldade também de ir na consulta e para isso ela não tem essa dificuldade e, se ela estivesse interessada, ela viria pedir, ela viria conversar [...] porque, quando a gente quer, a gente dá o nosso jeito (PS9).

- Pouco interesse, talvez devido à falta de conhecimento da importância do grupo para sua preparação durante a gestação e para o momento do parto e puerpério.

Por falta de interesse, eu acredito que por não entender o quanto é importante a orientação do preparo dela para gestação, parto e puerpério. Porque, quando elas vêm e participam, as falas são muito engrandecedoras, são muito, um retorno muito positivo. Agora quem não vem não sabe do que se passou, então acredito que é por não ter tido essa experiência, ela não tem a vivência do quanto que seria grandioso (PS7).

A falta de interesse das mulheres em participar de ações de educação em saúde, é também em parte por falta de influência dos profissionais (PS9).

- Falta de envolvimento de alguns membros da equipe multiprofissional, como residentes, acadêmicos e preceptores, que não abordam a importância do grupo durante as consultas e também não participam do grupo.

Eu não vejo adesão de alguns membros da nossa equipe multiprofissional, como residentes, acadêmicos e preceptores. A adesão é pouquíssima pelo preceptor porque, se eu não tenho isso com o preceptor, se o preceptor está muito mais ligado apenas ao acompanhamento de exames e sintomas e

tratamento, o residente também vai ter essa visão e o acadêmico também vai ter essa visão. Então, enquanto o preceptor não assumir que os grupos são de extrema importância não só na fala, ele realmente arregaçar as mangas e envolver o paciente quando ele está na sala de consulta, as mulheres não conseguirão entender que a vigilância e a educação em saúde são a base do cuidado na gestação (PS9).

- A dificuldade de liberação do trabalho, mesmo sendo um direito, muitos empregadores não cumprem e algumas mulheres ficam temerosas quanto à manutenção de sua empregabilidade.

Tem a questão também do trabalho. Eu acho que, até por desconhecimento também da lei, essa crise que a gente vive, a questão do emprego no mundo, muitas não conseguem mesmo, não têm essa segurança de pedir para sair mais um dia além do pré-natal para vir participar do grupo até por medo de perder o emprego. Eu estou falando isso porque eu já escutei relatos assim delas. Por mais que a gente fale que tem uma legislação que protege, que elas teriam esse direito a esse cuidado, muitas não se sentem seguras e a gente sabe que, infelizmente, muitas empresas acabam não acatando mesmo e dando falta ou até prejudicando de uma outra forma no futuro (PS2).

- A dificuldade física das gestantes no final da gravidez.

Com o avançar da gestação, com mais semanas gestacionais, ficava difícil conseguir pegar um ônibus. Elas tinham mais dificuldade de vir, talvez seja isso. No final da gestação, ela já acaba tendo mais dificuldade, muita retenção hídrica, precisa de alguém para acompanhar às vezes, então tem todos esses fatores que acabam impossibilitando (PS1).

- A falta de oportunidade de realização de consulta com enfermeiros obstetras pode contribuir para a não adesão das mulheres ao grupo, visto que eles são os profissionais que estão mais envolvidos com a divulgação dos encontros e que incentivam a participação das mulheres.

Não tem nenhuma de nós enfermeiras lá para envolver, sabe, então acaba que elas são atendidas em consulta muitas vezes sem a presença do enfermeiro. Muitas vezes, elas saem da sala do médico sem nem saber que a gente faz consulta de enfermagem e elas vão embora e não conseguem ser envolvidas pela enfermagem e aí essa mulher recebe um tratamento onde ela percebe que o mais importante são os exames, os sintomas e a cura. Então ela não consegue entender que a vigilância e a educação em saúde são a base de um cuidado na gestação, porque nunca foi conversado sobre isso dentro das consultas médicas com ela, então, diante disso, realmente a adesão delas não vai ser boa (PS9).

- O modelo biomédico pode contribuir para a falta de interesse das mulheres pelas atividades educativas.

[...]transmitir esse conhecimento de orientação em saúde durante as consultas médicas também e não ficar na parte só técnica, mais curativa,

diagnóstica, daquele dia a dia do pré-natal, eu acredito que a gente tem que estimular os nossos outros profissionais para que isso aconteça durante as consultas de uma forma natural (PS7).

Também vejo que nós estamos em uma sociedade que não está preparada/informada para isso, que não valoriza essas atividades (PS9).

- A forma de abordagem dos temas no grupo, mais teórica, do tipo aula, não é atrativa para as mulheres.

A forma como o grupo acontece hoje eu não acho que ele é muito atrativo. Eu percebo os grupos, em alguns momentos, muito aula, sabe, muito teórico, isso não é atrativo [...]. Eu participei de poucos grupos, mas os poucos que eu participei eu não vi uma coisa assim mais dinâmica (PS9).

- O medo e a insegurança da gestante sobre como será a abordagem no grupo pode dificultar a participação daquelas que não se sentem à vontade para se comunicarem em ambiente grupal.

[...] tem pessoas também que não têm tanta facilidade de se comunicarem em grupo de se expor para pessoas que ela não conhece, um pouco da sua vida, eu acho que também esse é um fator que dificulta (PS4).

- Pouco incentivo da própria instituição para realização de atividades educativas.

Não tem o incentivo grande da instituição, isto não é uma prioridade, eu não vejo que a instituição coloca a educação em saúde como uma prioridade (PS8).

- O local de realização do grupo não acolhedor, desconfortável e inadequado.

Eu não acho o ambiente que a gente faz o grupo acolhedor, as cadeiras são ruins, bate sol, tem uma claridade infinita, um entra e sai de pessoas, não é uma coisa reservada, não tem ar-condicionado[...]. O local não é acolhedor, as cadeiras não são confortáveis, mas é o que nós temos (PS8).

Outros estudos também encontraram resultados semelhantes a respeito das dificuldades de participação das usuárias dos serviços de saúde em grupos educativos. A distância do serviço de saúde e o custo com transporte público foram evidenciados no estudo de Heim (2017), no qual as mulheres sugeriram a realização dos cursos de preparação para o parto no mesmo dia de suas consultas de pré-natal, como forma de poupar tempo, gastos com deslocamento e dias de trabalho perdidos.

Outro fator dificultador dessa participação é a falta de valorização das atividades educativas pela sociedade e por alguns profissionais, influenciada pelo modelo assistencial biomédico, que ainda permeia as práticas de saúde, priorizando a doença, a prescrição de exames e medicamentos. Alguns profissionais de saúde não possuem em sua formação o

preparo e o estímulo para adotar a educação em saúde em sua prática profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A dificuldade de liberação do trabalho também foi citada por Silva (2017). O agravante é que a legislação brasileira não garante a liberação da gestante trabalhadora para participação em cursos preparatórios para o parto, ao contrário de Portugal, que possui uma lei específica sobre o direito da gestante e do pai do bebê de frequentar aulas de preparação para o parto, sem prejuízo de remuneração ou de outros benefícios trabalhistas (PORTUGAL, 1999).

A falta de estrutura física adequada, com ambiente acolhedor, que proporcione conforto aos participantes foi ressaltada por Silva (2017), Oliveira *et al.* (2014) e Ramos *et al.* (2018). Muitos serviços de saúde não possuem espaços estruturados para ações educativas, com área física ampla, que possibilite a disposição dos participantes em círculo e mobilidade para realização de dinâmicas. O que se observa são locais adaptados para realização dessas atividades, com a interferência de barulho, trânsito de pessoas e de carrinhos de materiais, que causam distração e dificultam a compreensão e a participação das pessoas.

Diante disso, o envolvimento, o comprometimento e a valorização das práticas educativas pelos gestores dos serviços de saúde são fundamentais para a mudança de modelo assistencial em saúde, com foco para ações de promoção da saúde como um fenômeno social, proporcionando aos profissionais condições adequadas para a realização das práticas (PINHO *et al.*, 2018).

Quanto à divulgação dos encontros, para Heim (2017), é importante que todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal conversem com as gestantes sobre a existência dos grupos. Apesar de o profissional enfermeiro possuir uma formação mais voltada para a promoção da saúde, estando apto a incentivar, organizar e coordenar as práticas educativas nos serviços de saúde, ele não deve trabalhar individualmente, precisa compartilhar e integrar os diversos saberes, envolvendo toda a equipe multiprofissional (PINHO *et al.*, 2018).

A atuação compartilhada dos profissionais pode promover melhores desfechos no acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério (MARQUES *et al.*, 2021). Estudo de Paiz *et al.* (2021) encontrou forte associação entre a satisfação plena das usuárias com a atenção pré-natal e o atendimento multiprofissional.

No que tange à forma de abordagem dos temas, a metodologia passiva de transmissão de conteúdos em formato de palestra, com temas predefinidos, não é atrativa, reduz a possibilidade de interação, reflexão e empoderamento dos sujeitos. Sendo assim, as atividades práticas despertam mais interesse, são mais participativas e facilitam o aprendizado (PIO; OLIVEIRA, 2014).

O tipo de abordagem e as relações estabelecidas no ambiente de grupo podem colaborar para a participação efetiva das gestantes. A utilização de uma metodologia dialógica, crítica e reflexiva em um grupo com primigestas mostrou-se eficaz no envolvimento e aprendizado das participantes, com a utilização de imagens, músicas, tarjetas, placas interativas com descrições de sim e não, dramatização, confecção de cartazes e demonstração em manequins (SILVA *et al.*, 2018b).

Segundo Paiva *et al.* (2020), a utilização de dinâmicas de grupo, atividades lúdicas e demonstrativas favorece o aprendizado, a interação, a intercomunicação, o estabelecimento de empatia e a sensação de pertencimento ao grupo. Nas experiências educativas desses autores, as gestantes inicialmente se mostram tímidas para interagirem com o grupo, mas, ao longo do encontro, a partir da facilitação das dinâmicas, elas conseguiram expor suas vivências pessoais, seus anseios e expectativas em relação à gestação, contribuindo com a construção do conhecimento.

O grupo educativo é uma estratégia relevante de educação em saúde que proporciona um ambiente privilegiado para discussão de assuntos e situações comuns a uma determinada população e ainda possibilita a criação de uma rede de apoio social (PAIVA *et al.*, 2020). Em virtude de seus inúmeros benefícios já relatados, os fatores dificultantes para o comparecimento das gestantes nos grupos educativos precisam ser refletidos pelos profissionais e gestores, a fim de se buscar alternativas e soluções que viabilizem a ampla participação das usuárias.

Subcategoria 3 - Participação das usuárias no grupo de gestantes: fatores facilitadores

Os profissionais relataram os fatores que, na percepção deles, facilitariam, seriam atrativos para a participação das mulheres nos grupos de gestantes. Os fatores facilitadores elencados foram:

- Conciliar o dia do grupo com o dia de maior quantitativo de gestantes na agenda de consultas de pré-natal.

O fato de ser no mesmo dia da consulta que a gente tem maior número de gestantes, tem as gestantes também do ultrassom e aí a gente aproveita para fazer essa captação delas para o grupo no local do pré-natal, também isso facilita bastante (PS5).

- O atestado médico como forma de facilitar a participação de gestantes empregadas.

Então, se conseguisse dar a liberação do dia para os dois, a gestante e o acompanhante, eu acho que ajudaria porque a declaração de comparecimento muitas empresas não aceitam, tem que ser atestado médico (PS3).

- Os brindes e lanches disponibilizados por representantes de indústrias farmacêuticas, ofertados no dia grupo, podem ser atrativos.

Tem os lanches, brindes, eu acho que o que pode ser feito como atrativo é feito (PS3).

No grupo, a gente já tenta fazer algumas atrações para conseguir essa adesão, porque, infelizmente, a barganha acontece, a gente tenta trazer brindes, fazer sorteios [...] (PS7).

Segundo Pio e Oliveira (2014), os sorteios de brindes e ofertas de lanches são frequentes em grupos educativos brasileiros. O compartilhamento de lanches ao final dos encontros é um momento oportuno para estimular a ingestão de alimentos saudáveis, propiciar interação, entrosamento e socialização entre as participantes, contribuindo assim para a formação de uma rede de apoio entre as mulheres, com estímulo da permanência das mesmas no grupo (MELO, 2018; LIMA *et al.*, 2019a).

Na vivência de Melo (2018), em grupos de educação em saúde de Belo Horizonte (MG), foi observada a realização de oficinas de artesanato, que permitiram às usuárias produzir suas próprias peças, além de brincadeiras com entrega de brindes, como forma de descontrair e melhorar a satisfação delas com os encontros.

A utilização de barganhas, tais como distribuição de prêmios, lanches e medicamentos, para incentivar a participação nas ações educativas em saúde, distancia-se da real finalidade da realização dessas atividades, que seria a promoção da saúde e a prevenção de doenças (SILVA *et al.*, 2019d).

- Melhorar a divulgação do grupo por meio de vídeos, envio de mensagens por *WhatsApp* para lembrar, confirmar a presença e, durante o pré-natal, utilizar a metaprendizagem ativa, para demonstrar a importância do grupo como uma oportunidade de educação em saúde.

[...] enfatizar a importância das atividades educativas, utilizando a metaprendizagem ativa para ver se elas entenderam mesmo a importância de participarem. Quando a pessoa expõe o conhecimento dela, ela consegue fixar mais na memória (PS1).

A divulgação que a gente faz, às vezes, sei lá, poderia ser divulgar um vídeo nas salas de espera, mostrando os grupos, falando dos grupos (PS5).

- A enfermagem reforçar para as mulheres a importância do grupo, para que elas reconheçam a necessidade de buscar informação.

O que facilita é que a enfermagem fica cruzando o caminho delas o tempo todo, tentando envolvê-las, na recepção, nas consultas. É a enfermagem que faz o movimento do grupo, as outras pessoas participam, mas, se não fosse a enfermagem, esse movimento não estava de pé (PS9).

A divulgação dos encontros de gestante realizados no estudo de Silva (2017) ocorria por meio de convite pessoal pelos profissionais de saúde e agentes comunitários, distribuição de panfletos e ainda pelo celular, via mensagens de texto, informando o dia e horário do grupo.

Para seguimento e adesão frequentes em todos os encontros, é imprescindível que as gestantes sejam captadas e incentivadas a participarem do grupo desde o início do pré-natal, a fim de estabelecer vínculo e uma relação de confiança com os profissionais (SILVA, 2017).

Geralmente é o enfermeiro que está envolvido diretamente nessa captação de gestantes, no monitoramento da presença nos grupos, nas consultas de pré-natal e na avaliação dos conhecimentos adquiridos após os encontros educativos (DIAS *et al.*, 2015).

Entretanto, conforme relatado pelos participantes deste estudo e corroborado por Silva (2017), é essencial o envolvimento de todos os profissionais nessa divulgação, realizando o convite nas diversas oportunidades de contato com as mulheres durante o acompanhamento pré-natal e incentivando precocemente a participação das mesmas nas atividades educativas.

- A estrutura do grupo como um ambiente acolhedor e aberto ao diálogo com temas e profissionais diversificados.

O que facilita eu acho que a própria forma como o grupo pela sua constituição justamente de proporcionar um ambiente que seja acolhedor, realmente bem aberto para uma conversa informal. Eu acho que a própria estrutura do grupo já é uma maneira de atrair (PS4).

- Ouvir as gestantes para conhecer a realidade das mesmas e entender os motivos da não participação nos grupos.

Ouvir essas mulheres, conhecer suas razões, seus motivos de não participação, a gente tem que entender qual é a realidade daquela gestante (PS6).

A escuta é um importante recurso do processo de cuidar-educar, por meio dela é possível conhecer fatos significativos do cotidiano do indivíduo, podendo assim compreendê-lo melhor e valorizá-lo (PINHO, 2018).

- Incluir mais um dia de grupo no mês e em outro horário.

A gente faz um por mês, se a gente fizesse talvez de 15 em 15 dias e em um outro dia da semana, em um outro horário, eu acredito que realmente seria mais essa mudança de horário, e de dia (PS7).

Segundo Silva (2017), uma estratégia viável para ampliar a participação nos grupos, principalmente para as mulheres que trabalham, seria utilizar um horário alternativo. Além do horário diferenciado, a realização dos encontros em diferentes dias da semana pode ampliar a participação das gestantes de acordo com o dia da sua consulta de pré-natal (HEIM, 2017).

- Uma rede de apoio logístico, financeiro, jurídico, como forma de viabilizar o acesso ao local do grupo e de facilitar a participação.

[...] depende muito de uma rede de apoio, depende, por exemplo, do financeiro, do tempo, da logística. Não basta só o profissional estar se prontificando a fazer, porque o pessoal se prontifica, faz com carinho, com dedicação, mas, até ela conseguir chegar aqui, é um complicador. A gente não tem carro que vai buscar, a gente não tem um atestado que vai abonar o dia dela. Eu acho que são várias coisas [...]. Então, a gente precisa dessa rede de apoio. Eu penso que é isso, entendeu, são muitos recursos aí, não só a boa vontade da mulher nem só a nossa boa vontade (PS8).

- O envolvimento e a participação dos demais membros da equipe, incluindo preceptores, residentes e acadêmicos, bem como a divulgação dos encontros do grupo durante as consultas de pré-natal, podem contribuir para a compreensão das gestantes acerca da importância dos grupos educativos.

Eu acho que a gente tem que trabalhar muito é a questão dos residentes mesmo e dos outros profissionais que estão no dia a dia, os pré-natalistas. Então, eu acho que a gente tem que tornar relevante para que eles sintam que é relevante essa parte da orientação em saúde e transmitam esse conhecimento (PS7).

A educação em saúde é uma dimensão do cuidar que não se restringe ao cuidado de enfermagem, é responsabilidade de todos os profissionais da equipe multidisciplinar. Dessa forma, deve haver o envolvimento de todos, refletindo conjuntamente e compartilhando atribuições relacionadas à produção, planejamento e efetivação das ações educativas (RAMOS *et al.*, 2018).

- Capacitação de todos os profissionais da equipe multidisciplinar quanto à importância das ações educativas com foco na prevenção, visando melhorar o engajamento dos mesmos no grupo e estimular as mulheres a participarem.

[...] a gente também precisa trabalhar a educação em saúde com os profissionais, em forma de oficinas, mais dinâmicas, estimulando-os quanto à importância das práticas educativas. Isso, em geral, eu vejo que, para a categoria médica, fica em um segundo plano (PS7).

A capacitação da equipe multidisciplinar que cuida das gestantes, incluindo os preceptores, residentes e acadêmicos da medicina é extremamente importante, porque eles não acreditam nesse movimento de ações

educativas[...] Então, primeiro acho necessário a capacitação, depois talvez um rodízio entre eles, cada um deles participar de algum dos grupos durante o ano e assumir a condução da atividade, para estarem mergulhados nesse movimento e perceberem o quanto é gratificante e o quanto é importante para que a mulher entenda que não é a cura, mas a prevenção que deve estar em primeiro lugar (PS9).

A necessidade de educação permanente para a equipe também foi apontada em estudo de Ferreira *et al.* (2021) com o propósito de qualificar o trabalho educativo a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática de ações educativas em saúde. A parceria entre universidade e serviços de saúde foi considerada uma alternativa relevante para o preparo pedagógico dos profissionais, sensibilizando-os para adoção de práticas educativas transformadoras.

A forma como o profissional percebe seu papel na educação depende da sua formação, da estrutura da instituição educadora e da sua atuação profissional (PINHO, 2018). Para concretizar ações educativas fundamentadas na Política Nacional de Promoção da Saúde, é necessário capacitar os profissionais quanto às estratégias de aprendizagem ancoradas em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos com vistas a contribuir de forma eficaz para a mudança de crenças, hábitos e comportamentos (PINHO, 2018).

A educação em saúde deve ser compreendida como uma estratégia de cuidado que possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva, contribuindo para a emancipação dos sujeitos, a partir da apreensão de conhecimentos que favorecem o autocuidado. Desse modo, os profissionais de saúde precisam incorporar em sua rotina de trabalho essa dupla função de cuidadores e educadores (PAIVA *et al.*, 2020).

Categoria 3 - Atividades educativas no serviço de pré-natal: propostas de (re) construção

Essa categoria retrata a visão dos profissionais de saúde em relação às temáticas abordadas pelo grupo de gestantes; à organização do grupo quanto a periodicidade dos encontros, espaço físico, recursos humanos, materiais e à metodologia de ensino-aprendizagem utilizada para abordagem dos assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

Subcategoria 1 - Temáticas do grupo de gestantes: inclusão de outros assuntos e novas abordagens

Os profissionais foram questionados quanto às temáticas já abordadas no grupo de gestantes e à necessidade de inclusão de novas temáticas. Na opinião deles, os temas já

abordados no grupo são fundamentais, pois englobam assuntos prioritários e indicados pelo MS referentes ao ciclo gravídico-puerperal:

A gente tentou estabelecer esses conteúdos como prioritários, mas é claro que ele não atinge a totalidade das orientações que a gente gostaria de passar, mas, aí, é elencando as prioridades que gente, ao longo dos grupos e das avaliações, vai sentir essa necessidade de ver se estava faltando alguma coisa, se o que a gente trouxe é importante e se supriu realmente a necessidade delas (PS7).

Uma participante relatou que, devido à alta demanda percebida de gestantes com depressão pós-parto, essa temática deveria ser mais discutida, incluindo uma rede de apoio do serviço de psicologia para atendimentos, caso necessário.

Eu percebi, no ano passado, que teve muito caso de depressão pós-parto, até pela procura do serviço social e da psicologia para atendimento. Teve alguns casos que eu atendi e tentei agendar alguma coisa no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Então, eu não sei nem se no grupo, mas talvez nós mesmos, enquanto profissionais, poderíamos articular um pouco melhor assim essa questão do cuidado caso isso aconteça, se a gente verificasse a possibilidade de pelo menos para fazer um atendimento inicial, para dar uma primeira orientação. [...] se a gente conseguisse conversar isso, traçar um fluxo mais fácil e orientar também no grupo como que elas fariam para procurar essa rede de atendimento, porque eu acho que elas ficam bem perdidas com relação a isso (PS2).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* recomenda que os prestadores de cuidados obstétricos realizem o rastreamento, a avaliação de humor e bem-estar emocional maternos durante a consulta pós-parto, utilizando instrumentos de triagem para depressão e ansiedade validados, com encaminhamento para acompanhamento com profissionais de saúde mental. Os fatores de risco para depressão pós-parto são: depressão prévia, ansiedade, vivência de eventos de vida estressantes, experiência de parto traumática, parto prematuro, falta de rede de apoio social, recém-nascido internado em UTI neonatal, problemas relacionados à amamentação (ACOG, 2018b).

Outro tema importante considerado pelos profissionais entrevistados foi o plano de parto, como forma de preparar as mulheres para o momento do nascimento.

Eu acho que o plano de parto é um tema extremamente importante que tem tido avanço grande em alguns lugares, em outros, as pessoas não sabem nem o que é, nunca ouviram falar, o que me deixa muito assim triste porque é um dos temas de preparação mesmo para a mulher conseguir entender melhor esse preparo, onde ela estudaria sobre o assunto para poder para fazer o seu plano (PS9).

O plano de parto pode ser considerado uma ferramenta educativa, pois orienta as mulheres sobre seus direitos, as práticas obstétricas sem comprovação de evidências científicas e as melhores práticas de assistência ao parto e nascimento (ANDREZZO, 2016). Sua construção é recomendada pela WHO (2018) e MS sob a Portaria 1.020/GM/MS 2013, tendo sua indicação reforçada nas diretrizes de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017b).

A realização do plano de parto durante o pré-natal influencia de forma positiva os resultados obstétricos e neonatais, tais como: melhor comunicação com os profissionais de saúde e conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e parto, maior autonomia e protagonismo da mulher, redução do índice de cesárea, maior índice de apgar do RN, aumento da frequência de clampeamento oportuno do cordão umbilical, maior contato pele a pele mãe-bebê e menores taxas de internação em UTI neonatal (MEDEIROS *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

O período puerperal também foi um assunto sugerido pelos entrevistados, para ser incluído nas discussões do grupo de gestantes, com abordagem sobre as alterações hormonais, psicológicas, os lóquios, as dificuldades inerentes ao período, a importância da rede de apoio e os cuidados específicos no pós-parto cesáreo.

Talvez falar sobre o pós-parto cesáreo. Quando eu tive meu primeiro filho, eu não fui orientada sobre o pós-cesáreo, quanto ao uso de cinta, o tempo de sangramento que é normal, o que não é. Isso realmente não foi falado, por exemplo, a gente tem muitos gases, pode tomar alguma coisa, não pode por causa do neném (PS3).

Questão do pós-parto a gente precisa trabalhar ela melhor, a gente está trabalhando ela um pouco nas questões psicológicas, mas precisa aprofundar mais tanto nas questões psicológicas quanto nas questões práticas da rede de apoio, de como os familiares podem ajudar durante o puerpério. Então, essa parte eu acredito que está deficitária (PS7).

A rede de apoio no puerpério pode auxiliar a mãe no exercício da maternidade, minimizando sentimentos adversos. Deve ser construída ainda no pré-natal e concretizada durante a vivência do período, com o suporte das pessoas do convívio da puérpera (CARVALHO; BRITO, 2016).

Dois profissionais citaram o planejamento familiar como temática a ser acrescentada para discussão no grupo, envolvendo também o parceiro nessa decisão.

Eu acho que poderia agregar aí a questão do planejamento familiar, elas perguntam durante o pré-natal sobre essa questão do acesso ao planejamento familiar, se elas podem se submeter a uma laqueadura ou colocar um DIU, já querem saber e eu acho que nessa abordagem também tem que incluir o

marido, porque, às vezes, ele pode ser o ponto a ser trabalhado e não a puérpera e eu sinto que essa responsabilidade recai muito sobre a mulher. Então, quando a gente fala o planejamento ele é familiar, ele não é planejamento exclusivo da mulher. Então, eu acho que abordar isso antes do nascimento, antes da ocorrência do parto, é fundamental, como um preparo até para decisões futuras (PS4).

O planejamento familiar é permeado sob a hierarquia de gênero, impondo às mulheres a responsabilidade da contracepção. Os serviços de saúde precisam envolver mais os homens nas ações educativas a respeito dos métodos anticoncepcionais, contribuindo para o conhecimento acerca de opções, riscos e benefícios de cada método, e, dessa forma, propiciar ao casal melhores condições de dialogar e tomar uma decisão mais assertiva para ambos (MORAIS *et al.*, 2014).

Alguns participantes relataram a necessidade de abordar o aleitamento materno de forma mais direcionada para as dificuldades que as mulheres podem encontrar e como manter a amamentação no momento do retorno ao trabalho.

Tema de amamentação e retorno ao trabalho porque o que a gente vive no dia a dia são quatro meses de licença gestação e, nesse momento, a maioria das mães entram com a mamadeira. Então, a gente tem que explicar para elas que é possível conservar o leite, como conservar, o tempo que fica, como tirar, sabe? E, acho que a gente tem que ter um momento só de amamentação, mas amamentação real, não aquela esperada, falar dos problemas, a dor, sabe? O que pode acontecer (PS6).

Dados de pesquisa realizada em um serviço de banco de leite humano no nordeste do Brasil apontaram como principais dificuldades do aleitamento materno: pega e posicionamento do bebê ao seio materno, fissura mamilar, confusão de bicos, insegurança materna, ingurgitamento mamário, mamas hipolactantes, baixo ganho de peso do RN, mastite, mamilos planos, semiplanos ou invertidos e obstrução de ductos (FERREIRA *et al.*, 2020).

O sucesso do aleitamento materno não depende apenas do desejo da mulher em amamentar, mas de uma rede de apoio familiar, profissional e de legislações trabalhistas que apoiem a amamentação. Os profissionais de saúde precisam envolver a família da lactante, incluindo avós e o pai, nas ações de aconselhamento em amamentação (BRASIL, 2015).

Subcategoria 2 – A organização dos encontros do grupo de gestantes

Essa subcategoria descreve a visão dos participantes quanto à organização do grupo de gestantes no que se refere ao local de realização dos encontros, horário, periodicidade e recursos materiais. Quanto ao local, a maioria dos participantes considerou o refeitório como um lugar

adaptado para a realização das atividades educativas, mas que atende à necessidade por ser amplo e possibilitar a disposição dos assentos em círculo. Contudo, dois profissionais apresentaram opiniões divergentes, relatando que o refeitório não é um local confortável e acolhedor e que tem o inconveniente de ocorrer um fluxo de pessoas externas ao grupo que utilizam o espaço no período da tarde, para almoço e lanche.

A questão do local, é um local adaptado, mas eu acredito que supriu a necessidade, não é um local específico para grupo. A gente utiliza um refeitório, mas é um espaço amplo onde a gente consegue fazer roda de conversa, consegue expor materiais. Então, acredito que supriu a necessidade apesar de não ser o ideal (PS7).

O local não é acolhedor, as cadeiras não são confortáveis, mas é o que nós temos (PS8).

Problemas relacionados à adequação de estrutura física para realização de atividades educativas são comumente citados por profissionais que atuam na atenção primária à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015). Um espaço físico adequado, com cadeiras confortáveis, amplo, de forma a permitir a disposição dos assentos em círculo, ambiente com uma boa ventilação e reservado, sem fluxo de pessoas externas, é essencial para proporcionar o conforto e para que as usuárias se sintam dispostas a participar de momentos educativos.

No que se refere a horário e dia da semana de realização do grupo, os participantes consideraram adequado e conveniente o horário das 14h, às terças-feiras, uma vez que, nesses dias, à tarde, é quando há um maior número de consultas agendadas, o que facilitaria a participação das mulheres com consulta de pré-natal agendada no mesmo dia do grupo.

O horário também, eu pensando na mulher, não em nós profissionais, penso que é um horário que ela já deu conta de fazer algumas das suas obrigações diárias do lar ou do serviço eu acho que é um horário adequado (PS8).

Em relação à periodicidade, a maioria dos profissionais achou relevante aumentar para dois encontros ao mês, pois assim aquelas mulheres que não iniciam o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez teriam mais encontros para participarem, oportunizando o conhecimento sobre mais temas. Foi sugerida a realização de um encontro no turno da manhã e outro no turno da tarde, pois assim possibilitaria a participação de gestantes de risco habitual que têm consultas no período da manhã.

Única coisa que eu acho que podia às vezes mesclar um pouco é, às vezes, o turno, fazer às vezes um turno de manhã, propor fazer em um mês duas

reuniões, uma no período da manhã e outra no período da tarde porque seria mais uma oportunidade de acesso, fazer a mesma reunião, com as mesmas temáticas, só que em turnos diferentes (PS4).

De acordo com Silva (2017), a realização de grupos educativos com maior periodicidade é bastante relevante, considerando o potencial benefício relacionado à informação e à preparação das mulheres para o momento do parto. No presente estudo, alguns profissionais relataram sentir falta de material gráfico e elementos demonstrativos, como manequins, simuladores, filmes, para tornar o momento do grupo mais dinâmico e participativo. Destacaram que falta apoio da instituição no sentido de fornecer melhores ferramentas de trabalho para os grupos educativos.

De recursos materiais sinto muita falta da gente ter mais elementos demonstrativos, manequins simuladores, porque, quando a gente vê, a gente consegue compreender a informação melhor do que só escutando ou só vendo em *slide*, a gente, vendo a dinâmica da situação, o aprendizado é maior (PS7).

Quanto aos recursos materiais, a gente tem alguns recursos, poderíamos ter mais, precisaríamos de ajuda da instituição, investir mais em ferramentas de trabalho, assim em dispositivos como simuladores, propiciar que a gente passe um filme, um bom canal para que a gente passar filmes, documentários (PS8).

A falta de recursos materiais pedagógicos é um dos desafios no processo de trabalho educativo em saúde, contudo não deve ser considerada uma barreira para sua implementação (FAGUNDES, 2015; MOUTINHO *et al.*, 2014; MELO, 2018).

Um participante expressou que sente necessidade de um maior entrosamento entre os membros da equipe multidisciplinar, sugeriu a realização de reuniões periódicas com os profissionais do grupo para discutir as melhorias e oportunidades de mudança na abordagem do grupo.

Eu sinto falta de uma adesão da equipe multidisciplinar que faz os grupos, um entrosamento mais perto, sabe? Assim, fazermos reuniões periódicas, falarmos sobre o que a gente acha, o que pode mudar ou não, ajudarmos uns aos outros a melhorar a nossa forma de passar. Tem pessoas lá, por exemplo, a nutrição, eu não conheço a nutricionista que dá a aula no grupo. Então, é um grupo que está junto, mas ao mesmo tempo está separado, porque nós mesmos enquanto grupo não nos conhecemos direito (PS9).

De acordo com Paiva *et al.* (2020), a realização de reuniões periódicas é importante para o planejamento e a avaliação das atividades no grupo, fomentando a reflexão sobre as estratégias de abordagem dos profissionais para a construção do conhecimento adquirido pelo grupo.

Subcategoria 3 - Metodologia de ensino-aprendizagem no grupo de gestantes: reconhecendo a necessidade de melhorias

Quando questionados sobre a metodologia de ensino-aprendizagem aplicada, alguns profissionais reconheceram que utilizam muito a transmissão de conteúdos, com pouco diálogo, e expressaram a necessidade de ampliar o recurso da escuta, incluir dinâmicas, práticas, algo mais realístico, como forma de facilitar o envolvimento, a participação e melhorar o aproveitamento das gestantes no grupo. Outros sugeriram depoimento de mães para falar sobre as dificuldades do período pós-parto, conforme evidenciado nas falas:

Pode talvez se trabalhar um pouco mais as dinâmicas com atividades mais participativas pelas gestantes e acompanhantes, que chame mais atenção e que fixe mais o conteúdo, talvez questionando mais. Outra coisa, quando participei como gestante de um grupo, levava-se uma mãe com um bebê e mostrava na prática a parte da amamentação, da higiene oral desse neném, então assim você via como estava sendo feito, a forma correta da pega. Então, eu acho que isso fez com que eu aprendesse mais, acho que vale a pena a gente tentar levar uma mãe, uma gestante que já passou, que já ganhou, que pudesse, às vezes, ir com bebê para a gente fazer uma parte mais prática (PS3).

Talvez levar uma mãe que fale bem, para contar as dificuldades dela no pós-parto, com a amamentação, no dia do grupo, alguém que tenha desenvoltura para falar esse outro lado também, é muito legal a gente escutar de mãe para mãe, não só o profissional. Eu acho bem interessante, assim, um apoio, eu acho que é grupo de apoio mesmo que fala (PS6).

É claro, assim, que eu vejo que a gente precisa melhorar algumas práticas educativas, algumas foram muito focadas mesmo em transmissão do conhecimento. Então, acredito que a gente tenha que ir para os próximos encontros focando nessa melhora da troca, deixá-las talvez falarem mais, a gente fala muito e, às vezes, não escuta tanto quanto deveria escutar (PS7).

Eu acredito que a forma de abordagem durante a explanação no grupo, faz muito pouco isso de deixar as mulheres à vontade, primeiro porque elas ficam sentadas na cadeira e a pessoa que está explanando fica de pé. Então, Paulo Freire fala desse distanciamento do profissional, o profissional que está abordando estar numa altura diferente das outras pessoas. Dessa forma, ele se sobressai e muitas vezes ele intimida a pessoa que está do outro lado e essa intimidação faz também com que ela não observe o que ele está dizendo, porque ela fica vigiando o tempo todo os gestos e as palavras dele para tentar se blindar desse medo (PS9).

A educação baseada na transmissão de informações é chamada por Paulo Freire de educação bancária, na qual o educador, no contexto deste estudo o profissional de saúde, é aquele que detém o saber. E os educandos, nesse caso as gestantes e seus acompanhantes, são aqueles que recebem e aceitam de forma passiva os conteúdos depositados, geralmente constituídos por prescrições de hábitos e comportamentos em saúde (FREIRE, 1987).

De acordo com Brandão (1981), esse método bancário geralmente é caracterizado pela utilização de materiais de conhecimento pronto, como cartazes, cartilhas e cadernos de exercícios. O educador acredita ser o dono do saber e compreende o educando como alguém vazio de conteúdo, sendo assim, apresenta o material educativo preparado previamente e pronto para ser depositado.

A modalidade educativa sob a forma de palestra é uma estratégia antiga, ainda muito utilizada nos serviços de saúde de forma momentânea e oportuna, geralmente em salas de espera de consultas, entretanto se observa que a participação das pessoas é pouca ou quase inexistente (FERREIRA *et al.*, 2021).

A proposta freiriana busca romper com esse modelo de educação passiva, alienadora, defende uma educação problematizadora, na qual o educador age como mediador do conhecimento e não detentor, a sua relação com o educando é dialética e não dicotômica, ambos aprendem em conjunto (GADOTTI, 1996).

O conteúdo educativo deve ser investigado nos grupos que se quer trabalhar e não ser trazido pronto, a partir do que o educador pensa ser o interesse e a necessidade do educando. Esse processo de investigação temática foi denominado por Freire (1999) de levantamento do universo vocabular do educando, que se realiza por meio de entrevistas informais com a comunidade, e, a partir daí, surgem as palavras geradoras, imbuídas de significados do cotidiano dos educandos. A próxima etapa requer a correlação dos temas geradores, com as situações existenciais do grupo, a codificação e a descodificação das situações-problema. Desse modo, educador-educando terão a visão do programa educativo como um todo e serão capazes de apreender os conteúdos abordados (FREIRE, 1999).

A educação problematizadora de Freire busca estimular o indivíduo a transformar seu contexto vivido, por meio da discussão dos problemas percebidos em sua realidade, com suas contradições e constante busca por soluções que o auxiliem nesse processo de transformação. Destarte, a partir da percepção crítica de sua realidade e reflexão conjunta com outros sujeitos, torna-se possível a construção de conhecimentos baseada em vivências sociais significativas (DANTAS; LINHARES, 2014). Quanto mais o indivíduo assume uma postura ativa no processo educativo, mais ele se aprofunda e se apropria da temática discutida, tornando possível a tomada de consciência crítica de sua realidade, com vistas à sua transformação (FREIRE, 1987).

A área da saúde é fortemente influenciada pelo modelo biomédico, sendo assim, ainda predominam os elementos característicos da educação bancária, em que os profissionais de saúde realizam prescrições de comportamentos mais adequados, não dando espaço para o

diálogo e o conhecimento da realidade do outro. Esse tipo de educação não favorece o estabelecimento de vínculo do usuário com o serviço de saúde, não garante a mudança de hábitos, nem se aproxima das reais necessidades de saúde da população (LOPES *et al.*, 2017).

Por conseguinte, os profissionais de saúde precisam incorporar em sua prática elementos da educação libertadora, problematizadora, pautada no diálogo, no respeito ao saber do outro, no conhecimento do contexto de vida do usuário do serviço de saúde e na reflexão conjunta sobre as possibilidades de mudança. A partir da educação libertadora e problematizada, o ser humano é capaz de decodificar sua realidade e comprometer-se com uma prática transformadora, tomando consciência de que é sujeito no mundo, não aceitando mais a condição de oprimido, conquistando assim sua liberdade e autonomia (FREIRE, 1987).

Subcategoria 4 - Novas estratégias de atividades educativas no ciclo gravídico-puerperal: propostas dos profissionais

Os participantes foram estimulados a sugerir novas estratégias educativas que poderiam ser incorporadas ao serviço com o intuito de melhorar cada vez mais o acesso à informação e a compreensão das mulheres sobre os diversos assuntos pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal. As propostas sugeridas pelos profissionais de saúde foram compiladas e apresentadas no Quadro 8 a seguir.

Quadro 8 - Propostas de estratégias educativas sugeridas pelos profissionais de saúde para melhoria do serviço

Utilização de metodologias ativas, por meio de atividades lúdicas, dinâmicas, demonstração em manequins, teatros, situações-problema, compartilhamento de histórias e vivências para a construção coletiva de conhecimento e maior satisfação das usuárias.
Criação de vídeos para serem transmitidos nas televisões das recepções dos ambulatórios, com informações educativas relacionadas às temáticas de pré-natal, parto, pós-parto e também para divulgação dos encontros do grupo de gestantes.
Atividades educativas de forma <i>on-line</i> , virtual, utilizando plataformas, redes sociais, <i>WhatsApp</i> , páginas na internet, para transmissão de atividades síncronas do tipo <i>lives</i> , ou assíncronas com postagens informativas de cada área.
Cartilhas educativas impressas ou em versão digital, enviadas às gestantes por mensagem de <i>WhatsApp</i> ou <i>e-mail</i> , contendo orientações sobre as principais temáticas do grupo de gestantes, em linguagem clara, fácil e ilustrativa.
Discussão dos temas da cartilha educativa no momento da consulta de pré-natal, o profissional solicita à gestante a leitura da temática que será discutida, previamente à consulta.

Aconselhamento individual das mulheres sobre as temáticas do grupo, conforme a idade gestacional a ser realizado pelas enfermeiras obstetras
Agendamento de consulta de puerperal com as enfermeiras entre sete e dez dias após o parto para aconselhamento sobre a amamentação e dificuldades do período puerperal.
Capacitação sobre a importância da educação em saúde para os membros da equipe multiprofissional que realizam consultas de pré-natal, incluindo residentes, acadêmicos e preceptores.
Realização de grupos educativos na sala de espera do ambulatório de pré-natal.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O vídeo é uma linguagem audiovisual que consegue atingir os sentidos do telespectador, seus sons e imagens atraem a atenção, a curiosidade e podem colaborar para o entendimento dos conteúdos exibidos (MORAN, 2000). Estudo de Ribeiro *et al.* (2020) que criou e validou uma tecnologia educativa com técnicas de animação e vídeo, para aprendizagem sobre a fisiologia da lactação, desde a gestação até o nascimento, concluiu que o uso dessa ferramenta pode auxiliar as práticas de saúde, aproximando profissionais e usuários do conhecimento associado à lactação, com promoção da assimilação do conteúdo a partir dos sentidos visual e auditivo.

A utilização de metodologias ativas foi amplamente sugerida pelos participantes. Um deles explicou sobre a técnica de meta-aprendizagem ativa, que consiste em monitorar e avaliar a compreensão do assunto abordado. Esse participante também recomendou a utilização de situações-problema para estimular as discussões no grupo, conforme evidenciado no trecho da entrevista apresentado a seguir:

A questão da metodologia ativa que eu acho que isso seria um fator, ajudaria elas a compreenderem, então você explica um conteúdo para ela e depois pergunta: “O que você achou? O que você entendeu? Agora me explica para eu ver se você entendeu mesmo o conteúdo”. [...] questionar, criar situações-problema para elas tentarem solucionar, se elas estivessem vivendo aquilo. [...] Criar um caso clínico talvez, uma dinâmica, pegar uma paciente no grupo, um exemplo dela e criar uma dinâmica com aquela gestante. Eu acho que ficaria mais didático, elas entenderiam mais a importância. Eu gosto muito da parte lúdica porque fica menos monótono, tem uma linguagem mais clara, é mais fácil para as gestantes entenderem (PS1).

As metodologias ativas rompem com o modelo de educação verticalizada, de repasse de informações e pouca efetividade. Podem contribuir para maior adesão das pessoas às atividades

educativas, uma vez que suas ações envolvem a participação ativa da comunidade e o comprometimento com a construção do saber de forma crítica e reflexiva (SILVA *et al.*, 2019d).

Para Freire, essa concepção educativa deve estimular a ação-reflexão-ação, na qual o educando deve assumir uma postura ativa em busca do seu conhecimento, a partir da sua realidade e experiências, ao identificar as situações-problemas desafiantes e buscar soluções exequíveis à sua realidade. Isso permite o reconhecimento de si como um ser autêntico e comprometido com sua transformação (FREIRE, 1987).

Berbel (2016) corrobora com Freire ao propor a metodologia da problematização, que estimula o aluno a observar sua realidade, definir os problemas, identificar os fatores determinantes dos mesmos e, a partir daí, construir novos conhecimentos que irão contribuir para a transformação da realidade observada. Desse modo, a metodologia alinha-se com os princípios freirianos de estimular a tomada de consciência crítica, política a partir do compromisso com a transformação da prática social em diferentes dimensões, técnica, científica, política e social.

Um dos tipos de metodologias ativas são os círculos de cultura de Paulo Freire, fundamentados em uma proposta pedagógica libertadora, democrática, crítica, permeada pelo constante diálogo. O conteúdo programático é codificado a partir de investigação com os participantes e reduzido em unidades de aprendizagem, o educador age como um coordenador de debates, incentivando a liberdade de expressão e o posicionamento dos integrantes do grupo (FREIRE, 1999).

As práticas pedagógicas ativas, entre elas aprendizagem baseada em problemas (PBL), aprendizagem em equipe (TBL), aprendizagem por meio de jogos (GBL), problematização, discussão e solução de casos, buscam simular situações de aprendizagem em que os sujeitos possam realizar atividades, conceituar, refletir, interagir, fornecer e receber *feedback* acerca dos conteúdos educativos, explorar atitudes e valores pessoais (BACICH; MORAN, 2018). Os profissionais de saúde entrevistados acreditam ser possível a transferência e adaptação dessas metodologias comuns no meio acadêmico para o ensino em saúde popular.

A mudança educacional na perspectiva da educação libertadora proposta por Freire não depende apenas do método, mas também do grau de comprometimento social e intenção política do educador. Assim, uma aula expositiva pode ser transformada em um momento dialógico e participativo, bem como uma roda de conversa pode manter relações de autoritarismo e opressão (SIMON *et al.*, 2014).

Uma sugestão de outro profissional para exercitar a construção do conhecimento, foi que dividissem os integrantes do encontro em pequenos grupos e solicitassem a produção de

um cartaz, painel com recortes de revistas, jornais a respeito de alguma temática e depois pedissem para comentarem sobre o que construíram.

Uma metodologia mais horizontalizada, mais interativa eu acho que deveria deixar a construção conjunta do tema que será abordado. Ela traz o que ela sabe e eu falo sobre aquilo que ela sabe, que a gente não vai desvalorizar e a gente consolida esse conhecimento com base científica. Eu acho que seria mais produtivo introduzir só a temática e deixar que o conhecimento seja construído, ela vai construir através de um painel, fazer os grupos entre eles. Eu trabalho muito assim: “Hoje nós vamos construir, falar sobre o aleitamento materno, então tem uma folha de papel pardo, tem essas revistas aqui, façam recortes e cole aqui sobre o que vocês pensam sobre o aleitamento materno, o que as gravuras significam para você ou o que as palavras significam e aí a gente constrói, entendeu? Isso é maravilhoso!”. Trazer os temas em formas dinâmicas é muito melhor do que ficar passando esses *slides*. Então, eu acho que a gente deveria trabalhar dessa forma, na base da construção coletiva (PS8).

As técnicas audiovisuais possuem como característica a utilização de som e/ou escrita associada a imagens e incluem a transmissão de vídeos, filmes, exposições dialogadas, produção de materiais visuais escritos, como painéis, jornais, revistas, entre outros. Geralmente são precedidas por um debate, reflexão e análise em grupo, sendo apresentadas, no momento de sua aplicação, como produto daquilo que o grupo sabe, conhece ou pensa sobre determinado tema, auxiliando no aprofundamento da temática e concretização das ideias (PULGA, 2014).

Outra participante sugeriu a contação de histórias e o teatro como uma forma lúdica de compartilhar o conhecimento.

Colocando em histórias, como elas se comportariam assim, assado, colocar para elas as possibilidades para elas escolherem, um teatro para elas entenderem a diferença, por exemplo, fazer um teatro com uma vivência de parto, mostrar para elas o que é uma vivência de parto humanizado e o que que é uma vivência de parto tradicional (PS9).

As técnicas de atuação são caracterizadas pela expressão corporal, podem representar situações, comportamentos e modos de pensamento, sendo importante que ocorra ordenação e coerência na apresentação, limitação de tempo para que os elementos sejam sintetizados, utilização de expressão facial e corporal, com movimentos e gestos claros, espontâneos e criativos (PULGA, 2014). A efetividade do uso das diversas técnicas participativas só será alcançada se todos os envolvidos nesse processo, educadores e educandos, estiverem comprometidos e aceitarem embarcar nas atividades propostas.

Diante do atual momento vivenciado de pandemia, em que a aglomeração está contraindicada, alguns profissionais vislumbraram como uma possibilidade interessante de manutenção dos grupos de gestantes a realização de forma *on-line*, sendo mais viável economicamente, pois não envolveria custos com transporte e lanches. Contudo, reconheceram que é preciso avaliar a acessibilidade, habilidade digital das mulheres e também o apoio da instituição em oferecer o suporte de tecnologia de informação para viabilizar essa iniciativa pelos profissionais. A seguir, apresentam-se algumas falas explicitando as formas sugeridas para realização de atividades educativas não presenciais.

Manter um mínimo de acompanhamento remoto, mesmo que não seja em grupo, o fato de ligar, até porque as gestantes já ficam mais sensibilizadas. Só o fato de alguém ligar para ver como que está, para dar alguma orientação, ver se está com alguma coisa, com alguma angústia em relação a, por exemplo, esse período pós-parto, isso já surte muita diferença (PS2).

Essa questão de reunião *on-line* não sei se vai ser uma coisa viável, mas que é uma coisa que a gente pode pensar também, às vezes, fazendo essas reuniões *on-line*, a questão do desinteresse vai diminuir e a questão financeira também do deslocamento não vai impactar (PS5).

Eu acho que o *Instagram* é uma ferramenta assim excepcional, gratuita, todo mundo tem acesso, a gente poderia ter os dois, o *Facebook* e o *Instagram*. Só não sei se a instituição permite, teria que ver o que permite, entendeu? Mas eu acho que seria uma coisa, assim, totalmente viável para elas. Então, se elas tiverem um local do serviço para acessar a informação de qualidade, verdadeira, seria melhor, porque a gente sabe que elas procuram na internet informações e nem sempre informações verdadeiras. A gente pode gravar vídeo, da pediatria, ginecologia, assistente social, às vezes, fazer uma postagem com alguma explicação, fazer tipo uma *live* e *live* fica gravada. A gente pode fazer isso também em uma página, sei lá, ou às vezes, a gente monta um vídeo só com os profissionais e todas *on-line*, também é uma opção e elas terem acesso aos vídeos para assistirem a qualquer momento, dá pra gente fazer muita coisa, só tem que ver o que é viável frente à empresa (PS6).

As tecnologias digitais estão transformando as maneiras de agir, comunicar e construir o conhecimento, sendo amplamente utilizadas nesse momento de pandemia de covid-19, nos diversos espaços educativos, incluindo os serviços de saúde, para auxiliar no processo de ensino-aprendizagem e comunicação em saúde pública (LIMA *et al.*, 2021).

Os educadores e profissionais de saúde tiveram que se adaptar e se capacitar quanto ao uso dessas tecnologias de educação a distância, reinventando novas formas de educação com vistas a superar o desafio de manter uma relação dialógica, participativa e crítica com os educandos em uma modalidade de ensino não presencial (GONÇALVES; JESUS, 2021).

Apesar da importância do uso dessas tecnologias, é preciso reconhecer e questionar as dificuldades relacionadas à habilidade digital e à condição socioeconômica de uma parcela considerável da população, o que pode exacerbar ainda mais as desigualdades sociais. O acesso precisa ser garantido a todos, para isso se torna necessária a discussão e implementação de políticas públicas de banda larga, plataformas públicas e *software* livre (MOREL, 2020).

Na visão de Freire (1996), as tecnologias não devem ser apreciadas como se fossem uma salvação divina e nem ser consideradas algo diabólico, ao negar o seu potencial para instigar a curiosidade dos educandos. Nesse sentido, o acesso à informação de forma prática e rápida por si só não garante a formação de pessoas críticas, reflexivas e libertadas, a intencionalidade e a condução da prática educativa pelo educador, ao utilizar as ferramentas tecnológicas, devem estar bem definidas para não incorrer no erro de perpetuar o modelo tradicional de ensino, de transmissão de conteúdo de forma diferenciada.

Quanto à confecção de cartilhas educativas, alguns profissionais não consideraram muito positiva tal ação, principalmente se forem muito extensas, contendo muitos textos. Sua utilização e aplicabilidade irá depender do interesse de cada mulher, conforme evidenciado na fala a seguir.

As orientações através de cartilhas, eu não acho muito produtivo. E vejo que a gente entrega e é uma coisa que vai para o bolso, vai guardar na gaveta. [...] então eu vejo que a cartilha, se ela não for bem objetiva, bem ilustrativa e também ela não ser só entregue, ter aquele momento de mostrar para ela cada parte da cartilha, aí pode ser uma transmissão mais produtiva. Agora, se não tiver esse momento de juntos conhecer cada parte da cartilha, só entregar, aí eu não acho produtivo, não acho que é uma boa escolha (PS7).

Segundo Freire (1987), a educação pronta por meio de cartilhas não considera o contexto dos sujeitos, é como ter que aprender a escrever a palavra “uva” sem nunca ter visto uma, ou ler “Eva” sem saber quem representava essa figura. Brandão (1981) acrescenta que a cartilha é um saber abstrato, pré-fabricado e imposto, apesar de ser muitas vezes considerada como estratégia pedagógica. Os temas são trazidos prontos e podem ser interpretados como uma forma de dirigir o pensamento e guiar a consciência, não gerando reflexão e ação.

Alguns profissionais destacaram a importância das enfermeiras obstetras na criação do grupo de gestantes, no estabelecimento de vínculo entre a equipe multiprofissional, gestantes e puérperas e no apoio, na orientação às mulheres no período pós-parto, o que se pode constatar nas falas a seguir.

O que vocês fazem é fundamental, vocês aproximam mais a paciente do serviço, da equipe, aqui a ação do grupo saiu das enfermeiras obstetras, enquanto equipe, eu participo do grupo com certeza, mas a criação do grupo partiu de vocês enfermeiras. Isso aproxima as pessoas, deixa que essas pessoas

se sintam mais à vontade no serviço e conseqüentemente eu acho que reforça a participação delas até nas consultas de pré-natal porque elas vão se sentir empolgadas e à vontade pra poder vir para as consultas. Então, eu acho que esse grupo não é só um grupo que vai ter como objetivo educação em saúde, mas também um grupo que vai aumentar o elo, o vínculo dessa gestante ao serviço (PS4).

Elas têm que saber muito que vocês enfermeiras obstetras têm horário disponível para atender às dificuldades delas, de vir aqui olhar a mama, de ensinar a ordenhar, sabe? Assim, eu acho que também falta a gente mostrar essa nossa disponibilidade. Então, elas saberem que podem vir aqui ser atendidas pelas enfermeiras, para elas darem uma olhada na mama, ensinar a elas, saber que têm vocês pra ajudar. Também uma busca ativa por telefone porque vocês sabem as que estão para ganhar, então ligar, perguntar como está a amamentação (PS6).

O enfermeiro é um profissional habilitado e fundamental na assistência pré-natal, suas atividades incluem, além da realização de procedimentos técnicos, o apoio, a compreensão e discussão de assuntos relacionados à saúde da mulher, estabelecendo uma relação de confiança com a usuária (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Paiva *et al.* (2015) também reconheceram o papel social do enfermeiro diante do planejamento e da condução de atividades educativas de forma contextualizada, valorizando e respeitando o saber do usuário, reconhecendo-o como um ser integral para que, dessa forma, estreite-se o vínculo com os serviços de saúde.

No período puerperal, o papel do enfermeiro obstetra é fundamental para a detecção precoce de problemas que podem afetar a saúde da mulher e do recém-nascido, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno, a promoção do autocuidado no pós-parto e os cuidados relacionados ao recém-nascido.

Dois participantes expressaram a necessidade de envolvimento de residentes, acadêmicos e outros preceptores de medicina nas atividades educativas do serviço de pré-natal, sugerindo uma capacitação sobre a importância das atividades de promoção da saúde, pois percebem nesse grupo uma priorização da parte de investigação de agravos e tratamento, em detrimento de ações educativas. Os trechos das entrevistas abaixo ilustram isso:

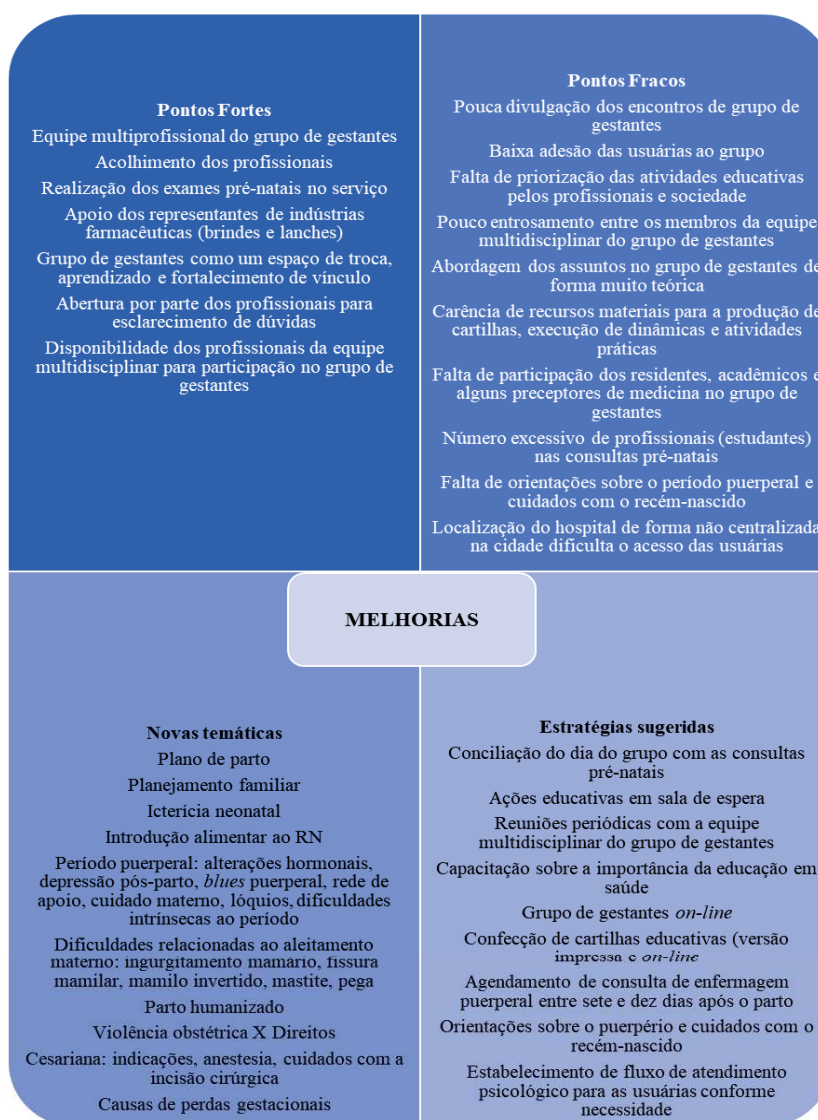
Outra questão que eu acho que a gente tem que trabalhar muito é a questão dos residentes mesmo e dos outros profissionais que estão no dia a dia, os pré-natalistas mesmo. Então, eu acho que a gente tem que tornar relevante essa parte da orientação em saúde para que eles sintam também que seja relevante para transmitir esse conhecimento durante as consultas deles também e não ficar na parte só técnica, mais curativa, diagnóstica. As práticas educativas em geral, eu vejo que para a categoria médica, fica em um segundo plano, não é que não exista, mas fica num segundo plano e, muitas vezes, a preocupação ali é com a condução do pré-natal (PS7).

Envolvimento dos demais profissionais da equipe multiprofissional (preceptores, residentes, acadêmicos) nas atividades educativas. A capacitação desse grupo de profissionais que cuida dessa gestante é extremamente importante. Então, primeiro, acho necessária a capacitação, depois talvez um rodízio entre eles, cada um deles fazer a sua participação nos vários grupos que se tem ao ano, cada um estar mergulhado nesse movimento, perceber o quanto é gratificante (PS9).

As propostas de atividades educativas sugeridas pelas usuárias foram convergentes com aquelas indicadas pelos profissionais de saúde, principalmente quanto à necessidade de incorporação de atividades práticas e demonstrativas nos grupos de gestantes, transmissão de vídeos informativos e criação de orientações de forma *on-line*.

Como forma de sintetizar as ideias centrais obtidas a partir da análise das entrevistas com as puérperas e os profissionais de saúde, a pesquisadora elaborou a Figura 7.

Figura 7 - Pontos fortes e pontos fracos do cuidar-educar no serviço de pré-natal, novas temáticas e estratégias educativas sugeridas pelos participantes (puérperas e profissionais)



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.3 ETAPA 3: GRUPO DE DISCUSSÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Na perspectiva do pensamento complexo de Morin (2015), o singular e o global devem ser compreendidos de forma articulada. Sendo assim, após a apreensão das singularidades de cada sujeito entrevistado, por meio da etapa de investigação individual, evoluiu-se para a etapa de convergência das percepções explicitadas pelas partes, puérperas e profissionais de saúde, por meio dos grupos de discussão.

Nessa etapa, as estratégias educativas no ciclo gravídico-puerperal sugeridas foram analisadas, refletidas e reconstruídas, formando o todo proveniente do consenso da

coletividade, que permitiu revisar o projeto educativo do grupo de gestantes vigente, incorporando as ideias do grupo. Considerando as discussões e o desenho deste estudo, o projeto revisado foi intitulado: Projeto de ações educativas em um serviço pré-natal de atenção secundária: trilhando um caminho para a interdisciplinaridade.

Convém ressaltar que, neste capítulo, apresentar-se-á a discussão com autores apenas acerca do que emergiu de novo a partir do diálogo com os integrantes do grupo, relacionado à abordagem interdisciplinar da temática do puerpério e ao uso de teleconsulta e teleorientação de enfermagem. As demais propostas e estratégias já foram discutidas nos capítulos anteriores.

6.3.1 Apresentação e análise dos dados do grupo de discussão

As observações e consensos provenientes das discussões do primeiro grupo, relacionados à incorporação de novas temáticas em ações educativas do serviço, foram sintetizados no Quadro 9.

Quadro 9 - Síntese do consenso do grupo sobre as novas temáticas

Novas temáticas	Consenso do grupo
Plano de parto	Realização de oficinas sobre plano de parto em parceria com acadêmicos da Faculdade de Medicina, de forma <i>on-line</i> e presencial, quando as autoridades sanitárias liberarem.
Planejamento familiar	Encaminhamento para aconselhamento individual em ambulatório específico e grupos presenciais quando possível.
Icterícia Neonatal	Encaminhamento para orientações educativas em consultas pediátricas de pré-natal presenciais ou por teleconsulta e abordagem no grupo de gestantes em conjunto com a temática sobre cuidados com o recém-nascido.
Introdução Alimentar ao RN	Abordagem durante as consultas de puericultura. A discussão desse tema durante o pré-natal foi considerada como possível obstáculo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.
Período puerperal	Aconselhamento individual durante as consultas de pré-natal e incorporação da temática no grupo de gestantes, sob a modalidade de mesa-redonda a partir de múltiplos olhares, com a participação de todas as especialidades: medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, odontologia, nutrição, fonoaudiologia.
Dificuldades do aleitamento materno	Abordagem durante as consultas de pré-natal, enfoque sobre os desafios do aleitamento no grupo de gestantes e implementação de consultas puerperais com as enfermeiras obstetras a serem agendadas entre sete e dez dias de período pós-parto.
Parto Humanizado	Durante as consultas de pré-natal, conversar com as gestantes sobre humanização do parto, esclarecendo que a humanização não está

	relacionada ao parto vaginal e abordagem no grupo de gestantes, juntamente com a temática tipos de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor.
Violência obstétrica	Abordagem pela assistente social, enfermeira obstetra e médico obstetra no grupo de gestantes junto com a temática direitos da gestante e do casal grávido.
Tipos de parto, indicações de cesariana e cuidados pós-parto	Abordagem individual durante as consultas e no grupo de gestantes associada à temática tipos de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor, explicitando as indicações absolutas e relativas da cesariana, procedimentos necessários durante a realização da cirurgia e cuidados no período pós cirúrgico.
Causas de perdas gestacionais	Discutir no grupo de gestantes, incorporado à temática de alterações fisiológicas da gestação e importância do pré-natal, esclarecendo que o acompanhamento gestacional adequado e a adoção de hábitos de vida saudáveis são essenciais para prevenção de possíveis desfechos gestacionais negativos.

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Em relação à forma de abordagem da temática puerpério, emergiu a partir das discussões do grupo uma estratégia diferenciada, a mesa-redonda, integrando todas as especialidades por se tratar de um tema que é transversal a obstetrícia e ginecologia, enfermagem obstétrica, pediatria, fonoaudiologia, odontologia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Dessa forma, os especialistas poderão expor pontos de vista distintos, porém complementares acerca do assunto, o que permitirá tratar o tema em profundidade, confrontando ideias.

A mesa-redonda, muito utilizada no meio acadêmico, segundo Faraco *et al.* (2016), é um gênero oral formal e público complexo, que combina diversas competências orais, a leitura em voz alta, a exposição oral e o debate e possibilita o compartilhamento de ideias de forma dinâmica, pois busca interagir com os participantes, estimulando questionamentos acerca do assunto em pauta. Um moderador organiza a explanação dos interventores, a interação com o público e, ao final do debate, é realizado um fechamento, sintetizando as ideias discutidas (FARACO *et al.*, 2016).

Esse tipo de abordagem permitirá à equipe transformar uma prática multidisciplinar em direção ao exercício da interdisciplinaridade, fundamentada no pensamento complexo de Edgar Morin, que visa superar a educação fragmentada, compartimentalizada, com predomínio das partes, e religar, rearticular os saberes numa perspectiva ampliada, para melhor compreensão dos fenômenos (MORIN, 1999). A interdisciplinaridade supera a visão redutora, simplificadora de justaposição e paralelismo de disciplinas para alcançar a articulação, a inter-relação entre as especializações, interagindo, confrontando e discutindo diferentes perspectivas, para um

conhecimento ampliado de saúde, com seus arranjos e múltiplas perspectivas, biológica, psicológica, social, econômica e cultural (POMBO, 2005; MORIN, 2015).

O princípio dialógico da complexidade auxilia nessa articulação interdisciplinar necessária, pois possibilita a integração de ideias que são ao mesmo tempo complementares, concorrentes e antagônicas (MORIN, 2005). O pensamento complexo almeja o conhecimento multidimensional, que não é apenas pensar o uno e o múltiplo conjuntamente, mas também o incerto e o certo, o lógico e o contraditório, a ordem e a desordem; não almeja esgotar todas as informações de um fenômeno estudado, ao contrário, compreende a incerteza e a incompletude do saber (MORIN, 2005). Essa incerteza e a incompletude também são relatadas por Freire (1987), ao trazer o entendimento do ser humano como um ser consciente do seu inacabamento, com possibilidade de ir além, em busca de mais conhecimento (FREIRE, 1987).

Outro ponto que começou a ser discutido no primeiro encontro do grupo foram as estratégias educativas de forma *on-line*, por meio de videoconferência, utilizando plataformas e orientações publicadas em páginas da internet, *sites*, redes sociais e via *WhatsApp*. Essas estratégias já foram discutidas na categoria 3, subcategoria 4 das entrevistas com os PSs sob a perspectiva das TICs.

No segundo grupo, as estratégias sugeridas pelos participantes da pesquisa foram discutidas quanto à forma e à viabilidade de sua implementação. A ferramenta de gestão da qualidade 5W2Hs foi utilizada para organizar, guiar a discussão e sintetizar as estratégias acordadas pelo grupo. O preenchimento do Quadro 10 ocorreu em conjunto com os profissionais de saúde, as perguntas da ferramenta foram respondidas a partir do julgamento e consenso do grupo em relação às estratégias sugeridas a serem implementadas. A pergunta da ferramenta relacionada ao custo não foi discutida nesse momento, pois a implementação das estratégias utilizará recursos próprios, não havendo custo adicional.

Quadro 10- Plano de ação para (re)construção das estratégias educativas no serviço de pré-natal, a partir das percepções do consenso do grupo

O que fazer?	Utilização de metodologias ativas nas estratégias educativas com gestantes
Por que fazer?	Melhorar a atratividade do grupo, a participação e a adesão das mulheres.
Como fazer?	Atividades lúdicas, dinâmicas, demonstração em manequins, teatros, situações-problema, compartilhamento de histórias e vivências.
Onde fazer?	Serviços de assistência pré-natal
Quem fará?	Profissionais responsáveis pela abordagem das temáticas no grupo de gestantes.

Quando fazer?	Durante a realização dos grupos de gestantes.
O que fazer?	Criação e divulgação de vídeos com informações educativas relacionadas às temáticas do pré-natal, parto, pós-parto.
Por que fazer?	Ampliar divulgação de informações pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal, favorecer a atenção das mulheres durante os grupos e durante a espera para consulta de pré-natal.
Como fazer?	Produzir vídeos em parceria com o setor de comunicação da instituição e selecionar vídeos preexistentes do Ministério da Saúde.
Onde fazer?	No <i>site</i> da instituição e em televisões das salas de espera dos ambulatorios.
Quem fará?	Os profissionais do grupo de gestantes e colaboradores do setor de comunicação.
Quando fazer?	Mensalmente conforme cronograma a ser estabelecido pelo grupo.
O que fazer?	Atividades educativas de forma <i>on-line</i> , virtual, com postagens informativas sobre o ciclo gravídico-puerperal.
Por que fazer?	Menor custo, ampliação da possibilidade de participação das mulheres, em decorrência da situação de pandemia que não permite aglomeração para encontros presenciais.
Onde fazer?	<i>Site</i> da instituição, plataforma <i>Teams</i> , <i>WhatsApp business</i> .
Como fazer?	De forma síncrona por videoconferências ou assíncrona por meio de publicações no <i>site</i> da empresa e envio de mensagens pelo <i>WhatsApp business</i> .
Quem fará?	Profissionais do grupo de gestantes.
Quando fazer?	Mensalmente conforme cronograma a ser estabelecido pelo grupo.
O que fazer?	Aconselhamento individual das mulheres sobre as temáticas do grupo, conforme a idade gestacional.
Por que fazer?	Manter as atividades educativas no contexto da pandemia, otimizar as orientações no mesmo dia das consultas de pré-natal.
Onde fazer?	Salas de consulta dos ambulatorios.
Como fazer?	Selecionar as temáticas de acordo com o trimestre gestacional, preparação para o período puerperal nas últimas consultas de pré-natal.
Quem fará?	Enfermeiras obstetras.
Quando fazer?	No dia da consulta de pré-natal das usuárias.
O que fazer?	Agendamento de consulta de puerperal entre sete e dez dias após o parto.
Por que fazer?	Necessidade de avaliação precoce de intercorrências relacionadas à amamentação e à mulher, abordagem das dificuldades do período e apoio emocional.
Onde fazer?	Nas salas de consulta dos ambulatorios.
Como fazer?	Consultas Individuais.
Quem fará?	Enfermeiras obstetras.
Quando fazer?	Entre sete e dez dias após o parto.
O que fazer?	Teleorientação e teleconsulta no puerpério.

Por que fazer?	Detectar precocemente agravos e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, autocuidado da mulher e cuidados com o RN, considerando a mobilidade prejudicada da mulher nesse período de recuperação pós-parto e a exposição mínima ao ambiente hospitalar devido à pandemia de covid-19.
Onde fazer?	Serviço de pré-natal.
Como fazer?	Via telefone em caso de teleorientação e via plataforma <i>Teams</i> em caso de teleconsulta.
Quem fará?	Enfermeiras obstetras.
Quando fazer?	Na primeira semana de puerpério, verificando a data provável de parto em planilha de cadastro das usuárias do serviço.

O que fazer?	Consultas de pré-natal de rotina com outras especialidades.
Por que fazer?	Manter as orientações acerca das temáticas multidisciplinares abordadas no grupo de gestante, esclarecer possíveis dúvidas não explicitadas em momentos coletivos.
Onde fazer?	Serviço de pré-natal.
Como fazer?	Encaminhar as gestantes, no mesmo dia da consulta de pré-natal médica e de enfermagem, para orientações com outras especialidades: serviço social, psicologia, pediatria, odontologia, fisioterapia.
Quem fará?	Profissionais de saúde da equipe multidisciplinar.
Quando fazer?	Pelo menos uma vez durante o período gestacional e/ou puerperal e conforme a necessidade percebida por cada profissional.

Fonte: elaborado pela autora (2021)

As estratégias descritas no Quadro 10 já foram discutidas na categoria 3, subcategoria 1 dos PSs. Algumas estratégias sugeridas pelos entrevistados foram refutadas pelos participantes do grupo de discussão, conforme descrito a seguir:

- Produção de cartilhas educativas: no entendimento do grupo, a caderneta da gestante já contém informações pertinentes a diversos assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Ficou definido que os temas da mesma serão discutidos durante as consultas de pré-natal com as enfermeiras obstetras. Além disso, as orientações a serem divulgadas no *site* da instituição e em mensagens a serem enviadas para as usuárias via *WhatsApp business* foram consideradas como forma de substituir a produção de cartilhas, evitando custos adicionais.
- Realização de grupo em sala de espera: essa estratégia já foi utilizada previamente pelo grupo e considerada como ineficaz, conforme discutido na categoria 3, subcategoria 2 das entrevistas com as puérperas.
- Capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os acadêmicos, residentes e preceptores de medicina, sobre a importância da educação em saúde: o grupo não julgou necessária essa capacitação, pois compreendeu que a melhor forma de integrar acadêmicos, residentes e preceptores seria convidá-los a assumirem a abordagem da temática “Importância

do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação” em conjunto com o médico obstetra integrante do grupo de gestantes. Além disso, o grupo propôs a realização de uma reunião da equipe multidisciplinar com o representante dos residentes de medicina com o objetivo de solicitar a colaboração desses profissionais para a divulgação das estratégias educativas do serviço, no momento das consultas de pré-natal, de forma a resgatar os conceitos de educação e promoção da saúde em todas as oportunidades de atendimentos.

Além disso, o grupo compreendeu que cada profissional precisa incorporar, em suas ações educativas, as estratégias de metodologias ativas de ensino, apoiando-se mutuamente na elaboração e implementação de tais estratégias.

A partir das discussões do grupo acerca da temática do puerpério, que foi bastante evidenciada pelas usuárias como um assunto que demanda maior atenção dos profissionais de saúde, emergiu como nova estratégia a utilização de teleorientação e teleconsulta de enfermagem, preferencialmente na primeira semana após o parto. As enfermeiras obstetras farão uma busca ativa da data provável de parto em planilha de cadastro das usuárias do serviço de pré-natal e, durante as últimas consultas de pré-natal, as mulheres serão orientadas a entrar em contato via telefone do serviço para informar a data de parto e agendar a teleorientação ou teleconsulta.

A Resolução do Cofen nº 0634/2020 autoriza e normatiza a teleconsulta e a teleorientação de enfermagem diante da necessidade de isolamento social imposta pela pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Podem ocorrer por meio de realização de consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, os quais devem respeitar os preceitos éticos no que tange a armazenamento, preservação e integridade das informações provenientes da interação eletrônica entre o enfermeiro e o paciente.

A realização das teleconsultas deve obedecer aos seguintes critérios: o paciente ou seu representante legal deverá registrar o consentimento livre e informado, por *e-mail*, aplicativo ou por telefone; os registros eletrônicos devem conter dados de identificação do profissional e do paciente, clínica de atendimento, data de início e término, histórico, observação clínica e diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, avaliação de enfermagem e encaminhamentos (COFEN, 2020).

O teleatendimento no período puerperal pode contribuir, por meio de uma escuta ativa, com aconselhamento, esclarecimento de dúvidas e orientações sobre os sinais de alerta, aleitamento materno, autocuidado da mulher e cuidados com o recém-nascido, além de possibilitar a identificação de necessidade de atendimento de forma presencial.

De acordo com revisão sistemática realizada por Speyer *et al.* (2018), as intervenções de telessaúde podem ser tão eficazes quanto as intervenções face a face. Especialmente para população de áreas rurais e remotas, estudos que investiguem diferentes abordagens de intervenção e resultados em longo prazo são necessários, pois a eficácia da intervenção pode estar associada a múltiplos fatores, tais como: gravidade de condições de saúde do paciente, tipo de intervenções fornecidas e habilidade do provedor de saúde.

A prática de telessaúde, incluindo a telenfermagem está bem difundida em países como os Estados Unidos, independentemente da questão da situação da pandemia, conforme relatado por Rambur *et al.* (2019), ao identificarem que cerca de um quinto dos enfermeiros de Vermont, EUA, tinha como atividade principal de trabalho a telessaúde.

Em Recife (PE), foi criado um serviço de telenfermagem denominado “Fale com a Parteira”, utilizando o *WhatsApp*® como ferramenta de apoio para promoção da saúde materna na pandemia da covid-19, o que possibilitou o acompanhamento e o acolhimento com segurança das gestantes e puérperas a partir de teleorientações centradas nas necessidades da mulher, baseadas nas melhores evidências científicas da área (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A ferramenta tecnológica permitiu a prevenção de agravos à saúde materna e infantil ao evitar atrasos nos cuidados, realizando o encaminhamento da mulher para um serviço de saúde da rede de atenção obstétrica de sua região.

Contudo, para Morin (2000), o desenvolvimento da comunicação por telefone e internet não diminuiu a distância entre os seres humanos num nível de consciência planetária. A compreensão humana intersubjetiva vai além da explicação, requer a identificação e a projeção com o outro indivíduo, com identificação de semelhanças, diferenças, singularidades e cultura de cada um, conduzindo ao aprimoramento das relações interpessoais.

A dificuldade de comunicação e interação efetiva, com a percepção do não verbal e compreensão dos sentimentos e pensamentos do outro, por meio de telessaúde, também foi relatada em estudo de Barbosa *et al.* (2017) e Kayyali *et al.* (2017), além de outros desafios, tais como internet “fraca”, desconhecimento da tecnologia pelos pacientes, dificuldade de proporcionar confiança e segurança (BARBOSA *et al.*, 2017) e o custo e o financiamento público (KAYYALI *et al.*, 2017).

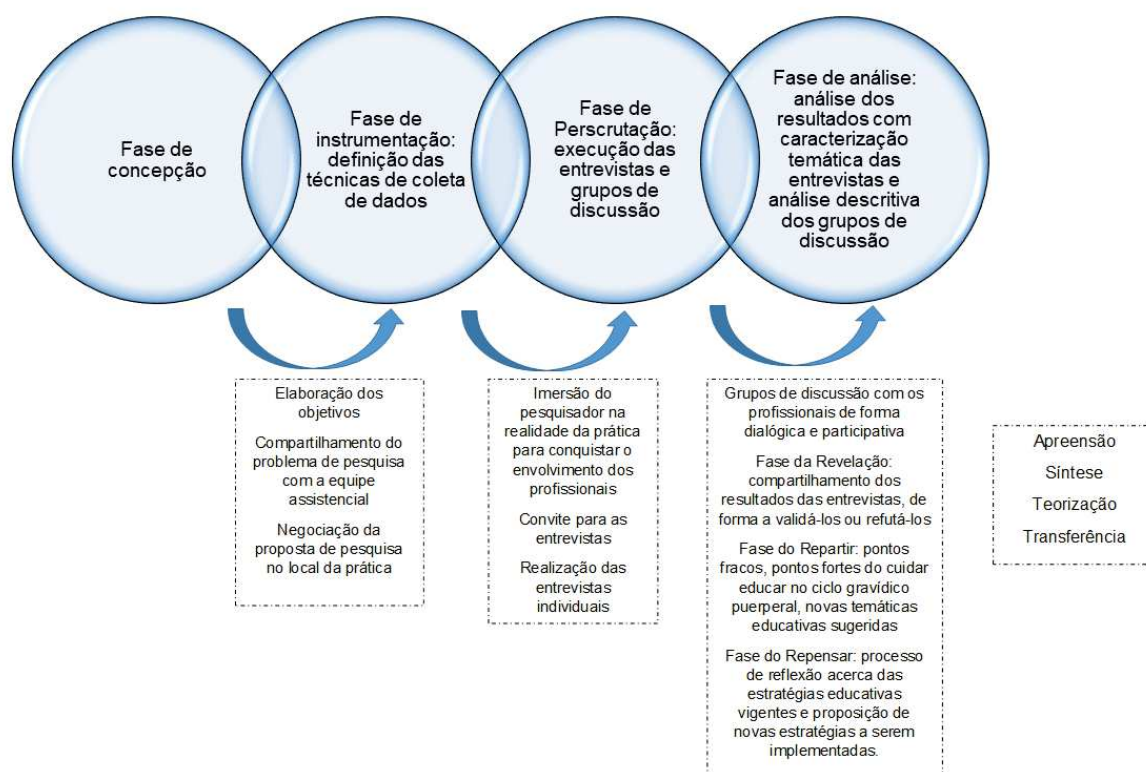
Ressalta-se a necessidade de capacitação profissional para o atendimento virtual durante a formação, pois são necessárias habilidades em telecomunicação, compreensão de parâmetros de emergência, questões éticas relacionadas a termo de consentimento informado, sigilo dos dados e fluência cultural (RAMBUR *et al.*, 2019; KAYYALI *et al.*, 2017). Diante disso, os profissionais precisam criar estratégias para superar essas barreiras de comunicação a distância

a fim de proporcionar à usuária um ambiente *on-line* que seja acolhedor, aberto, empático e que fortaleça o vínculo e a relação de confiança com o serviço de saúde.

6.3.2 Convergência entre pesquisa e prática assistencial

O planejamento de cada fase da pesquisa foi sintetizado na Figura 8, que permite visualizar a propriedade da “dança da PCA”, ao revelar os movimentos de aproximação da pesquisadora com o cenário de prática assistencial e com as participantes da pesquisa, bem como o distanciamento para análise e teorização dos dados e de momentos de convergência.

Figura 8 - Síntese dos momentos de convergência entre teoria e prática assistencial, a dança da PCA



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Na realização dos grupos e no contexto da prática assistencial, percebeu-se a mobilização dos profissionais em rever sua prática e a motivação para mudanças no processo educativo do serviço de atendimento pré-natal.

A partir da reflexão proporcionada pelas discussões do grupo, os profissionais reconheceram as situações-problemas relacionadas à prática educativa vigente e vislumbraram

caminhos de superação. Desse modo, a partir da análise crítica da realidade, foi possível conceber o que Freire (1987) chama de inédito viável, ou seja, soluções não percebidas anteriormente, com vistas à implementação de mudanças na prática, concretizando-se na ação editanda (FREIRE, 1987).

As puérperas contribuíram com a (re)construção do projeto educativo ao compartilharem suas percepções acerca do processo de cuidar-educar no ciclo gravídico-puerperal, tornando evidentes situações que antes não eram percebidas pelos profissionais. Também os profissionais de saúde participaram ativamente da (re)construção desse projeto, ao selecionarem ações sugeridas que fossem aplicáveis e ao proporem novas estratégias mais participativas, que permitam a construção conjunta do conhecimento com as usuárias de forma a possibilitar a conquista da autonomia e o empoderamento das mesmas no momento do parto e nascimento.

Tendo em vista o envolvimento no cenário de estudo de indivíduos que compartilham experiências de um mesmo processo de trabalho, os sujeitos sentiram-se corresponsáveis nesse processo de (re)construção do projeto educativo para implementar melhorias no contexto da prática. Por conseguinte, foi possível observar a efetivação de alguns resultados da pesquisa, como, por exemplo, a realização de três grupos educativos de forma *on-line*, incorporando a metodologia ativa de ensino-aprendizagem, o que evidenciou a união entre a pesquisa e a prática assistencial.

6.3.3 Avaliação do processo de pesquisa

No encerramento do segundo grupo de discussão, quando questionados sobre a avaliação do processo de pesquisa, os participantes destacaram alguns pontos em relação à metodologia e aos resultados das entrevistas com as usuárias.

Quanto à metodologia da pesquisa, eles revelaram que se sentiram como sujeitos ativos, participantes de todo o processo de pesquisa, ao terem acesso aos resultados parciais da mesma, bem como ao refletirem sobre esses resultados nos encontros do grupo de discussão e também em momentos informais com o pesquisador no cenário da prática. Ao analisarem os resultados das entrevistas com as puérperas, os profissionais de saúde participantes dos grupos de discussão destacaram que a vivência do puerpério no momento da coleta de dados pode ter influenciado as respostas das entrevistadas, pois temáticas relacionadas ao pós-parto, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno foram muito enfatizadas.

De uma forma geral, os participantes expressaram que a pesquisa foi muito enriquecedora para eles, uma vez que lhes propiciou um olhar diferenciado sobre a prática e o aprendizado coletivo, o que se justifica por ser a PCA nas pesquisas qualitativas um método que fomenta mudanças na prática assistencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período gravídico-puerperal é um momento singular na vida da mulher marcado por profundas mudanças fisiológicas, emocionais e sociais. Sendo assim, o olhar integral e multidisciplinar é extremamente importante para que as necessidades multidimensionais da mulher sejam supridas.

A prática educativa no ciclo gravídico-puerperal envolve a abordagem de temáticas amplas que transpassam saberes disciplinares, incluindo medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, odontologia, fonoaudiologia e serviço social. Os profissionais de saúde participantes deste estudo compreenderam que as profissões são complementares e demonstraram satisfação em exercer o trabalho educativo e disposição para aprimorar cada vez mais as práticas educativas do serviço pré-natal. Além disso, consideraram a educação em saúde como fundamental para a preparação da gestante e dos familiares desta, visando a uma vivência positiva de gestação, parto e puerpério.

A partir dos resultados deste estudo foi possível compreender as ações educativas desenvolvidas no ambulatório de cuidado pré-natal de atenção secundária, sob a perspectiva das puérperas e dos profissionais de saúde. Após essa primeira etapa, as estratégias educativas vigentes e as novas propostas educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal foram discutidas pelos profissionais de saúde, o que subsidiou a (re)construção coletiva do projeto de ações educativas nesse serviço.

As temáticas puerpério, cuidados com o recém-nascido e dificuldades do aleitamento materno foram as mais enfatizadas pelas usuárias. Os profissionais também reconheceram a necessidade de implementar ações educativas que reforcem as orientações pertinentes ao período puerperal, com enfoque para a importância da rede de apoio, detecção precoce e encaminhamento de situações de depressão pós-parto. O plano de parto foi evidenciado como uma importante ferramenta de orientação e preparação da mulher e sua família para o parto, o que favorece a conquista do empoderamento e autonomia da gestante no cenário do nascimento.

Os desafios identificados durante a pesquisa contemplaram questões de infraestrutura, de recursos humanos e de acesso ao serviço de atenção secundária de assistência pré-natal e puerperal. Ressalta-se que existe um planejamento para construção de uma maternidade nas dependências da instituição, de forma a atender integralmente a mulher na assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. No momento atual, as gestantes são encaminhadas a uma maternidade de referência conforme a regionalização do município e estimuladas a visitar o serviço de atenção ao parto previamente.

Quanto à rotatividade de médicos residentes que realizam as consultas pré-natais, entende-se que é uma característica inerente a hospitais de ensino, entretanto, impacta diretamente no estabelecimento do vínculo entre usuária e profissional de saúde. Na tentativa de enfrentamento dessa situação, propõe-se a discussão de um modelo de atendimento interprofissional, entre enfermeiras obstetras e médicos residentes. Dessa forma, as enfermeiras obstetras, por serem fixas no setor, poderão ser uma referência para as gestantes, o que favorece a construção do vínculo com as mesmas.

Com relação ao acesso da usuária ao serviço de atenção secundária pré-natal, sugere-se uma avaliação quanto a possibilidade de melhoria da regionalização da assistência pré-natal no município.

Quanto às estratégias sugeridas, as perspectivas dos participantes do estudo foram, em alguns pontos, convergentes, principalmente em relação à necessidade de implementar atividades educativas *on-line* e com incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. No entanto, em outros pontos, foram divergentes, como no caso de realização de grupos educativos em sala de espera, abordagem considerada pelos profissionais de saúde como ineficaz devido à impossibilidade de dar continuidade à construção do conhecimento, uma vez que, nesse espaço, as interrupções são constantes. Como a educação em saúde em salas de espera é muito utilizada nos serviços de saúde, seria relevante a realização de outros estudos que busquem conhecer e avaliar essa forma de abordagem e as repercussões de processos educativos nesses espaços.

A utilização da PCA proporcionou a convergência da teoria com a prática assistencial, ao estreitar as relações entre pesquisadora e pesquisados, bem como possibilitou o envolvimento dos profissionais participantes na compreensão do problema de pesquisa e estimulou a constante ação-reflexão-ação. Essa metodologia foi essencial para despertar o interesse dos participantes e fazê-los se sentirem sujeitos ativos e corresponsáveis pelo processo de pesquisa, conduzindo-os a repensarem sua prática.

O produto deste estudo foi a revisão do projeto e (re)construção do mesmo, mediante a necessidade de alcançar maior participação e envolvimento das gestantes nos grupos educativos, além de melhorar a metodologia de abordagem dos temas, na perspectiva freiriana, dialógica, construtiva, problematizadora, libertadora. Esta tem potencial para empoderar as mulheres a assumirem uma postura ativa no momento do trabalho de parto, parto e puerpério, ao resgatar a autonomia no contexto do nascimento e no cuidado com seu RN.

Destaca-se que o projeto (re)construído se encontra em processo de implementação e que modificações poderão ocorrer ao longo da vivência das ações educativas propostas.

Esforços ainda são necessários para que ocorra a sensibilização e a implementação das metodologias ativas, pautadas nas concepções freirianas, durante as abordagens de forma a promover um aprendizado passível de provocar transformações no contexto de vida das mulheres gestantes e puérperas

As limitações deste estudo estiveram pautadas nas dificuldades relacionadas à pandemia de covid-19, que causou atrasos no processo de coleta de dados, em virtude do receio das usuárias em procurarem os serviços de saúde no momento do puerpério, e às alterações necessárias à operacionalização dos grupos de discussão. Dessa forma, não foi possível a participação das puérperas nos encontros devido à escolha de realizá-los de forma presencial, com os profissionais de saúde que já estavam expostos ao ambiente hospitalar. Entretanto, se salienta que os profissionais se sentiram mais à vontade para expressarem sua opinião nos grupos de discussão, principalmente quando não corroboraram com algumas estratégias sugeridas pelas usuárias.

Percebe-se ainda que a proposição de novas estratégias foi fortemente influenciada pela situação de pandemia da covid-19, que impossibilitou a continuidade de práticas educativas de forma presencial. Reforça-se que as estratégias *on-line* sugeridas não podem deixar em segundo plano a questão da dialogicidade, um dos pontos centrais da metodologia pedagógica fundamentada nos princípios de Paulo Freire e Edgar Morin, defendida neste estudo.

A partir dos resultados encontrados, destaca-se a importância da realização de um estudo de avaliação deste projeto para investigar a aplicabilidade das estratégias educativas implementadas na prática, o conhecimento adquirido pelas mulheres e o reflexo desse aprendizado em sua vivência de gestação, parto e puerpério, com vistas ao empoderamento feminino.

A constante reavaliação dos processos educativos contribui para a reflexão da formação dos profissionais em saúde envolvidos nos atendimentos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, este estudo poderá colaborar com a consolidação de diretrizes curriculares a partir de disciplinas que abordem a prática pedagógica interdisciplinar, com a incorporação de metodologias ativas e participativas no processo de ensino-aprendizagem. Além disso, poderá auxiliar na (re)formulação de políticas públicas de promoção da saúde com a valorização do saber popular.

O estudo contribuiu para a ação-reflexão-ação do processo educativo numa concepção dialógica, participativa, libertadora e problematizadora, na perspectiva de trabalho interdisciplinar. Ademais, forneceu subsídios para gestão e tomada de decisão no cuidado em saúde materno-infantil, na perspectiva da melhoria contínua dos processos de trabalho, a partir

dos momentos de convergência entre pesquisa e prática assistencial com os profissionais do serviço, do plano de ação construído em conjunto com a equipe para implementação das novas estratégias educativas e da revisão do projeto de ações educativas desse serviço pré-natal de atenção secundária.

Ressaltam-se também as implicações para a prática da enfermagem tendo em vista o reconhecimento da importância desse profissional, que se encontra bastante envolvido com o processo de cuidar-educar no ciclo gravídico-puerperal, desde o planejamento, a organização e a divulgação das ações até a implementação e a avaliação das mesmas.

Espera-se que este estudo proporcione a melhoria da qualidade no processo de cuidar-educar no serviço de atendimento pré-natal de atenção secundária, ao possibilitar às usuárias uma maior participação na construção do conhecimento acerca dos diversos assuntos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, de forma a contribuir positivamente com sua vivência da maternidade. Além disso, poderá subsidiar a implementação de estratégias educativas participativas em outros serviços de atenção materno e infantil.

REFERÊNCIAS

- ABBASI, P.; CHARANDABI, S. M. A.; MIRGHAFORVAND, M. Comparing the effect of e-learning and educational booklet on the childbirth self-efficacy: a randomized controlled clinical trial. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 644-650, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1293031>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- ABDUR NOUR, G. F. **Cartilhas educativas para promoção do conhecimento do pai no parto e nascimento: construção e validação**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Campos de Sobral (CE), 2018.
- ABUIDHAIL, J; MRAYAN, L.; JARADAT, D. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized control trial. **Midwifery**, [S. l.], v. 69, p. 143-149, feb., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.015>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- ACOG. American college of obstetricians and gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 757. Screening for perinatal depression. **Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], v. 132, n. 5, p. e208-e212, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>. Acesso em: 25 out. 2021.
- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Comimittee Opinion n.650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. **Obst. Gynecol.**, Whashington, v. 126, n. 6, e135-4, dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001214>. Acesso em: 20 set. 2021.
- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing postpartum care. ACOG Committee Opinion. **Obstetrics & Gynecology**, Whashington, n. 736, 131, e140–e150, may. 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.
- AIGA, H. *et al.* Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 129, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2788-4>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- ALDRIGHI, J. D. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade materna avançada. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 8, n. 3, p. 423-437, jul./set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225922>. Acesso em: 15 set. 2021.
- ALDRIGHI, J. D. *et al.* V. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 509-518, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>. Acesso em: 15 set. 2021.
- ALFING, Cleide Estela dos Santos. **O enfermeiro na atenção à mulher no pré-natal: a realidade em estratégias saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado em Atenção Integral à Saúde) - Universidade de Cruz Alta, Ijuí (RS), 2016.

ALMEIDA, N. M. C.; ARAIS, A. R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção da depressão pós-parto. **Psicol. Ciênc. Prof.**, [S. l.], v. 36, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>. Acesso em: 17 set. 2021.

ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. e20180023, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>. Acesso em: 13 fev. 2021.

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. A. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicol. USP (Online)**, v. 17, n. 2, p. 113-133, 2006a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000200006>. Acesso em: 14 fev. 2021.

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. A. O pequeno grupo "Oficina de Capoeira" no contexto da reforma psiquiátrica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 58-72. 2006b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000100007>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, [S. l.], v. 14, n. 49, p. 114-126, fev. 2020. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 17 set. 2021.

ALVES, N. C. C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. e2017-0042, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>.

ALVIM, N. A. T. Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem - Possibilidades para inovações tecnológicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170041>. Acesso em: 13 fev. 2021.

AMORIM T. S.; BACKES; M. T. S. Managing nursing care to puerpera and newborns in primary healthcare. **Rev. Rene**, v. 21, p. e43654, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ANDERSON-REEVES, T. *et al.* House Parties: An Innovative Model for Outreach and Community-Based Health Education. **Maternal and child health journal**, v. 21, suppl 1, p. 75-80, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2378-9>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181-186, jan./mar., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>. Acesso em: 20 set. 2021.

ANDREZZO, A. F. A. **O desafio do direito à autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet], v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

ARABAN, M.; BAHARZADEH, K.; KARIMY, M. Nutrition modification aimed at enhancing dietary iron and folic acid intake: an application of health belief model in practice. **Eur. J. Public Health**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 287-292, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw238>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARAGÃO, J. M. N. *et al.* The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 71, n. 2, p. 286- 292, 2018. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>. Access in: 12 oct. 2021.

ARIK, R. M. *et al.* Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, suppl 3, p. 41-9, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>. Access in: 01 oct. 2021.

BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018.

BACKES, D. S. *et al.* Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**, v. 16, n.1, p. 24-31, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/AQUI.2016.16.1.4>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BACKES, M. *et al.* Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1232>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 928-34, 2017. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”]. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>. Access in: 30 out. 2021.

BARBOSA, E. M. G. **Construção e validação de uma tecnologia educativa para o autocuidado de mulheres no pós-parto**. 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: Edição 70, 2016.

BARRETO, C. N. *et al.* O Sistema Único de Saúde que dá certo: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 168-76, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56769>. Acesso em: 22 out. 2021.

BARRETO, R. O âmbito da saúde coletiva como uma arena discursiva: questões simbólicas e dialógicas nas trocas comunicacionais. **Educação, Comunicação e Participação em Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde, [S. l.], v.18, n. 2, p. 5-11, 2017. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_2_capa_miolo.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. B. Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 29, n. e20180250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação (Online)**, v. 3, n. 2, p. 264-287, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20396/rfe.v3i2.8635462>. Acesso em: 22 out. 2021.

BERNARDES, V. P. *et al.* Facebook® como ferramenta pedagógica em Saúde Coletiva: integrando formação médica e educação em Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 43, n. 1, supl.1, p. 652-661, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190192>. Acesso em: 12 out. 2021.

BERNARDO, Elizian Braga Rodrigues. **Avaliação da assistência pré-natal de gestantes com risco habitual**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2016.

BEZERRA, A. C. L. *et al.* Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde.**, v. 19, n. 2, p. 163-168, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/24335>. Acesso em: 19 set. 2021.

BEZERRA, T. B.; OLIVEIRA, C. A. N. A percepção de puérperas sobre a assistência recebida no pré-natal. **Rev. Enferm. UFPE (Online)**, v. 15, n. 2, p. e247826, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247826>. Acesso em: 20 set. 2021.

BICH, T. H; LONG, T. K; HOA, D. P. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. **Matern. Child Nutr.**, [S. l.], v. 15, suppl 1, p. e12705, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12705>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BLANK, E. B. *et al.* Práticas educativas para (re)significar o parto e o nascimento no olhar de puérperas. **Rev. Salusvita (Online)**, Bauru, v. 38, n. 3, p. 581-595, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051394>. Acesso em: 25 out. 2021.

BONIFÁCIO, L. P. *et al.* Prenacel partner - use of short message service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial. **Reprod. Health**, [S. l.], v.17, n. 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0859-6>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire**. 17. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco: normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia básico para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. 2000. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/Assistencia-Pre-Natal-Normas-e-Manuais-Tecnico-2000>. Acesso em: 04 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111634.htm. Acesso em 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html#:~:text=Institui%20as%20diretrizes%20para%20a,conformidade%20com%20a%20Rede%20Cegonha. Acesso em 12 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Monitoramento e Qualidade na Atenção Obstétrica**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Mulher**. edição 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/relatorio-de-gestao-2017-completo-para-ms-pdf>. Acesso em 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**:

princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: MS, 2004b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAOMORTALIDADEMATERNANEONATAL2004.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 24 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/cadernos_de_aten%C3%A7%C3%A3o_b%C3%A1sica_sa%C3%BAdade_bucal.pdf. Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf. Acesso em 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde [internet]. **Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS, 2012b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013a. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

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

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2016b. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/10/Ideias-Dicas-Participativos-2016-10-04-final-final.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-39962>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**; n. 20, v. 51, maio 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos: caderno 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/educanvisa/arquivos/3092json-file-1>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CIGAE). **Indicadores, ações e programas. Indicadores de mortalidade que utilizam a metodologia do Busca Ativa: razão de mortalidade materna;** Brasília: MS, 2021. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Nascidos vivos - Brasil** [Internet]. Brasília: MS, 2021b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 24 set. 2021

BRASINGTON, A. *et al.* Promoting Healthy Behaviors among Egyptian Mothers: A Quasi-Experimental Study of a Health Communication Package Delivered by Community Organizations. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. e0151783, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151783>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRITO, C. M. C., OLIVEIRA, A. C. G. A.; COSTA, A. P. C. A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** [Internet], v. 9, n. 1, p. 120-4, abr. 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. Acesso em: 01 out. 2021.

BRITO, G. G. *et al.* Cuidados materno infantil no pré e pós parto. **Rev. Interfaces**, [S. l.], v.7, n.1, p. 191-196, 2019. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/657>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRUMMELTE, S.; GALE, L. A. M. Postpartum depression: Etiology treatment and consequences for maternal care. **Hormones and Behavior**, [S. l.], v. 77, p. 153-166, jan. 2016. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>. Access in: 01 oct. 2021.

BUBOLTZ, F. L. *et al.* Educação em saúde como competência gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde da criança: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE** (on line), Recife, v. 8, n. 4, p. 1038-47, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201432>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BUENO, M. B. T.; BUENO, M. M.; MOREIRA, M. I. G. O uso de tecnologias digitais e mídias sociais por profissionais da saúde no período da pandemia da COVID-19. **Revista Thema**, [S. l.], v. 20, ed. esp., p. 181-200, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V20.Especial.2021.181-200.1866>. Acesso em: 12 out. 2021.

BUGS, B. M. *et al.* Atividade educativa para mães de bebês prematuros como suporte para o cuidado. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, [S. l.], v. 8, e2725, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2725>. Acesso em 18 set. 2021.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, [S. l.], v. 17, n. 1, abr., 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141381232009000600039>. Acesso em: 19 abril. 2020.

CABRAL, P. M. F.; SEMINOTTI, N. Os Processos Grupais desde o Paradigma Sistêmico Complexo: uma experiência de intervenção recursiva em um grupo de gestores. **Psychologica**, v.55, 2011, p. 209-227. Disponível em: https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5603/7/11_Os%20Processos%20Grupais%20desde%20o....pdf?ln=pt-pt. Acesso em: 20 mar. 2021.

CAMILLO, B. S. *et al.* Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, supl. 6, p. 4894-901, dez., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201623>. Acesso em: 25 out. 2021.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213 abr. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CARDELLI, A. A. M. *et al.* Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 252-260, jun. 2016. Available in: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a04>. Access in: 01 oct. 2021.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986. **Anais** [...] Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 21 jun. 2011.

CARVALHO, C. F. S.; BRITO, R. S. Rede de apoio no ciclo gravídico-puerperal: concepções de mulheres com deficiência física. **Texto Contexto Enferm.**, [S. l.], v. 25, n. 2, p.e0600015, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000600015>. Acesso em 12 out. 2021.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.65, n.2, p. 227-244, abr./jun., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>. Acesso em: 19 abril. 2020.

CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identification of the doubts and difficulties of pregnant and postpartum women related to Breastfeeding. **Rev. CE AC** [Internet], v. 16, n. 4, p. 1178-86, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1178.pdf>. Access in 19 sep.2021.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CHAGAS, N. R. *et al.* Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Cienc. enferm.** (Online), v. 15, n.2, p. 35-40, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200005>. Acesso em 20 nov. 2020.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-41, 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 06 jan. 2021.

CLT. **Consolidação das leis do trabalho e normas correlatas**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 189 p.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0634/2020**. Estabelece em caráter emergencial a teleconsulta de Enfermagem. Brasília (DF), 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 30 out. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 516 DE 23/06/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Resolu%C3%A7%C3%A3o-516-16-parte-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução do COFEN nº 0477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em 20 nov. 2020.

CONDINI, M. **Fundamentos para uma educação libertadora**. 1 ed., São Paulo: Paulus; Coleção Educação superior, 2014.

COPELLI, F. H. S, et al. Gerência do cuidado e governança de enfermagem em uma maternidade: teoria fundamentada. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 70, n. 6, p. 1347-53, nov./dez., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0116>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M; BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 440-445, abr., 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000200440&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev 2021.

COSTA, C. C. *et al.* Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, n. eAPE20190028, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO00286>. Acesso em: 12 out. 2021.

CRUZ, E. D. *et al.* Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino.

Cogitare Enferm. [on-line], v. 23, n. 1, p. e50717, 2018. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação Popular em Saúde: concepção para o agir crítico ante os desafios da década de 2020. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 6-28, jul., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REP-2020-56014>. Acesso em: 20 mai. 2020.

CUNHA, A. L. S. F. *et al.* Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. **Glob. Acad. Nurs.**, v. 2, n. spec.1, p. e98, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200098>. Acesso em: 01 out. 2021.

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira da. **Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

DANTAS, V. L.; LINHARES, A. M. B. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. *In:* Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

DE FARIAS, M. C.; MERÇON DE VARGAS, C. R. Acolhimento: concepções e práticas dos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares do Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 163-178, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2472>. Acesso em 17 set. 2021.

DE LEEUW, R. A *et al.* Digital vs face-to-face information provision in patient counselling for prenatal screening: A noninferiority randomized controlled trial. **Prenat. Diagn.**, [S. l.], v. 39, n. 6, p. 456–463, may., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pd.5463>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DELFINO, J. A. *et al.* Ações educativas para a gestante no pré-natal acerca dos cuidados com recém-nascido. **Saúde coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 63, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5362-5375>. Acesso em: 5 out. 2021.

DEMARCHI, R. F. *et al.* Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre a maternidade.

Rev. Enferm. UFPE (Online), Recife, v. 11, n. 7, p. 2663-73, jul., 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201703>. Acesso em 18 set. 2021.

DEV, R. *et al.* Acceptability, feasibility and utility of a Mobile health family planning decision aid for postpartum women in Kenya. **Reprod. Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 97, jul., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0767-9>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DIAS, E. G. *et al.* Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovidas pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [on-line], v. 6, n. 3, p. 2695-10, out. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3151>. Acesso em: 07 jan. 2021.

DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. **Ciência. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2527-2536, ago., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000802527&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Boletim Emprego em pauta. **A inserção ocupacional na área da saúde**. São Paulo, n. 19, maio, 2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta19.html>. Acesso em 04 dez. 2021.

DODOU, H. D. *et al.* A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.70, n. 6. nov./dec. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0136>. Acesso em: 14 fev. 2021.

DORIGATTI, A. E. *et al.* Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39 n.1, p. 95-111; 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02072013>. Acesso em: 20 out. 2021.

ENEILE, M.; GENTILI, J. **Cartilha Gestação, Parto e Puerpério: conheça seus direitos**. Coordenação do Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf>. Acesso em 12 out. 2021.

ERRICO, L. S. P. *et al.* The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 7, suppl. 3, p. 1257-64, 2018. [Thematic Issue: Health of woman and child]. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>. Access in 19 sep.2021.

ESPÍNDOLA, P. S.; LOPES, C. S. L.; BRAGA, L. M. R. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, out./dez. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40820855012.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

EZE, I. I. *et al.* Unlocking community capabilities for addressing social norms/practices: behavioural change intervention study to improve birth preparedness and complication readiness among pregnant women in rural Nigeria. **BMC Pregnancy Childbirth**, [S. l.], v.

20, n. 369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03061-0>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FAGUNDES, Daniely Quintão. **Ações construtivas de educação em saúde para o pré-natal**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, [S. l.], v.19, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 20 maio 2020.

FARACO, C. E.; MOURA, F. M.; MARUXO JR., J. H. **Língua portuguesa: linguagem e interação**. 3. ed. São Paulo: Ática, 2016.

FARIA, Daniel de. **Manual prático de orientações nutricionais para gestantes: à equipe de profissionais de saúde da atenção básica**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Pará, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia, 2017.

FARIA, S. D. A.; RODRIGUES, M. S. Programa educando para o bem nascer: implicações na qualidade da assistência ao pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/236>. Acesso em: 11 out. 2021.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 650-667, jul., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524>. Acesso em: 22 fev. 2021.

FERREIRA, A. P. M. *et al.* Banco de leite humano: mulheres com dificuldades na lactação. **Cogitare enferm.** [Internet], v. 25, e65699, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65699>. Acesso em 02 nov. 2021.

FERREIRA, D. S.; RAMOS, F. R. S.; TEIXEIRA, E. Nurses' educational practices in Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 2, p. e20200045, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0045>. Access in: 25 oct. 2021.

FIGUEIREDO, J. V. *et al.* Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution. **Revista Brasileira Enferm** [Internet], v. 71, n. suppl 3, p. 1343-50, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>. Acesso em: 27 fev. 2021.

FIGUEIREDO, R. Retomando teorias e entendendo casos de comunicação em saúde. **Educação, Comunicação e Participação em Saúde. Boletim do Instituto de Saúde**, [online], v. 18, n. 2, p. 13, 2017. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_18_2_capa_miolo.pdf. Acesso em 12 out. 2021.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569>. Acesso em: 10 set. 2021.

FITZPATRICK, K. E.; TUFFNELL, D.; KURINCZUK, J. J.; KNIGHT, M. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. **BJOG** [Internet], 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14269/full>. Acesso em: 18 set. 2021.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan., 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 04 nov. 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421864025>. Acesso em: 20 mar. 2021.

FOSTER, L. B.; OLIVEIRA, M. A.; BRANDÃO, S. M. O. C. O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. **Rev. enferm. UFPE (Online)**, v. 11, supl. 11, p. 4617-4624, nov.2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201710>. Acesso em 17 set. 2021.

FREIRE, Ana Maria Araújo. **Pedagogia do compromisso: América Latina e educação popular**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FREIRE, P. **A educação e mudança**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

FREIRE, P. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, Paulo. **Carta de Paulo Freire aos professores**. São Paulo, v.15, n. 42, p. 259-268, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142001000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2021.

FREIRE, Paulo. **Conscientização teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Tradução de Kátia de Mello e Silva. Revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [on-line], v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47053>. Acesso em: 04 mar. 2021.

GADOTTI, Moacir. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. *In*: Gadotti, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4144514/mod_resource/content/1/FPF_PTPF_12_069.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

GERALDO, M. C. H. M. *et al.* Política de Educação Popular: práticas na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UFPE (Online)**, v. 13, n. e243335, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.24333>. Acesso em: 03 fev. 2021.

GERHARDT, M. C.; FRANTZ, W. Educação popular e movimentos sociais. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 1, p. 92-104, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REP-v18n12019-46367>. Acesso em 20 mai. 2020.

GIL, A. R. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, M. D. *et al.* Contribuições na realização da sala de espera para o acadêmico de Enfermagem. **Rev. Enferm. do Centr. -Oeste Min.**, Divinópolis, v. 8, n. e2103, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2103>. Acesso em: 20 out. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. Acesso em: 20 mai. 2020.

GOMES, J. O. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Rev. enferm. UFPE (Online)**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3165-71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3171-2018>. Acesso em 29 mar. 2021.

GOMES, M. N. A. *et al.* **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374>. Acesso em: 10 out. 2021.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, p. e2016-0063, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>. Acesso em: 01 out. 2021.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, p. 32-47, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>. Acesso em: 20 mai. 2020

GONÇAVES, Maria Célia da Silva; JESUS, Bruna Guzman de. **Educação contemporânea. Tecnologia**. Belo Horizonte (MG): Poisson, v. 9, 2021.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, [S. l.], v. 40, n. 131, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078013>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GOZZI, Marcelo Pupim. **Gestão da qualidade em bens e serviços**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2015.

GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13-21, jan./fev., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>. Acesso em: 20 mai. 2020.

GUERREIRO, E. M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23911>. Acesso em 21 fev. 2021.

GUIMARÃES, Carlos Antônio Fragoso. **Paulo Freire e Edgar Morin sobre saberes, paradigmas e educação: um diálogo epistemológico**. Curitiba: Appris, 2020.

HACKLEY, B. *et al.* A Qualitative Study of Women's Recall of Content and Skills Developed in Group Prenatal and Well-Baby Care 2 Years Later. **Midwifery Womens Health**, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 209-216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12899>. Acesso em: 29 mar. 2021.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr./jun., 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

HEIM, M. A. N. **Perspectiva das gestantes em relação à preparação para o parto**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas (SP), 2017. Disponível em: <https://1library.org/document/zgrw6n7q-perspectiva-gestantes-relacao-preparacao-perspective-regarding-antenatal-education.html>. Acesso em: 10 out. 2021.

HERVAL, A. M. *et al.* Health education strategies targeting maternal and child health. **Medicine**, [S. l.], v. 98, n. 26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.1289910.1097/MD.0000000000016174>. Acesso em 10 jan. 2021.

HOLANDA, C. S. M. *et al.* Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Panam. Salud Publica**, São

Paulo, v. 37, n. 6, p. 388–94, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n6/388-394>. Acesso em 19 nov. 2020.

HUNTER, L. J. et al. Better together: A qualitative exploration of women's perceptions and experiences of group antenatal care. **Women Birth**, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 336-345, aug. 2019. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.001>. Access in: 22 oct. 2021.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico (2010)**: Minas Gerais. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=21>. Acesso em: 19 nov. 2021.

IZUDI, J. *et al.* Effect of health education on birth preparedness and complication readiness on the use of maternal health services: A propensity score-matched analysis. **Midwifery**, [S. l.], v. 78, p. 78-84, nov., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.003>. Acesso em 10 nov. 2020.

JARDIM, M. J. A. *et al.* Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev. Fund. Care**, [S. l.], v. 11, n. esp., p. 432-440, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.432-440>. Acesso em: 10 jun. 2020.

KAMAU, M. *et al.* Effect of community-based health education on knowledge and attitude towards iron and folic acid supplementation among pregnant women in Kiambu County, Kenya: A quasi experimental study. **PLoS One**, [S. l.], v. 14, n. 11, p. e0224361, nov., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224361>. Acesso em: 20 jan. 2021.

KAYYALI, R. *et al.* Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England. **International Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 203-209, jun. 2017. Available in: <https://doi.org/10.1111/ijpp.12340>. Access in: 30 oct. 2021.

KOERICH, C. *et al.* Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. e20180031, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>. Acesso em 10 jan. 2021.

KORNIJEZUK, N. P. **Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNASM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa.** 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O.; COLUSSI, C. F. O que é processo de trabalho na concepção ampliada de saúde. Unidade I. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Processo de trabalho na atenção básica.** Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 01 out. 2021.
- LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- LEITE, M. G. *et al.* Feelings arising out of motherhood: revelations of a group of pregnant women. **Psicol. Estud.** [on-line], v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>. Access in 18 sep.2021
- LEMOS, A. P. S.; MADEIRA, L. M. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro obstetra: a percepção da puérpera. **Rev. enferm. Cent. -Oeste Min.**, Divininópolis, v. 9, n. e3281., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3281>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- LEVIS, D. M. *et al.* Using theory-based messages to motivate U.S. pregnant women to prevent cytomegalovirus infection: results from formative research. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 131, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0482-z>. Acesso em: 02 fev. 2021.
- LIMA, K. D; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, out. 2019b. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>. Acesso em: 17 set. 2021.
- LIMA, M. A. G. *et al.* Impact of social media on health education actions for the population. **Research Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, e10810212231, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12231>. Acesso em: 12 oct. 2021.
- LIMA, V. K. S. *et al.* Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (online), v. 11, n. 4, p. 968-975, jul.-set. 2019a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>. Acesso em 12 nov. 2020.
- LOPES, C. R. *et al.* Educação e cultura em saúde à luz de Paulo Freire. **Rev. enferm. UFPE**, Ceará, v. 11, n. 12, p. 5122-5128, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25338p5122-5128-2017>. Acesso em: 22 out. 2021.
- LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas Psicol.** [on-line], v. 22, n. 4, p. 917-28. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a18.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.
- LOWE, N. K. Reconsidering Postpartum Care. **Journal of the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses**, JGNN, [S. l.], v. 48, p. 1-2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.12.001>. Acesso em: 10 out. 2021.

- LUBINI, V. T. et al. Impactos da ação educativa nos indicadores de saúde: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1640-1647, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231092p1640-1647-2018>. Acesso em: 25 out. 2021.
- LUNARDI, V. L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 73-76, 2010. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/20>. Acesso em: 14 out. 2020.
- MACHADO, Antonio. **Proverbios y cantares: poesia latina**. Tradução: Maria T. Pina: [s. n.], 2009
- MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>. Acesso em: 14 out. 2020.
- MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp, p. 262-6, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56644>. Acesso em: 14 out. 2020.
- MARIOTTI, Humberto. **Pensando diferente: como lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão**. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna. Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>. Acesso em: 20 set. 2021.
- MASCARENHAS, N. B.; MELLO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-999, nov./dez., 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>. Acesso em: 14 out. 2020.
- MASOI, T. J., KIBUSI, S. M. Improving pregnant women's knowledge on danger signs and birth preparedness practices using an interactive mobile messaging alert system in Dodoma region, Tanzania: a controlled quasi experimental study. **Reprod. Health**, v.16, n. 177, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0838-y>. Acesso em: 05 out. 2020.
- MAURIELLO, L. M. et al. Using mHealth to Deliver Behavior Change Interventions Within Prenatal Care at Community Health Centers. **Am. J. Health Promot.**, v. 30, n. 7, p. 554-62, sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4278/ajhp.140530-QUAN-248>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- MAZZO, M. H. S. N. et al. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. **Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo**, [S. l.], v. 20, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681008>. Acesso em: 25 set. 2021.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. e20180233, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em 25 out. 2021.

MELO, M. A. S. *et al.* Educação pré-natal com utilização de recursos expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária. *In: Educação, Comunicação e Participação em Saúde*. Boletim do Instituto de Saúde – BIS, v. 18, n. 2, dez., 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016870/bis-v18n2-educacao-comunicacao-82-94.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

MELO, Priscila Malta Prado. **Práticas coletivas de educação popular em saúde na Estratégia Saúde da Família**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

METZGER, M. D. *et al.* Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes - The HAPO Study Cooperative Research Group. **N. Engl. J. Med.**, [S. l.], v. 358, n. 19, p. 1999-2002, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707943>. Acesso em 10 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0002-4644-5879>. Acesso em 10 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MONTEZELI, J. H. *et al.* Aprimoramento de habilidades sociais à gerência do cuidado praticada por enfermeiros: pesquisa-intervenção. **Rev. Bras. Enferm.**, [on-line], v. 72, n. suppl 1, p. 54-62, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0918>. Acesso em 10 jan. 2021.

MORAIS, A. C. B. *et al.* Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 3, p. 498-508, jul./set., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976929998>. Acesso em 12 out. 2021.

MORAN, José Manuel. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. Campinas: Papirus, 2000.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2003.

MORIN, Edgar. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005.

MORIN, Edgar. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Natal: Editora da UFRN, 1999.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. 5. ed., Porto Alegre: Sulina, 2015.

MORIN, Edgar. **O método: o conhecimento do conhecimento**. Tradução: Jurandor Machado da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MORORÓ, D. D. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-32, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MOURA, T. N. B. *et al.* Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [on-line], v. 5, n. 4, p. 2343-52, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2591>. Acesso em 25 out. 2021

MOUTINHO, C. B. *et al.* Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. educ. Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 2, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200003>. Acesso em 12 out. 2021.

MUELLER, S. *et al.* MANTRA: Improving Knowledge of Maternal Health, Neonatal Health, and Geohazards in Women in Rural Nepal Using a Mobile Serious Game. **Front. Public Health**, [S. l.], dec., 2020. Available in: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.584375>. Access in: 13 jul. 2020.

MUTANDA, J. N. *et al.* Community-made mobile videos as a mechanism for maternal, newborn and child health education in rural Uganda; a qualitative evaluation. **African health sciences**, v. 16, n. 4, p. 923-928, 2016. Available in: <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i4.6>. Access in: 13 jul. 2020.

NASCIMENTO, G. S. *et al.* da. Prevalence and characteristics associated with inadequate prenatal care. **Rev. Enferm. UFPI.**, Teresina, v. 7, n.3, p. 17-22, jul./sep, 2018. Available in: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7317-22>. Access in: 20 sep. 2021.

NISBETH JENSEN, M.; FAGE-BUTLER, A. M. Antenatal group consultations: Facilitating patient-patient education. **Patient Educ Couns**, [S. l.], v. 99, n. 12, p. 1999-2004, 2016 12. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.032>. Access in: 22 oct. 2021.

NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. **Rev. Enferm. Atenção Saúde (Online)**, v. 6, n. 1, p. 107-119, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1538>. Acesso em: 13 jul. 2020.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. *In*: Vasconcelos, E. M; Prado, E. V. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

NOGUEIRA, C. L. de S. *et al.* Utilização da bola suíça e banho de chuveiro para o alívio da dor no parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 4, p. e61, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/sirle.000/Downloads/61-332-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sirle.000/Downloads/61-332-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 01 out. 2021.

NUNES, G. de P. et al. Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado. **Cidadania em Ação – Revista de Extensão e Cultura**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-16, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/259464121177>. Acesso em: 25 out. 2021.

NUNES, R. D. *et al.* Evaluating the effectiveness of an educative workshop for pregnant women using pre and post intervention surveys. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00155018, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155018>. Acesso em: 13 fev. 2021.

OLIVEIRA, I. G. *et al.* Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v.19, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.40374>. Acesso em: 20 mai. 2020.

OLIVEIRA, P. C. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. **Paidéia**, v. 17, n. 37, p. 219-230, 2007. Disponível em: www.scielo.br/paideia. Acesso em: 25 out. 2021.

OLIVEIRA, S. C. et al. Telenfermagem na COVID-19 e saúde materna: WhatsApp® como ferramenta de apoio. **Acta Paul. Enferm.**, São paulo, v. 34, n. eAPE02893, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02893>. Acesso em: 30 out. 2021.

OLIVEIRA, S. C. et al. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 291-8, maio/jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>. Acesso em: 12 out. 2021.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100008>. Acesso em: 02 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados Primários: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, Cazaquistão**, p. 6-12, set. 1978. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=1330C836EC2CA7E12F6DF18416E1E283?sequence=5. Acesso em: 05 fev. 2020.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=091F7F8. Acesso em 18 set. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 23 jun. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília (DF): OPAS, 2016b. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34278/9788579671180-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 jan. 2021.

OPAS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**. [S. l.]: OPAS/OMS, nov. 2016a. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 mai. 2020.

PAIVA, C. C. N. *et al.* Educação em Saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 685-691, out./dez., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150092>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAIVA, M. V. S. *et al.* Educação em saúde com gestantes e puérperas: um relato de experiência. São Paulo: **Revista Recien.**, [S. l.], v. 10, n. 29, p. 112-119, 2020. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/338>. Acesso em 12 out. 2021.

PAIZ, J. C. *et al.* Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre (RS). **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 08, ago. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.15302020>. Acesso em: 20 set. 2021.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigil. sanit. Debate**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01530>. Acesso em: 07 set. 2020.

PARREIRA, C. M. F. S. Educação em saúde: caminhos e percursos para uma vida saudável. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Vigilância Sanitária: textos e contextos**: Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/educanvisa/arquivos/3092json-file-1>. Acesso em 20 mai. 2020.

PAZ-PASCUAL, C.; ARTIETA-PINEDO, I.; GRANDES, G. Consensus on priorities in maternal education: results of Delphi and nominal group technique approaches. **BMC Pregnancy Childbirth**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 264, jul., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2382-8>. Acesso em 14 nov. 2020.

PDE. **Plano Diretor Estratégico, 2019-2023**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, v. 2, dez., 2020.

PEDRAZA, D. F. *et al.* A caracterização de trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. **ABCS Health Sci.**, v. 43, n. 2, p. 77-83, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.993>. Acesso em 14 nov. 2020.

PIMENTEL, F. da M. **Lei nº 23175 de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento,

para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, dez. 2018.

PINHO, M. C. V. **Educação em saúde: práticas educacionais do enfermeiro**. 2018. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Educação, Arte e História da Cultura. Universidade Presbiteriana Mackenzi, São Paulo (SP), 2018.

PINTO, Álvaro Vieira. **Sete lições sobre educação de adultos**. 9. ed. São Paulo: Cortez 1994.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 313-324, jan./mar., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100025>. Acesso em 11 out. 2021.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, set./out., 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>. Acesso em: 20 jan. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em Revista**, v. 1, n. 1, març. 2005, p. 3 -15. Disponível em: <http://www.ibict.br/liinc3>. Acesso em: 22 out. 2021.

PONTES, Vívian Volkmer. **Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação**. Salvador: EDUFBA, 2016, p 254.

PORTUGAL. Assembleia da República. **Lei nº 142/99, de 30 de abril de 1999**. Quarta alteração à Lei 4/84, de 5 de abril, alteradas pelas Leis n. 17/95 de 9 de junho, 102/97, de 13 de setembro e 18/98 de 28 de abril. Diário da República, Lisboa, 31 de Agosto de 1999. I Série - A, no. 203, p. 5996-600. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1175&tabela=leis. Acesso em 25 out. 2021.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde na percepção da gestante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20180077, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>. Acesso em 12 out. 2021.

PULGA, V. L. A educação em saúde como referencial para as nossas práticas de saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 23-46, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

QUADROS, J. S.; REIS, L.R.; COLOMÉ, J. S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 4, jul./ago., 2016, p. 451-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400003>. Acesso em: 14 out. 2020.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>. Acesso em: 13 fev. 2021.

RAMBUR, B.; PALUMBO, M. V.; NURKANOVIC, M. Prevalence of Telehealth in Nursing: Implications for Regulation and Education in the Era of Value Based Care. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 64-73, 2019. Available in: <https://doi.org/10.1177/1527154419836752>. Access in: 30 oct. 2021.

RAMOS, C. F. V. *et al.* Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.** [on-line], v.71, n. 3, p.1144-51, 2018. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>. Access in: 25 oct. 2021.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i1.1460>. Acesso em 20 mai. 2020.

REBERTE, Luciana Magnoni. **Efeitos do uso de uma cartilha educativa durante o pré-natal**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

REINSMA, K. *et al.* Bobbi Be Best: the development and evaluation of an audio program and discussion guide to promote exclusive breastfeeding in Cameroon, Central Africa. **Glob. Health Promot.**, v. 23, n. 3, p. 14-26, sep., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975914556786>. Acesso em: 10 jan. 2021.

REIS, I. N. C.; SILVA, I. L. R.; WONG UN, J. A. Public space in Primary Health Care: Popular Education and health promotion at brasilian health-school centers. **Interface** (Botucatu), v. 18, supl 2, p. 1161-1174, 2014. Available in: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013>. Access in: 30 oct. 2021.

RIBEIRO, P. L. *et al.* Creation and validation of a visual educational technology content for lactation physiology learning. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, p. e20190564, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0564>. Acesso em: 22 out. 2021.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R. R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 219-25, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3616>. Acesso em: 01 out. 2021.

ROCHA, A. L. A. *et al.* O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizas sobre aleitamento materno. **Rev. Cuid.** (Online), v. 9, n. 2, p. 2165-2176, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.510>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ROMERO, A. N. L., MOLINA, L. M. H. Meaning of the first pregnancy in women over 35 years of age. **Avances en Enfermería** [on-line], v. 34, n. 1, p. 8-18, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37302>. Acesso em: 19 set..2021.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis; v. 22, n. 1, p. 224-30, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VsDJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SAMPAIO, D. M. N.; VILELA, A. B. A.; PIRES, V. M. M. M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Rev. Saúde Com.**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/222>. Acesso em 20 jan. 2021.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, mar./abr., v. 60, n.2, 2007, p. 221-224. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SANTANA, S. *et al.* Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. **J. Public Health Manag. Pract.**, [S. l.], nov./dec., v. 27, Suppl 6, p. S258-S264, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001324>. Acesso em: 19 set.2021.

SANTANA, T. D. B. *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, jul./set., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.10.13037/ras.vol17n61.6012>. Acesso em: 12 mai. 2020.

SANTIAGO, R. F. *et al.* Evaluation of a prenatal virtual learning object for pregnant adolescents in primary care. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 33, eAPE20190063, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0063>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SANTOS, F. S. R.; SOUZA, P. A.; LANSK, S. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019. Disponível em: 10.1590/0102-311X00143718. Acesso em 25 out. 2021.

SANTOS, J. L. G., et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, 2013, p. 257-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>. Acesso em 10 jan. 2021.

SCHOLTENS, D. M. *et al.* Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Follow-up Study (HAPO FUS): Maternal Glycemia and Childhood Glucose Metabolism. **Diabetes Care**, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc18-2021>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo pré-natal e puerpério**. 2. ed. 2019. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf. Acesso em 20 set. 2021.

SEMINOTTI, Nédio. **O pequeno grupo como um sistema complexo: uma estratégia inovadora para a produção de saúde na atenção básica.** 1 ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 217.

SENNA, M. H. *et al.* Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 196-205, mar./abr., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200003>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SHAFAEI, F. S.; MIRGHAFORVAND, M.; HAVIZARI, S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. **BMC Womens Health**, [S. l.], v. 20, n. 94, may., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. p.91-112, fev. 2003, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SIEWERT, J. S. *et al.* Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **REME – Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 21, n. e-1047, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170057>. Acesso em: 12 ago. 2020.

SILVA, A. A. *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFSM (REUFMS)**, Santa Maria, v. 9, e15, p. 1-20, 2019b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769232336>. Acesso em: 24 jul. 2020.

SILVA, B. L. *et al.* Métodos não farmacológicos durante trabalho de parto: percepção das mulheres. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 8, n. 24, p. 54-64, 2018d. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/270>. Acesso em: 25 set. 2021.

SILVA, C. S. *et al.* Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4087-4098. abr./jun., 2016b, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016b.v.8.i2.4087-4098>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, E. F. *et al.* Sala de espera: cenário e estratégia de educação em saúde. **J Manag. Prim. Health Care.** [on-line], v. 7, n. 1, p. 70, jan. 2017b. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/396>. Acesso em: 20 out. 2021.

SILVA, E. P. S.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SILVA, J. C. B. *et al.* Oficinas educativas com gestantes sobre as boas práticas obstétricas. **Rev. Enferm. On line**, v. 13, n. 1, p. 255-60, jan., 2019c. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237573p255-260-2019>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, J. M. A. *et al.* Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. **Enferm. Foco**, [on-line], v. 10, n. 3, p. 82-87, 2019d. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1818>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVA, J. R. *et al.* Indicadores de Qualidade da Assistência Pré-Natal Alto Risco em uma Maternidade Pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2018a, p. 109-116. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n2.31252>. Acesso em 20 mai. 2020.

SILVA, L. A. *et al.* A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. **R. pesq. cuid. fundam. online** [on-line], v. 10, n. 4, p. 1014-9, out. 2018e. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019>. Acesso em: 18 set. 2021.

SILVA, M. A. M. *et al.* Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. **Revista Brasileira Promoção à Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 1-11, jan./mar., 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6406>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, M. A. P. *et al.* Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [S. l.], n. 18, p. 8-13, dez., 2017c. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322290027_Tristeza_materna_em_puerperas_e_fatores_associados. Acesso em 12 out. 2021.

SILVA, M. E. P. *et al.* Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção da saúde. **Nursing**, São Paulo; v. 23, n. 262, p. 3760-3765, abr., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3760-3765>. Acesso em: 24. jul. 2020.

SILVA, Monique Félix Ribeiro da. **Informações sobre o parto e puerpério: estratégias e conteúdos da educação em saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, R. B. *et al.* Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Ciência & Saberes (Online)**, v. 4, n. 4, p. 1330-1338, out./dez., 2018c. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/310>. Acesso em 17 set. 2021.

SILVA, S. S.; Assis, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia de saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1090016, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, W. B. *et al.* Educação em saúde acerca da prevenção da violência obstétrica: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [on-line], v. 11, n. 14, p. e1163, 2019a. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1163>. Acesso em: 24 jul. 2020.

SILVA, I. O. *et al.* Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 334-41, 2018f. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800048>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da. **Cuidado clínico de enfermagem no pré-natal:** pesquisa convergente assistencial a partir dos saberes e práticas de gestantes. 2017. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2017.

SIMÃO, A. M. S. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem pré-natal num Centro de Saúde de Angola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, suppl. 1, p. 129-136, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0685>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SIMON, E. *et al.* Active teaching-learning methodologies and popular education: agréments and disagreements in the context of health professionals' education. **Interface** (Botucatu), v. 18, supl 2, p. 1355-1364, 2014. Available in: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0477>. Access in: 22 out. 2021.

SMS/RJ. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Atenção ao pré-natal: rotinas para gestantes de baixo risco.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

SOUSA, S. M. *et al.* Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Rev Bras Enferm** [on-line], v. 70, n. 3, p. 504-10, 2017a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SOUSA, V. **Nota Técnica Violência Obstétrica:** considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. Curitiba: Artemis, 2015.

SOUSA, V. P. S. *et al.* Percepção das participantes de um curso para gestantes sobre a abordagem multidisciplinar em saúde. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 79-86, fev. 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i1.1261>. Acesso em: 25 out. 2021.

SOUZA, Amanda Quadros de. **Construção de uma cartilha de orientações no pré-natal sobre o parto no contexto da estratégia de saúde da família.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Universidade Franciscana, Santa Maria (RS), 2019.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. **Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde.** 2013. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

SOUZA, R. K. T.; LOCH, M. R. Promoção da Saúde. *In:* ANDRADE, S. M. *et al.* (Org.) **Bases da saúde coletiva.** 2. ed. rev. e ampl. Londrina: Eduel, 2017.

SPEYER, R. *et al.* Effects of telehealth by allied health professionals and nurses in rural and remote areas: a systematic review and meta-analysis. **J Rehabil. Med.**, [S. l.], v. 50, p. 225–235, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/16501977-2297>. Acesso em: 30 out. 2021.

SUAREZ-COTELO, M. C. *et al.* Conhecimentos sobre aleitamento e a relação com a sua prevalência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03433, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018004503433>. Acesso em: 30 jan. 2021.

TAHERI, M. *et al.* Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. **Reprod Health.**, v. 15, n. 1, p. 73, may., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>. Acesso em: 30 jan. 2021.

TEIXEIRA, R. C. *et al.* Health needs of women in the postpartum. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 621-628, out./ dez, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150083>. Acesso em: 25 set. 2021.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Públ.**, Salvador, v. 26, n.1/2, p. 29-40, 2002. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/983/pdf_280). Acesso em: dez.2021

THAPA, P. *et al.* The power of peers: an effectiveness evaluation of a cluster-controlled trial of group antenatal care in rural Nepal. **Reprod. Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 150, oct., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0820-8>. Acesso em: 30 jan. 2021.

THOMSON, M.; SHARMA, V. Between a rock-a-bye and a hard place: mood disorders during the peripartum period. **CNS Spectrums**, [S. l.], v. 22, n. S1, p. 49-64, 2017. Available in: <https://dx.doi.org/10.1017/S1092852917000852>. Access in: 01 oct. 2021.

TINOCO, T. F. *et al.* Mortalidade materna e a prática educativa na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, Santana de Parnaíba, v. 21, n. 247, p. 2535- 2541, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg89.pdf>. Acesso em 20 mai. 2020.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.

TRENTINI, M. *et al.* Pesquisa convergente assistencial e sua qualificação como investigação científica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 1, e20190657, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>. Acesso em: 21 mar. 2021.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156-60, maio/ago., 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273026763>. Acesso em: 15 ago. 2020.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistência:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004, p.144.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e1450017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>. Acesso em: 13 fev. 2020.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente-assistencial:** delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moria. 2014, p. 176.

UCHOA, J. L. *et al.* Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico-puerperal e o tipo de aleitamento materno. **Aquichan.**, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 84-92, jan., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.8>. Acesso em: 13 fev. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA01. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques. São Luís, 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/redes-de-atencao-a-saude-a-rede-cegonha>. Acesso em 14 nov. 2020.

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, Londrina, v. 16, n. 1, jan./jun., 2016, p. 115-144. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>. Acesso em: 30 jan. 2021.

VASCONCELOS, W. R. M.; OLIVEIRA-COSTA, M. S. A comunicação como ferramenta para a saúde: processo, direito e desafio. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Vigilância Sanitária:** textos e contextos: caderno 1 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, p. 27-32, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/educanvisa/arquivos/3092json-file-1>. Acesso em: 25 out. 2021.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. Introdução. *In:* VASCONCELOS, E. M.; PRADO, organização Eymard Mourão, Ernandes Valentin do Prado **Saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde/. 2. ed.: São Paulo: Hucitec, p. 21, 2017. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/wp-content/uploads/2018/02/Livro-A-Sa%C3%BAde-nas-Palavras-e-nos-Gestos-2a-edi%C3%A7%C3%A3o-Hucitec-Editora.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.**, Brasília. v. 67, n. 2, p. 282-9, mar./abr., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>. Acesso em: 20 set. 2021.

VIEIRA, A. N. *et al.* Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: um processo de construção coletiva (1996-2016). **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0221>. Acesso em: 30 jan. 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 20 mai. 2020.

VILELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

WHO. World Health Organization. European Working Group on Health Promotion Evaluation & World Health Organization. Regional Office for Europe. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**. 1998. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available in: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108116>. Access in: 27 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals** [Internet]. Astana: World Health Organization. 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/primaryhealth/conferencephc/DRAFTDeclarationonPrimaryHealthCare28June2018.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

WHO. World Health Organization. **Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

WHO. World Health Organization. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience** [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 jun. 2020.

WHO. World Health Organization. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok, Thailand, aug. 2005. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1. Acesso em: 27 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **The Helsinki statement on health in all policies** [Internet]. In: 8ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 8., 2013, Helsinque. **Proceedings** [...]. Geneva: World Health Organization., 2013. Disponível em: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf. Acesso em: 13 mar. 2014.

WILLCOX, J. C. *et al.* A mobile health intervention promoting healthy gestational weight gain for women entering pregnancy at a high body mass index: the txt4two pilot randomised controlled trial. **BJOG**, [S. l.], v. 124, n. 11, p. 1718-1728, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14552>. Epub 2017 Feb 20. PMID: 28220604.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality**. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 21 mar. 2021.

XAVIER, Alexandra Bonifacio. As cartas das conferências internacionais sobre promoção da saúde: uma análise das tendências ídeo-políticas. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., 2017. **Anais** [...]. [S. l.: s. n.], 2017.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. Saúde Colet.**, [on-line], v. 8, n.4, p.1161-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/29.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

YOHAI, D. *et al.* The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. **J Perinat Med.**, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 47-52, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>. Acesso em: 22 out. 2021.

ZINSSER, L. A. *et al.* Changing behaviour in pregnant women: A scoping review. **Midwifery**. v. 85, jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102680>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

**APÊNDICE A - Quadro 3: Síntese dos estudos selecionados da revisão bibliográfica
sobre as estratégias educativas**

	Estratégias educativas	Temas abordados	Conclusões
E1	Grupos de gestantes ancorados na educação conscientizadora, problematizadora de Paulo Freire. Utilizaram-se dinâmicas, atividades lúdicas, demonstrações em bonecos, arcada dentária, mamas e sistema reprodutor feminino, cartazes e fotos.	Importância do pré-natal, higiene oral da mãe e recém-nascido, alimentação saudável, uso de medicamentos, álcool e tabaco, desenvolvimento da gestação, mudanças corporais e emocionais, medos e fantasias relacionadas à gestação e parto, sinais e queixas comuns durante a gestação, importância do pai, vínculo paterno, shantala e cuidados com o RN, cuidados pós-parto, consultas de retorno.	As atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar são primordiais e possibilitam o fortalecimento do vínculo entre a equipe, usuárias, estudantes e comunidade, compartilhamento experiências, acolhimento, segurança, autonomia da mulher.
E2	Grupos de gestantes. Exposição dos temas por meio de dinâmicas, confecção e exposição de cartazes pelas gestantes e exposição de imagens. As participantes foram incentivadas a falar sobre suas experiências, dúvidas e anseios.	Importância do pré-natal, mudanças gestacionais, alimentação e atividade física, saúde bucal da gestante e do recém-nascido, aleitamento materno, parto, puerpério e cuidado com o RN.	A educação em saúde em grupo de gestantes, reunindo primíparas e múltiparas, proporciona uma troca de vivências engrandecedora, complementa as consultas de pré-natal e favorece o conhecimento acerca das questões que envolvem a gestação. As dinâmicas contribuem para a abordagem dos temas de forma participativa. Diante dos benefícios das atividades em grupo, faz-se necessário que os enfermeiros e demais profissionais de saúde reflitam sobre suas práticas, incorporando tais atividades em seu processo de trabalho.
E3	Oficina educativa dividida em três encontros de uma hora. Exposição de material audiovisual pré-elaborado sobre a temática pelos condutores do grupo que atuaram como mediadores, estimulando a discussão.	Pré-natal (mudanças emocionais e físicas, relacionamentos, expectativas, aspectos alimentares, comportamentais e preparo das mamas), trabalho de parto (tipos de parto, indução do parto, sintomas e sentimentos durante essa fase), pós-natal e amamentação (puericultura, amamentação, uso de chupeta e mamadeira, direitos legais da gestante).	Os resultados deste estudo apontaram que as oficinas educativas favoreceram a ampliação do conhecimento das gestantes quanto às questões que envolvem a gestação, entretanto são necessários outros estudos que avaliem os efeitos em longo prazo.

E4	<p>Grupo de gestantes adolescentes. Utilizaram-se recursos audiovisuais, dramatização, incentivo a reflexões sobre as experiências vivenciadas e realidades a serem enfrentadas.</p>	<p>Cuidados com o recém-nascido (banho, troca de fraldas, limpeza do coto umbilical e amamentação), questões culturais relacionadas à gestação, autorresponsabilização no autocuidado e no cuidado com o RN, modificações corporais, estilo de vida saudável, sinais do trabalho de parto e riscos gestacionais.</p>	<p>Os grupos com gestantes adolescentes proporcionaram o fortalecimento do vínculo entre as mesmas e os profissionais, a participação na elaboração de seus cuidados, considerando suas necessidades e o suporte às mesmas no serviço de pré-natal. Os efeitos das atividades grupais nos desfechos obstétricos e neonatais precisam ser estudados.</p>
E5	<p>Objeto Virtual de Aprendizagem (Gestaq) sobre pré-natal para adolescentes grávidas. Foram produzidos textos pelo conteudista, imagens para representação visual da adolescente grávida, pela web <i>designer</i>), áudios, vídeos e fóruns de discussão assíncrona das unidades de ensino por meio de roteiro do tipo <i>storyboard</i>. Os tutores estimularam o acesso ao endereço eletrônico do OVA e ofereceram suporte técnico para os usuários. O <i>WhatsApp</i> também foi usado para facilitar e aumentar a interação entre a pesquisadora e as adolescentes grávidas.</p>	<p>Importância do pré-natal e desenvolvimento da gestação (modificações da gestação, alterações biopsicossociais da gravidez na adolescência); dúvidas, medos e fantasias referentes a gravidez e cuidados de higiene durante a gravidez; preparo para o parto, sinais de alerta para o parto e tipos de parto; cuidados com o recém-nascido.</p>	<p>O Objeto Virtual de Aprendizagem foi submetido à avaliação de juízes em Enfermagem em Saúde da Mulher e Informática, quanto a qualidade e ergonomia, sendo considerado satisfatório. O Gestaq foi considerado um recurso inovador, de fácil acesso, podendo contribuir com os enfermeiros e outros profissionais de saúde no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos materno e infantil em gestantes adolescentes, considerando que as mesmas buscam constantemente informações por meio de TICs.</p>
E6	<p>Aplicação da escala <i>Breastfeeding Self-Efficacy-scale- Short-form</i> (BSES-SF) em quatro momentos com a mesma mulher: no pré-natal; no puerpério entre o 1º e o 15º dia; no primeiro e no segundo mês de puerpério.</p>	<p>Aleitamento materno.</p>	<p>As mulheres que apresentaram altos escores de autoeficácia em amamentar, tanto no pré-natal como no puerpério, possuem maior probabilidade de manter o aleitamento materno por mais tempo. A escala autoeficácia em amamentação pode ser aplicada pelos profissionais de saúde, contribuindo para a implementação de estratégias educativas relacionadas ao aleitamento materno e para o aumento da média nacional de aleitamento materno exclusivo.</p>

E7	Educação em saúde baseada em voluntários de saúde comunitária capacitados.	Suplementação de ferro e ácido fólico em mulheres grávidas: importância de tomar os comprimidos; causas, sintomas e efeitos da anemia na gravidez; dose, frequência e duração da suplementação; efeitos colaterais comuns e sua gestão; como e quando é melhor tomar os comprimidos; fontes alimentares de ferro / folato; e intensificadores / inibidores da absorção de ferro / folato.	A educação para a saúde baseada na comunidade contribuiu para a melhoria do conhecimento materno e adesão das gestantes quanto à suplementação de ferro e ácido fólico.
E8	O programa de Iniciativas Comunitárias Smart de educação e aconselhamento para mulheres gestantes, mães e famílias por meio de visitas domiciliares e sessões de grupo.	Melhores práticas em cuidados de saúde, nutrição para novas mães e crianças pequenas, preparação para o parto, amamentação, monitoramento do crescimento infantil, planejamento familiar, questões de cultura e equidade que podem afetar a saúde e o bem-estar.	Os resultados apontaram uma relação dose-resposta significativa entre a exposição a atividades Smart e indicadores de conhecimento e comportamentais, especialmente no Alto Egito. Demonstraram a capacidade de pessoas da comunidade com pouca experiência em atividades de promoção da saúde colaborarem com o conhecimento de mulheres grávidas, primíparas e promoção hábitos de vida de saudáveis nesse grupo.
E9	Grupo de gestantes de alto risco com abordagem dialógica.	Sinais do trabalho de parto, boas práticas de assistência ao parto e nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde e Rede Cegonha.	Os resultados do estudo permitiram reconhecer o grupo de gestantes como uma estratégia de educação em saúde, subsidiando um espaço para ampliação do conhecimento, construção de uma relação de confiança entre a gestante e os profissionais de saúde, interação, apoio e compartilhamento de vivências e saberes científico e popular, além da identificação das necessidades de cuidado, colaborando para o planejamento da assistência.

E10	<p>Mensagens baseadas na teoria de apelos ao medo sobre CMV: CMV é grave, CMV é comum, CMV é evitável; e estratégias de prevenção com mulheres americanas. Os participantes revisaram e deram <i>feedback</i> sobre as mensagens.</p>	<p>Prevenção de infecção por citomegalovírus em mulheres grávidas.</p>	<p>O baixo conhecimento dos participantes sobre o CMV pode ter contribuído para a apatia, descrença e medo que sentiram quando foram orientadas sobre o CMV. Os resultados sugerem a necessidade de maior conscientização das mulheres sobre o CMV. As histórias, se empregadas sem exageros, podem ser uma forma eficaz de aprendizado sobre o CMV e as estratégias de prevenção. Mensagens motivadoras podem incentivar as mulheres a seguirem as estratégias de prevenção, considerando que as mudanças de comportamento aumentam as chances de ter um bebê saudável.</p>
E11	<p>Programa de áudio <i>Entertainment Education</i> e guia de discussão <i>Entertainment Education</i> (EE) é uma estratégia de comunicação que consiste em colocar informações educacionais em programas de televisão, filmes e rádio. Foram utilizados quatro episódios de 15 minutos e discussão pós-escuta conduzida por profissionais de saúde. Todos os participantes do grupo de controle e intervenção responderam a um questionário antes de ouvir o primeiro episódio e, em seguida, responderam ao mesmo questionário após ouvir o último episódio na quarta semana.</p>	<p>Aleitamento Materno Exclusivo (AME), equívocos, barreiras percebidas, autoeficácia e variáveis de intenção.</p>	<p>Os resultados de curto prazo indicam que o uso do programa de áudio de EE é eficaz para melhorar o conhecimento, os benefícios percebidos, a autoeficácia e a intenção de amamentar. Pode diminuir os equívocos em relação ao AME nessa área em Camarões. O uso de um programa de áudio e guia de discussão baseado no modelo EE é uma ferramenta eficaz para promover o AME nesse ambiente.</p>

E12	<p>Aulas educativas baseadas no modelo de crenças em saúde. Foram entregues, no final da sessão, folhetos educativos sobre nutrição durante a gravidez e uma mulher que havia tido o parto recentemente, sem anemia na gestação e cujo recém-nascido teve peso ao nascer adequado, foi convidada a falar sobre a prevenção da anemia durante a gravidez e explicar como ela poderia superar as barreiras para fazer modificações de comportamento;</p>	<p>Introdução da pirâmide alimentar, quantidades recomendadas durante a gravidez, modificação de hábitos e comportamentos da alimentação, o uso correto de suplementos, vitaminas e minerais na gestação.</p>	<p>Estratégias de intervenção educacional baseadas no modelo de crenças em saúde podem melhorar a ingestão de ferro e ácido fólico na dieta de mulheres grávidas em ambientes de atenção primária à saúde. A ingestão nutricional média de ácido fólico, após a intervenção no grupo experimental, foi significativamente maior do que no grupo controle. No entanto, os valores em ambos os grupos foram inferiores ao recomendado.</p>
E13	<p>Sessões de educação em saúde sobre preparação para o parto e prontidão para complicações promovidas por agentes comunitários de saúde de casa em casa. Materiais / folhetos e cartazes de educação e comunicação foram entregues para as famílias e líderes comunitários.</p>	<p>Sinais de perigo da gravidez, preparação para o parto e práticas de prontidão para complicações e resposta a emergências.</p>	<p>Este estudo identificou que a maioria das mulheres grávidas tinha bom conhecimento sobre os sinais de perigo da gravidez e preparação para o parto, entretanto não se atentavam para a importância de itens funcionais necessários para o parto, tais como providenciar transporte, identificar um profissional de saúde qualificado, providenciar um doador de sangue. Isso enfatiza a necessidade de preparação dessas mulheres para emergências relacionadas ao parto. A participação da comunidade pode ser uma alternativa eficaz em casos de escassez de mão de obra qualificada para uma maternidade segura, especialmente nas áreas rurais.</p>
E14	<p>Sessões de aconselhamento sobre amamentação em grupos de 5 a 7 participantes, com 60 a 90 minutos cada sessão. Um livreto instrutivo foi fornecido ao grupo de intervenção no final da sessão preliminar. Até o 15º dia e final do 4º mês pós-parto o consultor fazia um aconselhamento por telefone ou presencial em caso de algum problema.</p>	<p>Benefícios psicológicos da amamentação, estrutura e fisiologia da mama, hormônios da amamentação, razões comuns para interrupção e falha da amamentação, condições e distúrbios mamários comuns, nutrição materna durante a amamentação e ordenha.</p>	<p>O aconselhamento pré-natal em amamentação aumenta a autoeficácia das mães até 4 meses pós-parto e contribui para a resolução da maioria dos problemas de amamentação, especialmente para aquelas mães com amamentação anterior malsucedida.</p>

E15	<p>Vídeo instrutivo e vídeo interativo. As principais diferenças entre o vídeo interativo e passivo foram as perguntas obrigatórias que pausam o vídeo interativo.</p>	<p>Aconselhamento para triagem pré-natal: prevalência de trissomias na população holandesa, anomalias cromossômicas testadas no pré-natal, métodos de triagem oferecidos, a diferença entre triagem e diagnóstico, a diferença entre testes invasivos e não invasivos e limitações da triagem por ultrassom.</p>	<p>Informações repassadas por mídia digital antes do aconselhamento presencial diminuem o tempo gasto pelos conselheiros e podem melhorar o conhecimento sem impactar a satisfação do paciente. A presença de interatividade nos vídeos não mudou os resultados.</p>
E16	<p>Programa de educação pré-natal baseado na web utilizando os instrumentos: conhecimento e atitudes sobre alimentação infantil (Ifas) e escala de autoeficácia em amamentação (Bses). O <i>site</i> de ensino incluía textos, animações, imagens e vídeos.</p>	<p>Aleitamento materno: benefícios da amamentação, mecanismo de lactação, técnicas de amamentação, problemas e soluções de amamentação, contra-indicações à amamentação e armazenamento do leite humano.</p>	<p>Os resultados indicam que programas de educação em saúde baseados na web precisam ser bastante atraentes para motivar as gestantes a utilizá-los efetivamente. As mídias sociais podem ser uma outra alternativa mais eficaz visto que as mulheres acessam redes sociais mais frequentemente.</p>
E17	<p><i>e-learning</i> e livreto educacional. Uma sessão face a face sobre o manejo da dor do parto foi realizada nos grupos de intervenção entre 30-34 semanas de gravidez, o livreto e o <i>software</i> foram fornecidos. Um questionário sobre a autoeficácia no parto foi preenchido pelas participantes antes da intervenção e da fase ativa do trabalho de parto.</p>	<p>Autoeficácia no parto.</p>	<p>Após a intervenção, a pontuação média da autoeficácia no parto nos grupos do livreto educacional e do <i>e-learning</i> foi significativamente maior que no grupo controle e a pontuação no grupo <i>e-learning</i> foi maior que no grupo livreto educacional. Portanto os resultados indicam que o <i>e-learning</i> e o livreto educacional são eficazes para melhorar a autoeficácia no parto das mulheres, recomendando sua utilização.</p>
E18	<p>Jogos sérios Mantra (Tecnologias Maternas e Neonatais em Áreas Rurais) por meio de tecnologia móvel para conhecimento educacional. Os participantes interpretam uma determinada ação ou nível de risco e escolhem uma das imagens de situação do quadrado dos objetivos de aprendizagem.</p>	<p>Saúde materna (febre no período pós-parto, náuseas nos primeiros meses de gravidez, corrimento durante a gestação, cansaço e falta de ar na gestação, trabalho de parto prolongado, hemorragia pós-parto, sangramento durante a gestação, prolapso de cordão no parto, sintomas de pré-eclâmpsia, dor no pós-parto), saúde neonatal (infecção ocular no recém-nascido, infecção de pele, fezes aquosas com mau cheiro, febre no recém-nascido, criança não responsiva, infecção umbilical, baixo peso ao nascer) e riscos geográficos.</p>	<p>Os resultados indicam que os participantes adquiriram conhecimento jogando o jogo sério Mantra em <i>smartphones</i>. O jogo sério é uma alternativa útil para fornecer orientações a mulheres grávidas de uma zona rural do Nepal, sobre como agir diante de problemas relacionados à saúde materna, neonatal e riscos geográficos.</p>



E19	<p>Sistema de alerta de mensagem móvel interativo. Os grupos de intervenção foram inscritos em um sistema de mensagens móvel interativo e receberam mensagens de educação em saúde e também foram capazes de enviar e receber respostas individualizadas de acordo com a necessidade. Um <i>software</i> especialmente projetado gerou e enviou mensagens de texto automaticamente.</p>	<p>Sinais de perigo na gestação, no trabalho de parto/parto, no pós-parto, sinais de perigo no recém-nascido, preparação para o parto e prontidão para complicações.</p>	<p>O grau de conhecimento sobre os sinais de perigo obstétrico e neonatal no pós-teste foi maior no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle. Portanto o sistema de alerta de mensagens interativo melhora o nível de conhecimento sobre sinais de perigo obstétrico, neonatal e práticas de preparação para o parto. O uso da tecnologia SMS é uma alternativa promissora para fornecer informações de saúde baseadas em evidências científicas e melhorar o acompanhamento das gestantes.</p>
E20	<p>Festa em casa, uma abordagem de <i>workshop</i> baseada na comunidade. Os eventos foram realizados na casa do participante ou no local de reunião de uma organização comunitária para transmitir mensagens educacionais de saúde importantes. Estratégias utilizadas para envolver os participantes e tornar o ambiente acolhedor e descontraído: lanche saudável, atividades interativas como bingo da gravidez e Jeopardy de planejamento familiar, compartilhamento de histórias pessoais e distribuição de prêmios. Um folheto informativo sobre curiosidades relacionadas aos temas discutidos foi fornecido aos participantes no final do evento.</p>	<p>Gravidez saudável, importância do acesso precoce ao pré-natal, trabalho de parto prematuro, planejamento familiar e gerenciamento de estresse.</p>	<p>A oficina de festa em casa para educação em saúde baseada na comunidade é um modelo inovador e promissor que contribui para a melhoria do conhecimento sobre temas de Saúde materno-infantil e estabelece um elo entre os serviços de saúde, serviços sociais e populações de difícil acesso. Os participantes foram favoráveis à utilização do modelo festa em casa para abordagem educativa e relataram satisfação com a oficina.</p>
E21	<p>Utilização do Manual de Saúde Materna e Infantil (MCH) com orientação presencial para o seu uso durante a visita inicial de cuidado pré-natal. O MCH é um registro integrado domiciliar das condições de saúde e das utilizações de serviços de saúde pela mãe e seu filho, durante a gravidez, parto, pós-parto e estágios da infância.</p>	<p>Conhecimentos, atitudes e práticas de utilização de serviços de atenção pré-natal e práticas de aleitamento materno exclusivo.</p>	<p>Os resultados do estudo demonstraram que o MCH contribuiu para motivar as mães a continuarem realizando as consultas de pré-natal e para o aumento de conhecimento, atitudes e práticas de aleitamento materno exclusivo até 6 meses.</p>

E22	<p>Vídeos móveis feitos por grupos da comunidade local baseados em mensagens aprovadas pelo MS, utilizados pela equipe de saúde. Durante cada sessão de vídeo show, as mães tiveram a oportunidade de fazer perguntas relacionadas às mensagens ou qualquer coisa relacionada à saúde e estas foram respondidas.</p>	<p>Alimentação durante a gravidez, amamentação, cuidados com o recém-nascido, sinais de perigo como convulsão, dores anormais e sangramento, importância das consultas de pré-natal, preparação para o parto, participação do parceiro, atendimento pós-natal.</p>	<p>Os resultados do estudo sugerem que os vídeos comunitários móveis foram capazes de aumentar o conhecimento e a compreensão das mensagens sobre saúde materna, infantil e neonatal entre mulheres que vivem em comunidades rurais do leste de Uganda.</p>
E23	<p>Intervenções comportamentais múltiplas baseadas no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para mulheres grávidas, aplicadas por iPad (Programa Gravidez saudável: passo a passo). As mulheres grávidas interagiram com o programa em centros de saúde financiados pelo governo federal. As usuárias realizam avaliações na tela das estratégias de mudança do Modelo Transteórico e, em seguida, o programa fornecia mensagens de <i>feedback</i> individualizadas de acordo com sua prontidão para mudança de comportamentos relevantes. Os participantes do grupo de intervenção interagiram com o programa até três vezes durante a gravidez. Um guia impresso de mudança de comportamento múltiplo também foi distribuído.</p>	<p>Cessação do tabagismo e prevenção de recaídas, controle do estresse e consumo de frutas e vegetais.</p>	<p>As mulheres no grupo de intervenção relataram riscos significativamente menores quando comparadas com as que receberam cuidados habituais. O programa gravidez saudável: passo a passo, baseado em evidências científicas, contribuiu para a redução de comportamentos de risco e para a manutenção de hábitos de vida saudáveis em mulheres grávidas.</p>

E24	<p>Intervenção mHealth multimodalidade que incluiu mensagens de texto personalizadas, acesso a um <i>site</i> de informações responsivo visualizável em dispositivos móveis, mensagens de vídeo e interação em sala de bate-papo via Facebook®. No início do estudo, o pesquisador treinado conduziu a entrevista inicial, onde descreveu a intervenção, forneceu um livreto com informações contendo conselhos sobre dieta e atividade física e discutiu as metas apropriadas do ganho de peso gestacional, o monitoramento e registro individual do ganho de peso e pediu à mulher que definisse uma meta de nutrição ou atividade física de acordo com as recomendações.</p>	<p>Dieta saudável, atividade física e ganho de peso gestacional.</p>	<p>Os resultados deste estudo revelaram reduções significativas no ganho de peso gestacional das mulheres do grupo intervenção e manutenção da atividade física durante a gestação quando comparado com as participantes do grupo controle. Não houve diferenças significativas em relação a dieta e cumprimento das diretrizes do Instituto de medicina para ganho de peso gestacional. A intervenção de saúde móvel para promoção de alimentação saudável, atividade física e ganho de peso gestacional adequado demonstrou ser viável e aceitável.</p>
E25	<p>Atendimento pré-natal em grupo, quatro sessões pré-natais de duas horas facilitadas por uma enfermeira-parteira do governo.</p>	<p>Sinais de perigo durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e com relação ao recém-nascido.</p>	<p>Os resultados do estudo não mostraram uma diferença significativa nas taxas de natalidade institucionais e nas taxas de conclusão da consulta de cuidados pré-natais entre os grupos. O conhecimento dos principais sinais de perigo durante a gravidez apresentou melhora significativa nos grupos de intervenção, o que não ocorreu em relação ao conhecimento dos principais sinais de perigo relacionados ao trabalho de parto e parto, o período pós-parto e o recém-nascido. As mulheres reconheceram o grupo como uma oportunidade de aprendizado, discussão, apoio social e empoderamento. Portanto, o modelo de atendimento em grupo pode contribuir para uma melhor experiência de atendimento pré-natal das mulheres.</p>
E26	<p>Grupo operativo com primigestas tendo referencial teórico-metodológico o grupo operativo de Pichon-Rivière que definiu o grupo como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, determinadas a</p>	<p>Desenvolvimento fetal, mitos e verdades sobre a gestação, trabalho de parto e parto; amamentação e cuidados com o recém-nascido. Temáticas definidas pelo grupo.</p>	<p>O grupo operativo se configurou como uma estratégia pedagógica e educativa para promoção da saúde em gestantes primigestas. O ambiente do grupo possibilitou a revelação de</p>

<p>realizar uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis e estabelecendo vínculos entre si. Momentos com técnicas de relaxamento, com exercícios de respiração e automassagem foram promovidos.</p>		<p>receios e ansiedade relacionados à primeira gestação, compartilhamento de vivências e construção coletiva do conhecimento. O ambiente acolhedor, de cumplicidade e companheirismo proporcionado pelo grupo foi fator motivador para a continuidade do mesmo,</p>
--	--	---

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	<p align="center">HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</p> <p align="center">Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU- UFJF</p>	
---	--	---

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Departamento de Enfermagem Básica.

Pesquisador Responsável: Nádia Fontoura Sanhudo

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário da UFJF, Bairro: São Pedro. CEP: 36036-330 Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 99108-0648 E-mail: nadiasanhudo@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: reestruturação das ações educativas”. Neste estudo, pretendemos reestruturar as estratégias de ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no ambulatório de pré-natal de uma atenção secundária da Zona da Mata Mineira; conhecer as percepções das mulheres e profissionais de saúde sobre as ações educativas desenvolvidas no referido serviço e elaborar coletivamente uma proposta de intervenção de ações educativas do pré-natal ao puerpério, considerando a percepção das mulheres e dos profissionais. O motivo que nos leva a estudar este tema é a necessidade de rever as estratégias educativas utilizadas durante a assistência pré-natal, visando ao aprimoramento das mesmas para uma melhor preparação e empoderamento da mulher no momento do parto e pós-parto. Os estudos verificados evidenciaram que as orientações às gestantes e puérperas durante a assistência pré-natal são escassas e algumas ineficientes, apesar da existência de políticas e iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde que orientam e valorizam a realização de ações educativas à mulher e sua família durante o ciclo gravídico-puerperal.

Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos com você: entrevista individual semiestruturada, gravada, aplicada pelo responsável da pesquisa, norteada pelo roteiro de entrevista (Apêndice B ou C), a ser realizada no dia da consulta pós-parto (no caso das usuárias). Será solicitada sua participação em encontro denominado grupo focal, no qual iremos discutir sobre as oportunidades de melhorias do processo educativo no pré-natal, a partir das necessidades apontadas pelas participantes. O encontro será agendado conforme a disponibilidade da maioria dos (as) convidados (as) para a pesquisa. No dia do grupo focal, será oferecido um lanche pela pesquisadora. As falas dos (as) participantes do grupo serão gravadas e a pesquisadora utilizará um diário de campo para registrar as observações do encontro. A

realização da entrevista e grupo ocorrerá em local apropriado nas dependências do HU-UFJF, resguardando o sigilo e a privacidade. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos aos sujeitos, uma vez que envolverá apenas entrevistas e grupo focal, não havendo realização de procedimentos invasivos. Poderá haver algum desconforto ou constrangimento durante as conversas na entrevista e encontro do grupo focal. Para minimizar esses riscos, será assegurado um ambiente acolhedor, escuta atenta, desprovida de julgamentos e liberdade para suspender a participação em qualquer momento. Se tais medidas não forem suficientes, a pesquisadora cancelará a entrevista ou grupo, retomando-os em outro momento mais oportuno. A pesquisa contribuirá para a construção coletiva de uma proposta de reestruturação das ações educativas a serem desenvolvidas na assistência pré-natal do HU-UFJF e reflexão sobre a importância da autonomia e do empoderamento feminino, a fim de possibilitar uma vivência positiva da gestação, parto e pós-parto. Poderá ainda contribuir para a reestruturação das práticas de educação em saúde em outros serviços de atenção pré-natal.

Para participar deste estudo, você não receberá qualquer vantagem financeira. O custo com o transporte público no dia do grupo focal poderá ser ressarcido pela pesquisadora se necessário. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O(A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “A educação

em saúde no ciclo gravídico-puerperal: reestruturação das ações educativas” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2021.

_____ Nome e assinatura do(a) participante	_____ Data
_____ Nome e assinatura da pesquisadora	_____ Data
_____ Nome e assinatura da testemunha	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o: CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF. Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG. Telefone: 4009-5217. E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com as puérperas

Nº da entrevista:

Data:

Nº do Prontuário:

I) PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Idade:

Escolaridade:

Raça:

Estado civil:

Trabalha? () sim () não

Renda familiar estimada (mensal):

Quantas pessoas moram com você?

Quantas gestações?

Tipos de parto (último):

Perdas gestacionais? () sim () não

Total de consultas de pré-natal e puerperais:

Número de participações nos encontros do grupo de gestante:

II) EXPLORAÇÃO DA TEMÁTICA

- 1) Como foi para você participar das consultas de pré-natal do nosso serviço? (Com relação a acolhimento, contribuições para sua gestação, parto e pós-parto, esclarecimento de dúvidas, quais foram as contribuições?)
- 2) Conte-me um pouco sobre os encontros do grupo de gestantes de que você participou. (Quais os temas mais o(a) marcaram, como você se sentiu no grupo, qual sua percepção quanto a horário, frequência do grupo, condução pela equipe?)
- 3) Fale-me um pouco sobre as orientações que você recebeu da equipe do pré-natal durante a sua gravidez e no pós-parto.
- 4) Você sentiu falta de alguma informação durante a gestação, no momento do parto e no período pós-parto? (Ficou alguma dúvida, alguma orientação que você não teve aqui?)
- 5) Como está sendo para você vivenciar esse período pós-parto? Que orientações você teve sobre esse período?
- 6) Você achou que alguma coisa poderia ter sido diferente nas consultas e no grupo? Tem alguma sugestão?
- 7) Alguma outra coisa que eu não lhe perguntei relacionada ao seu atendimento no pré-natal que você gostaria de falar?

APÊNDICE D - Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde

Nº da entrevista:

Data:

I) PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Graduação:

Pós-graduação:

Setor de trabalho:

Tempo de atuação no serviço:

Outros empregos? () sim () não Qual?

II) EXPLORAÇÃO DA TEMÁTICA

- 1) Qual a sua opinião sobre a realização de atividades educativas envolvendo gestantes e seus acompanhantes? Quais são as contribuições das práticas educativas para a gestante e sua família?
- 2) Conte-me um pouco sobre sua vivência nos grupos de gestantes. Como foi para você participar dos encontros? Você realiza atividades educativas com gestantes em outro momento, fora do grupo de gestantes?
- 3) Na sua opinião, como é a adesão das mulheres às práticas educativas? (Média de dez gestantes por grupo). Por qual motivo você acha que algumas gestantes não participam do grupo?
- 4) Quais são os fatores facilitadores e dificultadores das atividades educativas com as gestantes? Quais estratégias poderiam ser realizadas para atrair/ favorecer a participação das gestantes nos grupos?
- 5) Qual a sua visão sobre os conteúdos que são abordados nos grupos? Acha necessário incluir outras temáticas? Quais?
- 6) Qual a sua percepção sobre os grupos de gestantes quanto à organização: local, horário periodicidade, recursos humanos, materiais e audiovisuais?
- 7) Qual a sua opinião quanto à forma de abordagem dos temas? Mudaria alguma coisa?
- 8) O que você acha que poderia ser diferente em relação às estratégias de educação em saúde para gestantes e puérperas no serviço?
- 9) Gostaria de comentar algo mais sobre a realização de atividades educativas no ciclo gravídico-puerperal?



APÊNDICE E – Declaração de Infraestrutura e concordância

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	
---	---	---

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

Referente ao projeto de pesquisa de título “A educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: reestruturação das ações educativas”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Dr^a Nádia Fontoura Sanhudo e Mestranda Sirleide Corrêa Rangel, que tem por objetivos: reestruturar as estratégias de ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no ambulatório de pré-natal de uma atenção secundária da Zona da Mata Mineira; conhecer as percepções das mulheres e dos profissionais de saúde sobre as ações educativas desenvolvidas no referido serviço e elaborar uma proposta de intervenção de ações educativas do pré-natal ao puerpério, considerando a percepção das mulheres e dos profissionais; eu, Luciano Fernandes Loures chefe do serviço/setor Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM) do Hospital Universitário da UFJF, declaro:


Ter anuência para realização dos procedimentos da pesquisa, e
Existência da infraestrutura necessária a realização da mesma.

Juiz de Fora, 14 de novembro de 2019

(FAVOR ASSINAR E CARIMBAR)

APÊNDICE F – Ata da primeira reunião do grupo de discussão

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	
Reunião do grupo de discussão I	
Local: sala de reuniões	Data: 06/07/2021
Hora de início: 15h10	Hora do término: 17h
<p>Relato da Reunião</p> <p>Às quinze horas e dez minutos do sexto dia do mês de julho de dois mil e vinte e um, ocorreu a primeira reunião do grupo de discussão. Estavam presentes oito profissionais de saúde, que foram identificados com o código PS, seguido por numeração (1 a 8), conforme a ordem de manifestação no grupo, para preservar o anonimato.</p> <p>A pesquisadora iniciou a reunião esclarecendo que o encontro ocorreu com a finalidade de cumprir uma etapa de coleta de dados de sua pesquisa de mestrado intitulada: (Re)construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa convergente assistencial. Foram estabelecidos acordos antes do início da reunião relacionados a: duração da reunião, assuntos a serem abordados, forma de participação e interação, autorização para gravação da reunião, concordância e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os presentes concordaram com a gravação e aceitaram assinar o TCLE.</p> <p>Em seguida, foram apresentados os resultados parciais da pesquisa, provenientes das entrevistas com 16 usuárias do serviço de pré-natal que participaram de algum encontro do grupo de gestantes e das entrevistas realizadas com oito profissionais de saúde do grupo que estavam em trabalho presencial durante a primeira etapa de coleta de dados (maio de 2020 a janeiro de 2021).</p> <p>O período puerperal foi muito relatado pelas usuárias como um tema que merece ser mais discutido durante o pré-natal e no grupo de gestantes. Elas expressaram dúvidas relacionadas aos cuidados com o recém-nascido (RN), principalmente banho do bebê, condutas em caso de cólicas, icterícia neonatal, aleitamento materno e dificuldades relacionadas à função da maternidade. Elas enfatizaram a importância de ser discutido sobre a rede de apoio e sobre a vulnerabilidade emocional nesse período. PS1 comentou que o fato de as entrevistas terem sido realizadas no momento do período puerperal pode ter influenciado as respostas das participantes. Ressaltou que a sugestão de algumas entrevistadas para incorporação de práticas durante as abordagens educativas, principalmente o banho do RN, nos leva a repensar sobre a abordagem em todas as outras temáticas do grupo de gestantes. Exemplificou que, na abordagem sobre parto, talvez pudéssemos levar alguma coisa mais prática, dinâmica, que facilite a compreensão desse tema.</p> <p>Um compilado das entrevistas das usuárias e dos profissionais de saúde foi apresentado (Figura 6), apontando os pontos fortes, os pontos fracos e as oportunidades de melhorias, incluindo as novas temáticas e estratégias educativas sugeridas.</p> <p>Um dos pontos fracos foi a baixa adesão das usuárias nos encontros do grupo. Nas falas das mulheres, a justificativa para o não comparecimento esteve relacionada à localização do hospital não centralizada na cidade, demandando o gasto com quatro passagens de transporte público. Como sugestão, elas colocaram a possibilidade de os encontros ocorrerem no mesmo dia das consultas, bem como a realização dos encontros na sala de espera das consultas pré-natais. Foi explicitado que os encontros já ocorrem em um dia da semana de maior número de consultas de pré-natal e que também é um dia de realização de exames de ultrassom em gestantes. Dessa forma, a participação de maior número de mulheres já é otimizada. Quanto à proposta de realização de encontros na sala de recepção, PS1 relatou que já foram realizados em 2018 e a experiência não foi positiva, devido ao fato de a sala de recepção ser local de passagem de carrinhos da lavanderia, copa, instrumentais e também por funcionar como recepção do centro cirúrgico. Além disso, quando as gestantes são chamadas para consultas, têm a informação interrompida e geralmente não retornam para o grupo após a consulta.</p> <p>Um outro ponto fraco, expresso pelos profissionais, que pode ter relação com a baixa adesão das usuárias foi o fato de os residentes e acadêmicos que realizam as consultas de pré-natal não participarem dos encontros do grupo de gestantes. A participação dos mesmos no grupo poderia auxiliar a percepção das mulheres quanto à</p>	

importância das atividades educativas. Além disso, falar sobre os grupos e convidar as mulheres durante as consultas de pré-natal poderia contribuir para uma maior adesão.

Foram discutidas as novas temáticas educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal sugeridas pelas usuárias e pelos profissionais: plano de parto, planejamento familiar, icterícia neonatal, puerpério, dificuldades do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, introdução alimentar ao RN, parto humanizado e cesariana, violência obstétrica e causas de perdas gestacionais. O grupo discutiu sobre a viabilidade de inserção de cada temática sugerida.

Com relação à temática plano de parto, uma enfermeira da equipe (PS2) sugeriu e elaborou um projeto em conjunto com acadêmicos, residentes e professores da Faculdade de Medicina da UFJF para a abordagem do tema em oficinas, sendo que a primeira oficina ocorreu em agosto de 2021 de forma *on-line*. Quanto ao planejamento familiar, as mulheres sugeriram que fosse abordado também durante a gestação. Essa temática já é abordada em um outro grupo de planejamento familiar e, devido à pandemia do coronavírus, PS3 está realizando consultas de aconselhamento individual sobre os direitos reprodutivos, métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis. Os integrantes do grupo reforçaram a necessidade de realizar o encaminhamento das gestantes para o ambulatório de planejamento familiar.

PS4 comentou que as questões trazidas pelas mulheres quanto aos cuidados com o RN, icterícia neonatal e aleitamento materno, não devem ser apenas uma responsabilidade do grupo de gestantes. Em 2021, foi implantado um ambulatório de consultas pediátricas de pré-natal, momento em que todas essas orientações são repassadas. Esse ambulatório é direcionado para todas as gestantes no terceiro trimestre de gestação, entretanto PS4 destacou a necessidade de reforçar durante as consultas de pré-natal sobre a existência desse ambulatório e realizar os encaminhamentos de acordo com a idade gestacional, pois o quantitativo de gestantes encaminhadas estava muito baixo. PS2 relatou sua experiência com outros serviços em que o agendamento da consulta puerperal e consulta para o recém-nascido ocorre no momento da alta nas maternidades e que talvez pudéssemos avaliar a possibilidade desse agendamento com a chefia da unidade ambulatorial.

Conforme relatado por PS1, muitas necessidades apontadas pelas entrevistadas já haviam sido ou estavam em processo de implementação no serviço, como a questão do plano de parto e cuidados com o RN. Ela relatou que as enfermeiras poderão reforçar a necessidade de realização dos encaminhamentos das gestantes para o ambulatório de pediatria pré-natal.

PS3 comentou que percebe que às vezes as pessoas querem todas as informações em um único momento, contudo isso não é produtivo, pois não se consegue assimilar muitas informações em um único momento. Além disso, destacou a necessidade de corresponsabilização das usuárias em sua assistência.

PS4 destacou ainda que, nas consultas pediátricas de pré-natal, as mulheres são orientadas a procurar o ambulatório de pediatria com o RN na primeira semana pós-parto, que é o momento ideal para avaliação da icterícia neonatal e das dificuldades com a amamentação. PS1 comentou que nos cinco encontros do grupo de gestantes, já são abordadas dez temáticas e que poderíamos acrescentar alguns temas, entretanto outros precisariam ser discutidos durante as consultas individuais. As consultas individuais ofertadas pelo serviço de forma rotineira compreendem consultas com médico obstetra, enfermeiras obstetras, médico pediatra e dentistas. Com as outras especialidades: psicologia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social, essas consultas individuais não ocorrem de forma rotineira. Diante disso, ficou decidido que os profissionais das outras especialidades seriam contactados para verificarmos a possibilidade de realização de pelo menos uma consulta com os mesmos, durante a gestação, como uma forma de manter as orientações repassadas no grupo, atingindo um maior número de usuárias.

A pesquisadora lembrou que uma das propostas sugeridas foi a realização dos grupos de gestantes de forma *on-line*, entretanto, sabemos que nem todas terão condições de participar. Dessa forma, as abordagens individuais com todas as especialidades são primordiais.

Outra proposta sugerida pelas usuárias foi a criação de vídeos, por exemplo, para demonstração do banho do RN. PS5 comentou que vídeos curtos sobre essas questões pontuais talvez dessem certo. Esses vídeos poderiam ser gravados pelos profissionais ou selecionados vídeos já existentes como os do Ministério da Saúde. PS1 sugeriu que fosse realizado um cronograma, de forma que, a cada mês, um ou dois profissionais ficariam responsáveis por elaborar ou selecionar vídeos para serem transmitidos nas televisões das salas de espera dos ambulatórios ou postados no *site* da empresa, enviados para as gestantes por *Whatsapp*.

PS6 comentou que, considerando a situação de impossibilidade de realização dos grupos de gestantes presenciais, talvez o serviço pudesse criar uma página no *facebook* ou *instagram* para postagens de informações e vídeos, a que as usuárias poderiam ter acesso, com alternativa também para perguntas e respostas.

PS2 esclareceu que, durante o período em que estava em trabalho remoto, verificou com o pessoal da comunicação sobre essa possibilidade, mas que foi informada que a empresa não autoriza a criação de páginas em redes sociais. Uma alternativa talvez seria a solicitação de um espaço no próprio *site* da empresa para essas postagens.

Outra temática sugerida pelas usuárias foi o parto humanizado, para discutir que a humanização do parto não está apenas relacionada ao parto vaginal, pois, às vezes, a mulher que passa por uma cesariana se sente frustrada. Elas falaram sobre a necessidade de orientação sobre a cesariana, como é o procedimento, a anestesia, a recuperação, os cuidados com a incisão cirúrgica. PS5 relatou um caso de uma paciente que passou por uma cesariana e informou não ter recebido nenhuma orientação sobre a possibilidade da cirurgia ou a possibilidade de o RN precisar de assistência pediátrica imediata e não poder ser colocado no colo da mãe logo após o nascimento. Dessa forma, compreendemos que a abordagem dessa temática durante o pré-natal é necessária.

Outro tema apontado pelas usuárias foi com relação à violência obstétrica e aos direitos da gestante, foi sugerido que o tema seja abordado no mesmo dia da temática de direitos do casal grávido, talvez um médico ou enfermeiro em conjunto com a assistente social pudessem falar sobre as situações de violência obstétrica.

A viabilidade da abordagem sobre perdas gestacionais apontada por uma das entrevistadas foi bastante discutida no grupo e considerado um pouco complicado conversar sobre o tema em um grupo de gestantes, pois poderia provocar uma inquietação e preocupação desnecessária em outras gestantes. PS7 sugeriu que poderíamos abordar, dentro do tema de alterações fisiológicas da gestação, a importância do pré-natal, da realização dos exames solicitados, da mudança de hábitos prejudiciais à gestação, como fumo, uso de álcool e drogas, ganho excessivo de peso, como forma de prevenir complicações, tais como óbito fetal intraútero e abortamentos. PS1 falou sobre a existência de um grupo no município de mulheres que vivenciaram perdas gestacionais, denominado “Grupo Luz”, conduzido por uma psicóloga, e que poderíamos divulgar sobre esse grupo para as usuárias que vivenciaram situações de perdas. O grupo discutiu sobre a importância das consultas psicológicas para gestantes e puérperas e decidiu verificar a possibilidade desse acompanhamento com o serviço de psicologia da instituição.

O puerpério foi considerado como temática a ser acrescentada no grupo de gestantes, mas também de forma individual, por cada profissional, durante as consultas. PS5 falou que a abordagem em grupo seria importante por proporcionar a troca de experiências entre as mulheres. A pesquisadora comentou que, em conversas informais com as colegas enfermeiras, ao considerar que o puerpério é uma temática transversal a todas as especialidades, foi pensado sobre a possibilidade de abordá-la no grupo sob a forma de mesa-redonda, com a presença de todos os profissionais: médico obstetra, pediatra, enfermeiro obstetra, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, fisioterapeuta. O grupo considerou uma ótima opção para a abordagem do tema, momento em que poderíamos encerrar cada ciclo de encontros do grupo de gestantes com essa mesa-redonda sobre puerpério. Seria também uma forma de integrarmos mais os diversos profissionais. PS2 sugeriu a gravação da mesa-redonda para compartilhamento desse vídeo com as usuárias. PS6 ressaltou que, nesse momento, seria propício também para falar sobre a sexualidade.

Às 17 h, a reunião foi encerrada e ficou acordada a continuidade da discussão sobre as estratégias educativas a serem incorporadas no serviço em uma outra reunião na primeira semana de agosto.


Pendências:

O Que	Quem	Quando	OBS
Criação de um <i>Whatsapp Business Web</i>	Enfermeiras obstetras	Curto prazo (20 dias)	Verificar com a GEP e com a TI
Solicitação ao Colegiado executivo e à Gerência de ensino e pesquisa de realização dos encontros do grupo de gestantes de forma <i>on-line</i>	Pesquisadora e PS2	Curto prazo (20 dias)	Tramitar processo via Sistema Eletrônico Informatizado
Verificar a plataforma indicada pela instituição para realização do grupo de gestantes <i>on-line</i> e solicitar uma capacitação da equipe para a utilização da plataforma	Pesquisadora e PS2	Curto prazo (20 dias)	Reunir a GEP

Possibilidade de divulgação de informações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal no <i>site</i> da instituição	Pesquisadora e PS2	Curto prazo (20 dias)	Reunir com o setor de comunicação
Possibilidade de agendamento pelas maternidades de consulta puerperal e consulta para o RN no momento da alta hospitalar	Pesquisadora e PS2		Reunir com a chefe do serviço ambulatorial
Disponibilização do vídeo da reunião para os integrantes do grupo	PS1	Imediato	
Realização da ata	Pesquisadora	Imediato	

Próxima reunião: 03/08/2021

APÊNDICE G - Ata da segunda reunião do grupo de discussão

	
Reunião do grupo de discussão II	
Local: sala de reuniões	Data: 03/08/2021
Hora de início: 15h10	Hora do término: 16h30
<p>Relato da Reunião</p> <p>Às quinze horas e dez minutos do terceiro dia do mês de agosto de dois mil e vinte e um, ocorreu a segunda reunião do grupo de discussão. Estavam presentes oito profissionais de saúde, que foram identificados com o código PS, seguido por numeração (1 a 8), conforme a ordem de manifestação no grupo, para preservar o anonimato.</p> <p>A pesquisadora iniciou a reunião esclarecendo que esse segundo encontro teria o objetivo de reafirmar ou refutar as estratégias educativas sugeridas pelos entrevistados para, a partir daí, (re)construir o projeto intitulado: “Grupos de gestantes: encontros multidisciplinares com gestantes e seus acompanhantes”, de forma a contemplar as ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal do serviço de atendimento pré-natal. Foram estabelecidos acordos antes do início da reunião relacionados a: duração da reunião, assuntos a serem abordados, forma de participação e interação, autorização para gravação da reunião, concordância e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os presentes concordaram com a gravação e aceitaram assinar o TCLE. Em seguida, foram apresentadas as pendências da reunião anterior, as providências e resoluções tomadas.</p> <p>A criação do <i>whatsApp business</i> foi autorizada pelo responsável do serviço de tecnologia e informação, utilizando o número de celular da chefia da unidade. Foi definido que inicialmente as pacientes que se inscreverem nos grupos de gestantes <i>on-line</i> e nas oficinas de plano de parto serão convidadas a participar de um grupo no <i>whatsApp business</i> e informadas de que sua permanência no grupo será mantida até 40 dias após o parto e que o grupo não terá a finalidade de esclarecer dúvidas clínicas, sendo o seu objetivo compartilhar o <i>link</i> dos encontros <i>on-line</i> e postar informações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal selecionadas pelos integrantes desse grupo de trabalho. Foi acordado que mensagens automáticas serão criadas para responder a possíveis perguntas não pertinentes a esse canal de comunicação.</p> <p>A pesquisadora relatou que, em reunião com o responsável pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) para discussão sobre a realização dos grupos de gestantes de forma <i>on-line</i>, o mesmo informou a necessidade de tramitar a solicitação via processo no sistema informatizado da instituição e que a GEP poderá apoiar o grupo realizando capacitações quanto à utilização da plataforma Teams e emprestando equipamentos necessários, tais como webcam e caixa de som, para os encontros <i>on-line</i>. A pesquisadora informou que os encontros <i>on-line</i> de gestantes já foram aprovados e que uma capacitação sobre a utilização da plataforma Teams foi realizada no dia dezesseis de julho de dois mil e vinte e um. Solicitou aos membros do grupo que não participaram que enviassem o dia e horário disponíveis para agendamento de outra capacitação.</p> <p>PS1 e a pesquisadora reuniram-se com o responsável pelo setor de comunicação e foram informadas de que a criação de redes sociais do serviço como <i>Facebook</i> e <i>Instagram</i> não são permitidas pela instituição e que seria possível a criação de um espaço no <i>site</i> da mesma para postagem de informações pertinentes. A pesquisadora apresentou o espaço no <i>site</i>, com exemplos de informações postadas pelo serviço de psicologia. Foi orientado que as postagens criadas precisam ter a logomarca oficial da instituição e que a postagem de vídeos preexistentes como os do Ministério da Saúde é permitida, bem como vídeos criados a partir de <i>slides</i> no <i>power point</i>, ou com personagens de desenho animado. Vídeos gravados pelo colaborador, que façam divulgação de outra instituição, não são autorizados. O setor de comunicação poderá, em longo prazo, fornecer apoio para a criação de vídeos, entretanto, no momento, não há equipamentos adequados e necessários à construção dos mesmos. Foi solicitado que a chefia da unidade enviasse um e-mail ao setor de comunicação requisitando a criação da referida página da unidade no <i>site</i> da instituição.</p> <p>Com relação à possibilidade de agendamento pelas maternidades de consulta puerperal e consulta pediátrica no momento da alta, por motivo de parto, foi verificado com a chefia dos ambulatórios e a mesma informou que</p>	

existe a possibilidade de enviar um ofício à Prefeitura com a disponibilização das vagas via CRC (Central de Regulação de Consultas). Uma solicitação por e-mail realizada pela chefia da unidade deverá ser enviada informando as agendas, os profissionais responsáveis, o número de vagas, os dias e horários e o perfil dos pacientes a serem agendados.

Cada estratégia sugerida pelos participantes da pesquisa foi discutida pelo grupo quanto a viabilidade, prioridade, responsáveis e cronograma de implantação.

Quanto à estratégia de conciliar o dia do grupo de gestantes com o mesmo dia das consultas de pré-natal e realizar o grupo nas salas de espera dos ambulatórios, os participantes consideraram que não se aplica, devido às constantes interrupções que ocorrem nesse local. Então, foi definido que os encontros do grupo de gestantes serão realizados de forma *on-line* e presencial assim que as condições sanitárias em decorrência da pandemia de covid-19 permitirem.

Foi acordado que as postagens educativas no *site* da instituição serão criadas mensalmente, considerando temáticas abordadas no grupo de gestantes e outras relacionadas à saúde da mulher, conforme cronograma abaixo:

Mês	Tema	Responsável
Agosto/2021	Aleitamento materno	Fonoaudióloga
Setembro/2021	Plano de parto	Enfermeiras obstetras
Outubro/2021	Câncer de mama e câncer do colo uterino	Médicos ginecologistas e mastologistas
Novembro/2021	Direitos do casal grávido	Assistente social
Dezembro/2021	Importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação	Médicos obstetras e residentes de ginecologia e obstetrícia
Janeiro/2022	Aspectos psicológicos da gestação, parto e puerpério	Psicóloga
Fevereiro/2022	Pré-natal odontológico	Dentistas
Março/2022	Nutrição na gestação	Nutricionista
Abril/2022	Preparo do assoalho pélvico para o parto	Fisioterapeuta
Mai/2022	Trabalho de parto e parto	Enfermeiras obstetras
Junho/2022	Cuidados com o recém-nascido	Médicos pediatras
Julho/2022	Puerpério	Equipe multiprofissional

Os responsáveis pelas postagens deverão encaminhar o material para o *e-mail* da chefia de unidade até o décimo quinto dia de cada mês. O material a ser postado poderá incluir vídeos conforme orientação do setor de comunicação. Outras informações que a equipe julgar pertinentes poderão ser encaminhadas para publicação independentemente do cronograma.

Quanto à periodicidade dos encontros do grupo de gestantes, ficou acordado que continuarão acontecendo mensalmente de forma *on-line* e, de acordo com a demanda, será avaliada a necessidade de alterar a periodicidade para quinzenal. PS1 expressou sua expectativa de um maior número de gestantes participarem na modalidade *on-line*, devido à justificativa apontada pelas participantes do estudo de que a dificuldade de comparecer aos encontros presenciais estava relacionada à questão financeira relacionada a transporte. Entretanto, PS2 ponderou que as atividades educativas nem sempre são valorizadas pela população, que geralmente considera importantes as consultas e exames, em detrimento das ações educativas. Sendo assim, existe a possibilidade de ocorrer o mesmo problema de baixa adesão das mulheres na modalidade *on-line*. Outro ponto apontado por PS2 foi com relação à interação das pessoas nas atividades *on-line*, em sua experiência como professora ela observa que os alunos entram nas salas, mas nem sempre interagem. PS3 sugeriu uma investigação com as usuárias para verificarmos qual dia da semana e horário elas teriam disponibilidade para participar do grupo. PS1 destacou a importância de manter o sorteio de brindes para estimular a participação das gestantes.

Foi decidido que o primeiro grupo de gestantes *on-line* será realizado em setembro de 2021, com a abordagem das temáticas: importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação, por médicos obstetras, e direitos do casal grávido, por assistente social. PS2 ressaltou que seria relevante sintetizar a abordagem dos temas considerando que a modalidade *on-line* está propensa à maior dispersão dos participantes.

Diante da necessidade apontada pela pesquisa de envolver os residentes de ginecologia e obstetrícia nos grupos de gestantes, PS3 sugeriu convidar a residente responsável pelo pré-natal às terças-feiras para abordar o tema importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação, no grupo de gestantes *on-line* a ser realizado em setembro de 2021. Os demais integrantes do grupo corroboraram com a sugestão de PS3 ressaltando que esta seria uma boa estratégia para integrar os residentes às ações educativas do serviço.

Com relação ao agendamento de consultas puerperais realizadas pelas enfermeiras obstetras, na primeira semana após o parto, com a finalidade de auxiliar as mães com dificuldades relacionadas à amamentação e perceber alguma alteração emocional, o grupo concordou com a estratégia e ressaltou a necessidade de estabelecer um fluxo de encaminhamento para a psicologia.

Quanto às orientações sobre o puerpério nas últimas consultas de pré-natal, foi discutido em reunião anterior que cada profissional fará sua abordagem durante as consultas individuais, com o intuito de preparar as futuras mães para vivenciarem as dificuldades que poderão surgir nesse período, reforçando a necessidade de buscarem uma rede de apoio composta de familiares, amigos e profissionais. Além disso, o puerpério será uma temática a ser incorporada nos encontros do grupo de gestantes.

Acerca das orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, será abordado pela pediatria nas consultas de pré-natal pediátricas e foi reforçado a necessidade dos pré-natalistas realizarem o encaminhamento das gestantes a partir de 32 semanas de gestação para essas consultas com o pediatra. A pesquisadora comentou que geralmente a equipe lembra de realizar o encaminhamento para consulta pediátrica pré-natal, em casos de malformação fetal, entretanto essas consultas são necessárias para todas as gestantes. PS5 informou sobre a possibilidade de realização de teleconsultas de pré-natal pediátricas, se as gestantes tiverem interesse.

O grupo definiu que não há necessidade de criação de cartilhas educativas de forma impressa, pois a maioria das participantes da pesquisa declarou não ter o hábito da leitura de informações impressas. Na compreensão dos profissionais, as orientações a serem publicadas no *site* da instituição e enviadas às gestantes pelo *whatsapp business* substituirão as informações em cartilhas. PS1 lembrou que a caderneta da gestante já possui muitas orientações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

Quanto à capacitação da equipe sobre educação em saúde para a utilização de metodologias ativas, a pesquisadora perguntou se alguém do grupo teria experiência e gostaria de realizar uma capacitação. PS1 comentou que considera importante que todos os membros do grupo pesquisem sobre as metodologias ativas e, a partir daí, construam juntos uma forma de trabalhar cada tema. Relatou que a abordagem dos temas, de forma interativa com as usuárias, por exemplo, ao questionar sobre os mitos e verdades, estimular a participação e o compartilhamento de vivências, já se constitui como ensino por meio de metodologia ativa. PS1 reforçou que a transformação de um modelo de ensino-aprendizagem é um processo que demanda tempo, portanto podemos ir construindo ao longo dos nossos encontros, nos reunir para discutir como abordar de forma participativa a temática do próximo encontro. PS6 disse que poderíamos convidar alguém que tenha *expertise* na utilização das metodologias ativas para nos apresentar as diversas formas que podemos trabalhar os temas nos grupos de gestantes. PS1 ressaltou que mais importante do que uma capacitação seria cada integrante da equipe se apropriar das metodologias ativas e incorporá-las em sua prática.

Diante disso, ficou acordado que todos os membros do grupo compartilharão ideias sobre como abordar os temas do próximo encontro de forma participativa, com a utilização das metodologias ativas, considerando que a modalidade *on-line* requer uma forma mais objetiva de explanação do assunto. As enfermeiras obstetras se prontificaram a auxiliar os profissionais a planejarem a forma de abordagem das temáticas nos encontros *on-line* com as gestantes e todos se dispuseram a encaminhar sugestões no grupo de *whatsapp* ou por *e-mail*.

A pesquisadora comentou sobre um artigo publicado na revista de enfermagem do centro-oeste mineiro: Reflexões sobre o enfrentamento do coronavírus doença 2019: diálogos virtuais com gestantes, de SOUZA, J.B.S.; HEIDMANN, I.T.S.B.; VENDRUSCOLO, C. *et al.*, 2020. O estudo envolveu círculos de cultura de Paulo Freire *on-line*, para abordagem do tema: vivenciando a pandemia da Covid-19 durante a gestação. Neste estudo, foi solicitado às participantes que providenciassem papel e pincel. O grupo iniciou com a dinâmica tempestade de ideias, ao solicitar que as gestantes escrevessem em um papel uma palavra ou frase que representasse seus sentimentos em relação à covid-19, e todas comentaram sobre o que escreveram. Enquanto elas escreviam, foi tocada a música “Tente outra vez” de Raul Seixas a fim de estimular sentimentos e

oportunizar a criatividade. PS6 comentou que não são necessárias muitas ferramentas, a utilização de uma ou duas já seria suficiente para provocar a interação, discussão e construção do conhecimento.

PS1 compartilhou sua experiência de abordagem sobre a questão de gênero com alunos da graduação, relatou que divide a turma em dois grupos e realiza uma encenação, como se fosse um extraterrestre que chegou no planeta terra e não conhece ninguém, não sabe o que é homem ou mulher. Então ela pede que um grupo escreva em um papel o que significa ser mulher e o outro, o que significa ser homem, disse que a construção obtida a partir dessa dinâmica é magnífica, fomentando a discussão relacionada a estereótipos de gênero, preconceitos, desigualdades.

PS7 comentou que não tem experiência com a utilização de metodologias ativas e que conta com os colegas para auxiliá-la no planejamento da abordagem do seu tema no grupo *on-line* de setembro de 2021.

PS6 comentou que é difícil para todos, e que vamos nos ajudando, construindo juntos esse novo processo de ensino-aprendizagem, sendo importante que a participação nos encontros do grupo de gestantes continue sendo algo prazeroso e leve para os profissionais.

PS4 sugeriu a realização de teleorientação de enfermagem para as puérperas, o que foi apoiado pelos demais integrantes do grupo, sendo definido que as usuárias serão informadas sobre a possibilidade desse atendimento durante as últimas consultas de pré-natal e orientadas a comunicarem a data de parto para agendamento da teleorientação. Além disso, as enfermeiras obstetras realizarão uma busca ativa da data provável de parto nas planilhas de cadastro das gestantes e entrarão em contato com as mesmas. O registro do teleatendimento deverá ser realizado no sistema informatizado da instituição.

Quanto à realização de aconselhamento individual com cada especialidade, a odontologia ainda não tem previsão de quando poderá retornar esses atendimentos de forma rotineira. Atualmente as gestantes com demandas odontológicas são encaminhadas para avaliação com a dentista que fica no setor de hemodiálise, às terças-feiras. Nesse momento, o atendimento com a fonoaudiologia não será possível, pois a profissional se encontra afastada de atividades assistenciais. A mesma irá analisar a viabilidade e disponibilidade de realizar o teleatendimento. PS7 disse que poderá realizar os atendimentos individuais do serviço social e irá verificar dia e horário disponíveis.

A pesquisadora informou que, em conversa com a nutricionista, a mesma relatou que não há possibilidade, em curto prazo, de realizar as consultas nutricionais em conjunto com os acadêmicos de nutrição, recordou sobre o problema que existe em relação à disponibilização de salas para os atendimentos e afirmou desejo de retomar a discussão sobre esse trabalho em longo prazo.

A equipe decidiu que serão realizadas reuniões mensais com os profissionais desse grupo de trabalho, antes da data definida para o encontro *on-line* com as gestantes, em cada mês.

Foi sugerido convidar os acadêmicos de medicina integrantes da oficina plano de parto para participarem também dos encontros do grupo de gestantes e auxiliarem na confecção de vídeos.

PS3 sugeriu conversar com o representante da residência de ginecologia e obstetrícia e explicar sobre o grupo de gestantes, reforçando a importância da participação dos mesmos e condução da abordagem da temática: importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação nos encontros.

Os assuntos discutidos nesta reunião fundamentaram a (re)construção do projeto existente: “Grupo de gestantes: encontros multidisciplinares com gestantes e seus acompanhantes”.

Ao final da reunião, a pesquisadora solicitou que cada participante do grupo expressasse sua opinião sobre a pesquisa.

Às 16h30, a reunião foi encerrada.

Pendências:

O Quê	Quem	Quando	OBS.
Cronograma para postagem das informações no <i>site</i>	Todos	Imediato	
Postagem sobre aleitamento materno, destacando o agosto dourado	Fonoaudióloga	Até 15/08/2021	

Definição de fluxo de atendimento da psicologia	Enfermeiras Obstetras	Curto prazo (20 dias)	Reunir com o serviço de psicologia
Convidar residentes de ginecologia e obstetrícia para abordar a temática do grupo de gestantes em setembro de 2021	Médicos obstetras	Curto prazo (20 dias)	Convidar a residente que está nos atendimentos pré-natais de terça-feira
Auxiliar os profissionais responsáveis pelo grupo <i>on-line</i> de setembro no planejamento da abordagem da temática	Todos	Curto prazo (30 dias)	
Reunir com representante da residência, para reforçar a importância da participação dos mesmos nos encontros do grupo de gestantes	Enfermeiros e médicos obstetras	Curto prazo (30 dias)	
Cronograma do primeiro ciclo de encontros de gestantes <i>on-line</i>	Pesquisadora	Curto prazo (20 dias)	
Realização da ata	Pesquisadora	Imediato	

APÊNDICE H – Projeto de ações educativas em um serviço pré-natal de atenção secundária: Trilhando um caminho para a interdisciplinaridade (versão revisada)

**Projeto de ações educativas em um serviço pré-natal
de atenção secundária:
Trilhando um caminho para a interdisciplinaridade
(versão revisada)**

Responsáveis: Equipe multiprofissional do serviço pré-natal de atenção secundária

Juiz de Fora

Setembro, 2022

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
OBJETIVO.....	5
METODOLOGIA.....	6
RESULTADOS ESPERADOS.....	9
REFERÊNCIAS.....	10

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um momento singular e intenso na vida das mulheres, marcado por mudanças físicas, hormonais e psicológicas. Toda gestante deve realizar o acompanhamento pré-natal a fim de manter a integridade de suas condições de saúde e do seu filho (WHO, 2016).

Esse acompanhamento deve contemplar consultas individuais nas quais se deve realizar uma completa anamnese, exame físico obstétrico, solicitação e avaliação de exames laboratoriais e ultrassonografia (BRASIL, 2013; 2016). Além disso, é fundamental que os profissionais abordem sentimentos, medos, ansiedades, desejos e dúvidas que permeiam o período gravídico-puerperal. O pré-natal é um momento propício para descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando ao bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai, parceiro e família, conforme o desejo da mulher.

O trabalho em saúde vai além de atividades de assistência direta, incorpora no ato de cuidar sua dimensão educativa. Práticas de caráter educativo são fundamentais para dialogar com esses diferentes grupos de pessoas que possuem suas expectativas com relação aos serviços de saúde ofertados (PARREIRA, 2020).

De acordo com Morin (2002), educar e ensinar são termos distintos e que se complementam. Sendo assim, a educação possibilita a formação e o desenvolvimento do ser humano e o ensino seria toda arte ou ação de transmitir informações. Os termos educação e ensino coadunam a um ensino educativo que ultrapassa a simples transmissão de saberes para alcançar a construção de um conhecimento e saber complexos, que possibilita ao ser humano um pensar aberto e livre, auxiliando-o na compreensão de sua condição humana e de vida.

Na perspectiva da interdisciplinaridade, para se atingir um ensino educativo, é preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor que isola os saberes em disciplinas, por um pensamento que distingue os diversos saberes disciplinares e ao mesmo tempo une, articula o pensamento complexo (MORIN, 2015).

As partes e o todo se inter-relacionam e são igualmente importantes e necessárias para um todo sistêmico, complexo. Em determinadas situações, o todo é menos que a soma das partes, o que significa que “[...] qualidades das propriedades ligadas às partes consideradas isoladamente desaparecem no seio do sistema” (MORIN, 2016, p. 143). Sendo assim, “[...] um sistema é um todo que se forma ao mesmo tempo em que seus elementos se transformam” (MORIN, 2016, p. 146).

O ensino educativo interdisciplinar propicia a formação de pessoas com uma visão ampliada de mundo, tornando-as capazes de reunir os conhecimentos adquiridos para religar, contextualizar e se situar de forma ativa nos contextos de vida (MORIN, 2002). Na perspectiva do pensamento complexo de Edgar Morin, as estratégias são permeadas por interações e retroações em que imprevistos e incertezas podem acontecer. Sendo assim, estratégias educativas interdisciplinares que buscam estabelecer parcerias entre diversos profissionais são fundamentais, pois possibilitam a reflexão conjunta de ações com vistas à transformação de algo inédito, não planejado previamente (MORIN, 2015).

Freire (1987) apresenta contribuições relevantes para a interdisciplinaridade na educação, ao defender um processo pedagógico baseada na dialogicidade, problematização a partir de temas geradores, contextualização da realidade dos sujeitos, levando em consideração a cultura e a história de vida por trás de cada indivíduo. A investigação temática proposta por Freire nos círculos de cultura pode ser inferida como um processo interdisciplinar em que os campos disciplinares se relacionam, não se restringindo a uma única área do conhecimento. A interdisciplinaridade em Freire pode ser compreendida como um processo de construção do conhecimento pelo sujeito a partir de sua interação com o contexto sociocultural.

Nesse sentido, o saber só será autêntico quando se fizer intrinsecamente interdisciplinar. Os homens atuam em suas diversas práticas de forma coletiva, assim como o agir é coletivo, o saber também precisa ocorrer de forma não fragmentada, mas integrada, articulando o todo e as partes, o meio e os fins (FAZENDA, 2017).

Considerando que, na área da saúde, os problemas e as soluções são permeados por questões multidisciplinares, transversais e transdimensionais, as dimensões biológica, psíquica, social e cultural, que compõem o ser humano, precisam ser analisadas e tratadas em conjunto, de forma interdisciplinar e não de forma isolada. As categorias disciplinares especializadas são ao mesmo tempo dependentes e autônomas, permitindo visualizar as diferentes facetas de uma mesma realidade (MORIN, 2005).

O acompanhamento e a abordagem interdisciplinares são importantes, devendo-se proporcionar à gestante/puérpera um acolhimento humanizado, singular e um cuidado integral, com atenção para a detecção precoce de problemas advindos do ciclo gravídico-puerperal. Além dos encontros individuais com os diversos profissionais de saúde, é importante que gestante e acompanhante tenham a oportunidade de vivenciar a prática educativa coletiva. Encontros entre profissionais, gestantes e acompanhantes propiciam o aprendizado, o compartilhamento de experiências e o esclarecimento de dúvidas, reduzindo a ansiedade e o medo diante das alterações fisiológicas e psicológicas de gestação, parto e puerpério.

A partir da pesquisa proveniente de dissertação de mestrado intitulada “(Re) construção de ações educativas no ciclo gravídico-puerperal: uma pesquisa convergente assistencial”¹, foi possível identificar os pontos fortes e fracos do processo de cuidar/educar no pré-natal de um serviço de atenção secundária, bem como as oportunidades de melhorias relacionadas à inclusão de novas temáticas educativas e à implantação de estratégias educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

Dessa forma, apresenta-se a (re)construção do projeto “Grupo de gestantes: encontros multidisciplinares com gestantes e seus acompanhantes”. Nessa versão revisada, considerando as discussões com os profissionais, as ações educativas foram ampliadas para além dos encontros do grupo de gestantes que já aconteciam. Sendo assim, o título do projeto foi alterado para “Projeto de ações educativas em um serviço pré-natal de atenção secundária: trilhando um caminho para a interdisciplinaridade”.

(1) Autora: Sirleide Corrêa Rangel. Orientadora: Nádia Fontoura Sanhudo. Coorientador: Delmar Gomes Teixeira.

OBJETIVOS

Proporcionar um espaço dialógico entre profissionais, gestantes e acompanhantes, visando ao compartilhamento de saberes.

Promover o ensino, a pesquisa e a extensão na temática de saúde da mulher.

Implementar ações educativas com gestantes e seus acompanhantes atendidos no pré-natal de um serviço de atenção secundária, com abordagem interdisciplinar.

Orientar ações de cuidado durante a gestação, o parto e o puerpério.

Fortalecer a mulher frente ao processo de gestação, parto e puerpério.

METODOLOGIA

A equipe responsável pela organização e implementação das ações educativas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal contará com a participação de profissionais enfermeiros, médicos, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora. Outras categorias poderão ser solicitadas como forma de apoio: Tecnologia da Informação (TI), Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), comunicação social.

Considerando as necessidades apontadas pelas usuárias e as discussões realizadas com os profissionais de saúde, participantes do referido estudo*, propõe-se a implementação das seguintes ações educativas para esse serviço:

- Aconselhamento individual interdisciplinar, com foco educativo, com os seguintes profissionais: médico obstetra, médico pediatra, assistente social, dentista, enfermeiro obstetra e psicólogo. Todas as gestantes deverão passar por pelo menos uma consulta de aconselhamento individual interdisciplinar durante o pré-natal. Dessa forma, serão orientadas sobre as alterações fisiológicas da gestação, direitos da gestante e do casal grávido, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, pré-natal odontológico, alterações psicológicas durante a gestação e puerpério, trabalho de parto, parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- Realização de grupos educativos com gestantes e seus acompanhantes na modalidade *on-line*; e presencial assim que permitido pelas autoridades sanitárias do país.
- Abordagem das temáticas dos encontros do grupo de gestantes utilizando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, fundamentadas nos pressupostos de Paulo Freire: participação social, compartilhamento de vivências e saberes científico e popular, problematização e reflexão, contribuindo assim para a tomada de consciência crítica da realidade vivida, bem como a percepção de soluções possíveis para as situações-problemas identificadas, com vistas à autonomia e ao empoderamento das usuárias. Será programada, antes de cada encontro, uma reunião entre os membros da equipe multiprofissional para planejar coletivamente a abordagem da temática com o uso de metodologias ativas. O conteúdo programático será organizado pelo profissional responsável pela apresentação do tema.

Os encontros *on-line* ocorrerão mensalmente, às últimas terças-feiras, no horário de 14h30 às 17h, conforme apresentado no Quadro 1. Será utilizada a plataforma *Teams*, sendo que a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) fornecerá suporte à equipe, realizando capacitações quanto ao uso da plataforma e subsidiando equipamentos necessários para implementação dos encontros *on-line*: webcam, caixa de som e computador. Os profissionais responsáveis pela

condução dos encontros e abordagem dos temas poderão se reunir nas salas de atendimento pré-natal do serviço.

A proposta inicial do projeto será mantida quanto às abordagens temáticas e será acrescentado mais um dia para abordagem do tema puerpério, finalizando um ciclo do grupo de gestantes, conforme Quadro 1. Os temas educativos propostos estão em conformidade com o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Os residentes de ginecologia e obstetrícia serão convidados a participar dos encontros, abordando a temática “Importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação”, juntamente com o médico obstetra. Dessa forma, pretende-se envolvê-los nas ações educativas da unidade, despertando-os para a importância e a necessidade de divulgação dos encontros educativos durante as consultas de pré-natal. As gestantes e seus acompanhantes serão convidados a participar do evento durante as consultas de pré-natal, por convite impresso, telefone, *WhatsApp* e/ou *e-mail*. Deverão realizar inscrição no evento por intermédio da equipe organizadora.

Quadro 1: Cronograma dos encontros do grupo de gestantes

	Horário	Evento	Responsável
1º Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h15	Importância do pré-natal e alterações fisiológicas durante a gestação.	Médico obstetra e residente em ginecologia/obstetrícia
	15h15 às 15h45	Direitos do casal grávido	Assistente social
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional
2º Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h15	Aspectos psicológicos da gestação, parto e puerpério	Psicóloga
	15h15 às 15h45	Pré-natal odontológico	Dentistas
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional

3º Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h15	Nutrição e hidratação na gestação	Nutricionista
	15h15 às 15h45	Preparo do assoalho pélvico para o parto	Fisioterapeuta
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional
4º Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h15	Trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor	Enfermeiras obstetras
	15h15 às 15h45	Parto normal e cesariana	Enfermeiras obstetras
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional
5º Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h15	Aleitamento materno e Banco de Leite	Fonoaudióloga
	15h15 às 15h45	Cuidados com o recém-nascido	Médico pediatra
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional
6ª Encontro	14h30 às 14h45	Credenciamento e Abertura	Enfermeiras obstetras
	14h45 às 15h45	Uma conversa sobre o puerpério: mesa-redonda	Equipe multiprofissional
	15h45 às 16h	Encerramento	Equipe multiprofissional

*Elaborado pela autora

Pretende-se realizar o curso de forma contínua, sendo que, após o término de um ciclo de seis encontros, um novo ciclo será reiniciado. Para ajuda de custo do evento, a equipe

organizadora solicitará parcerias e patrocínios à comunidade e a empresas. Caso seja possível o patrocínio, poderá ser direcionado a *coffee break* e/ou brindes.

Pretende-se disponibilizar certificados de participação aos inscritos e aos palestrantes.

- Implementação de oficinas sobre plano de parto em parceria com a Faculdade de Medicina da UFJF na modalidade de projeto de extensão. As oficinas acontecerão quinzenalmente. Será criado um grupo de *WhatsApp business* para interação prévia com as usuárias e disponibilização do *link* para realização das oficinas. Cada gestante irá construir o seu plano de parto com apoio da equipe organizadora. Os seguintes profissionais serão responsáveis pela condução e organização das oficinas plano de parto: médico obstetra, enfermeiro obstetra, professores e acadêmicos da UFJF.
- Criação de uma página do serviço de saúde da mulher, no *site* da instituição, para postagem de informações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, conforme Quadro 2. Os responsáveis pelas postagens deverão encaminhar o material para a chefia da unidade até o décimo quinto dia de cada mês. O material será encaminhado ao setor de comunicação da instituição, o qual realizará uma avaliação antes da postagem no *site*. O material a ser postado poderá incluir vídeos já existentes, desde que não façam referência a outras instituições, ou vídeos criados com desenhos e apresentações em *power point*, inserindo a logomarca da instituição ao final. Os membros do grupo terão liberdade para compartilhar alguma informação que julgarem interessante, independentemente do cronograma.

Quadro 2: Cronograma para postagens educativas no *site*

Mês	Tema	Responsável
Agosto/2021	Aleitamento materno	Fonoaudióloga
Setembro/2021	Plano de parto	Enfermeiras Obstetras
Outubro/2021	Câncer de mama e câncer do colo uterino	Médicos da mastologia e ginecologia
Novembro/2021	Direitos do casal grávido	Assistente social
Dezembro/2021	Importância do pré-natal e alterações fisiológicas da gestação	Médicos obstetras e de Ginecologia e Obstetrícia
Janeiro/2022	Aspectos psicológicos da gestação, parto e puerpério	Psicóloga
Fevereiro/2022	Pré-natal odontológico	Dentistas
Março/2022	Nutrição na gestação	Nutricionistas

Abril/2022	Preparo do assoalho pélvico para o parto	Fisioterapeuta
Mai/2022	Trabalho de parto e parto	Enfermeiras Obstetras
Junho/2022	Cuidados com o recém-nascido	Médicas pediatras
Julho/2022	Puerpério	Equipe multiprofissional

*Elaborado pela autora

- Consultas pediátricas de pré-natal presenciais e *on-line* com o objetivo de preparar a futura mamãe para os cuidados com o recém-nascido, tais como banho, curativo do coto umbilical, conduta em caso de cólicas e engasgo, aleitamento materno, entre outras orientações. Os pré-natalistas deverão realizar os encaminhamentos à pediatria para as gestantes a partir da idade gestacional de 32 semanas.
- Abordagem sobre o puerpério, a ser realizada por todos os profissionais da equipe multidisciplinar durante as consultas individuais de gestantes a partir de 32 semanas de gestação, com enfoque em dificuldades inerentes ao período e necessidade de planejamento da rede de apoio.
- Agendamento da primeira consulta puerperal na primeira semana pós-parto, a ser realizada pelas enfermeiras obstetras para avaliação e orientação relacionada a amamentação e outras necessidades percebidas.
- Teleorientação às puérperas, a ser realizada pelas enfermeiras obstetras por meio de contato telefônico por chamada de voz sem vídeo para partilha de informações, sentimentos, expectativas e esclarecimento de dúvidas. Realização do registro de enfermagem em prontuário eletrônico.
- Teleconsulta de enfermagem às puérperas, conforme necessidade, por meio da plataforma *Teams* e realização do registro de enfermagem em prontuário eletrônico.
- Estabelecimento de parcerias com os cursos da saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio de projetos de extensão, para participação e colaboração nos encontros do grupo de gestantes.

RESULTADOS ESPERADOS

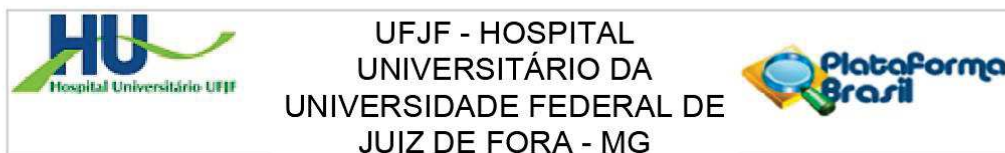
Espera-se, com este projeto:

- ✓ A inserção de práticas educativas de abordagem interdisciplinar, com a incorporação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem para gestantes e seus acompanhantes.
- ✓ Fortalecimento do cuidado em equipe numa visão de integralidade como preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.
- ✓ Sensibilização da equipe e das usuárias quanto à importância das atividades educativas como complementação do pré-natal.
- ✓ Empoderamento da mulher frente a gestação, parto e puerpério.
- ✓ Uma assistência mais acolhedora e humanizada no serviço.
- ✓ Produção de dados para futuras pesquisas e produção de conhecimento na temática de saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 230 p.
- FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra,1987
- MORIN, Edgar. A cabeça bem-feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil. 2002
- MORIN, Edgar, 1921- Ciência com consciência. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2005.350p
- MORIN, Edgar. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- MORIN, Edgar. O método 1 –a natureza da natureza. Porto Alegre: Editora Sulina: 2016
- WHO. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2016b. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- ZAMPIERI, M. de F.M.; GREGÓRIO, V.R.P.; CUSTÓDIO, Z. A. de O.; REGIS, M.I.; BRASIL, R. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 719-27.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Educação em Saúde no ciclo gravídico puerperal: reestruturação das ações educativas

Pesquisador: Nádia Fontoura Sanhudo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28462120.2.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.987.166

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto intitulado "A educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: reestruturação das ações educativas". Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

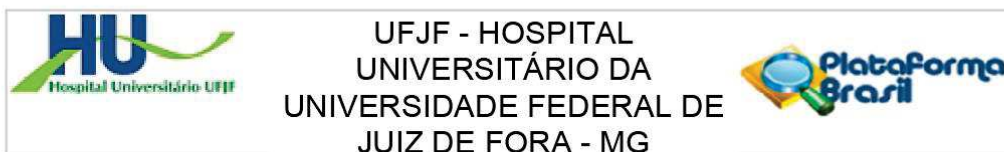
Objetivo da Pesquisa:

Reestruturar as estratégias de ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no ambulatório de pré-natal de uma atenção secundária da Zona da Mata Mineira, tendo por base o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V os riscos devem ser caracterizados como risco mínimo ou maior do que o mínimo, além de serem descritos no projeto detalhado, nas informações básicas do projeto e no TCLE. No presente projeto há a descrição dos

Endereço: Rua Catulo Bregviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217	E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.987.166

riscos como mínimos no TCLE, nas informações básicas do projeto e no projeto detalhado. Os autores descrevem ainda que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados.

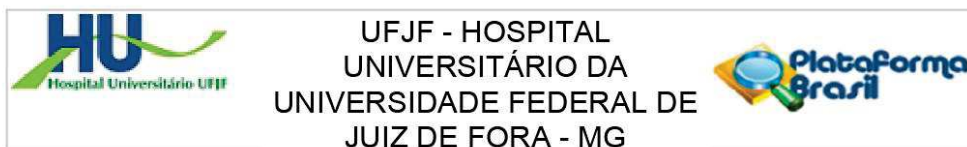
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI – c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO e o TERMO DE ASSENTIMENTO em linguagem clara para compreensão dos participantes e responsáveis, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h. Apresenta a APROVAÇÃO

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **CEP:** 36.036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.987.166

ORÇAMENTÁRIA após a análise da Comissão Permanente de Avaliação de Viabilidade Econômica e Financeira da GEPE HU-UFJF/EBSERH.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa em 31/07/2021, de acordo com o cronograma descrito no projeto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475901.pdf	06/04/2020 10:57:10		Aceito
Cronograma	Cronograma_pdf.pdf	20/03/2020 13:36:04	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	20/03/2020 13:35:55	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_responsavel_lega l2pdf.pdf	20/03/2020 13:35:43	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_responsavel_lega l2.doc	20/03/2020 13:35:36	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento2pdf.pdf	20/03/2020 13:35:21	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento2.doc	20/03/2020 13:35:10	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	termo_consentimento2pdf.pdf	20/03/2020 13:34:59	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n

Bairro: Santa Catarina

CEP: 36.036-110

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)4009-5217

E-mail: cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.987.166

Justificativa de Ausência	termo_consentimento2pdf.pdf	20/03/2020 13:34:59	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento2.doc	20/03/2020 13:34:44	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta_de_dados_roteiro_entrevistas.docx	29/01/2020 19:35:48	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	instrumento_de_coleta_de_dados_roteiro_entrevistas_pdf.pdf	29/01/2020 19:35:06	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	cadastro_do_pesquisador.pdf	29/01/2020 19:33:34	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_brasil_pdf.pdf	29/01/2020 19:16:08	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_pdf.pdf	29/01/2020 19:10:22	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.docx	29/01/2020 19:09:39	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_e_sigilo_pdf.pdf	29/01/2020 19:08:48	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	curriculo_lattes_Sirleide_pdf.pdf	29/01/2020 19:08:02	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	curriculo_lattes_Nadia_pdf.pdf	29/01/2020 19:07:28	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_de_infraestrutura_e_concordancia_pdf.pdf	29/01/2020 19:05:05	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Orçamento	planilha_de_orcamento_financeiro_pdf.pdf	29/01/2020 19:03:28	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_pdf.pdf	29/01/2020 18:52:08	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	comprovante_de_cadastro_do_projeto.jpeg	29/01/2020 18:50:37	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito
Outros	declaracao_de_aprovacao_da_comissao_de_orcamento.jpeg	29/01/2020 18:49:27	SIRLEIDE CORREA RANGEL	Aceito

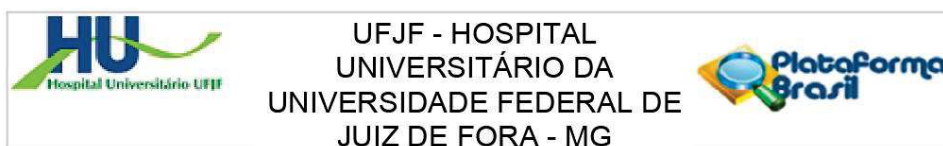
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Catulo Bregliieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.987.166

JUIZ DE FORA, 23 de Abril de 2020

Assinado por:
Letícia Coutinho Lopes Moura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufff.edu.br