



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA SILVA FERNANDES

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES: PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIROS ATUANTES EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DOURADOS-MS

2014



JÉSSICA SILVA FERNANDES

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES: PERCEPÇÃO DE  
ENFERMEIROS ATUANTES EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lourdes Missio

DOURADOS-MS

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Jéssica Silva Fernandes

Grupos de educação em saúde com gestantes: percepção de enfermeiros atuantes em ESF

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lourdes Missio – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

---

Prof<sup>a</sup>.Msc. Ceny Longhi Resende - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

F399g Fernandes, Jéssica Silva

Grupos de educação em saúde com gestantes: percepção de enfermeiros atuantes em ESF/ Jéssica Silva Fernandes. Dourados, MS: UEMS, 2014.

63p. ; 30cm

Monografia (Graduação) – Enfermagem – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2014.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lourdes Missio

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo Dom da vida, por ter permitido viver esse sonho e me sustentado nele, por me fazer acreditar em mim e com suas proteções e bênçãos permitiu que eu chegasse ao fim. Por ter guiado meus caminhos e não ter permitido que mau algum impedisse esse sonho acontecer. Agradeço a Ti meu Deus por desde criança ter sido o meu Pai e não ter me abandonado em nenhum momento da minha jornada, sou grata por toda obra realizada em minha vida.

À minha família, que mesmo nos momentos mais difíceis mantiveram ao meu lado e acreditaram em mim, me deram força e ânimo durante meu percurso. Agradeço por terem confiado e acreditado. Assim, agradeço em especial minha mãe Leda, que durante esses quatro anos não mediu esforços e orações para que eu conquistasse meu sonho, que mesmo diante de todos os entraves e batalhas foram e são meu escudo e anjo protetor. As minhas irmãs que mesmo diante de todos os problemas me apoiaram e acreditaram em mim. As minhas sobrinhas pelos seus sorrisos de crianças que na demonstração do seu amor renovaram minhas forças, assim como a de uma criança que se renova a cada momento. Ao meu pai, que me fez perceber que amor deve prevalecer e independente do que ocorrer o perdão deve existir, e que um dia você ainda olhará para traz e verá o seu longo caminho brilhando.

Ao meu namorado Denis que permaneceu ao meu lado durante esses quatro anos, pelo apoio, pelo carinho e paciência. Por ter sido o melhor amigo, companheiro e parceiro, por ter me ajudado nos momentos mais impetuosos, por ter tirado um sorriso quando uma lágrima escorria. Por ter dito em todos os momentos que eu iria conseguir.

Aos amigos e as pessoas que de alguma forma fizeram parte dessa trajetória, aos meus familiares que me apoiaram e oraram por mim. Em especial, aos meus amigos e companheiros de faculdade por serem meus irmãos de coração e companheiros, por todos os momentos vividos.

À minha orientadora, professora Lourdes Missio, que enfrentou junto a mim este desafio, sempre paciente e atenciosa. Obrigada por sempre estar disposta a ajudar, aconselhar e construir este trabalho desde o seu princípio.

Aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que contribuíram para a formação dos futuros enfermeiros.

Aos enfermeiros que participaram do estudo, pela receptividade e disponibilidade de tempo entre seus afazeres.

A Universidade que mesmo diante suas limitações atende a cada aluno e participam da formação de novos seres pensadores e críticos, lutadores pelos seus objetivos.

## RESUMO

O período gestacional é um período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher grávida e dos que a cercam, gerando a necessidade de adaptação ao novo momento a ser vivido. A mulher no período gestacional sofre com uma sobrecarga de emoções e aflições, medos e incertezas, por estas razões, as pessoas envolvidas buscam maneiras de viverem estes momentos de modo a minimizar ansiedades, fantasias e temores manifestos em relação ao processo de nascimento. O grupo de educação em saúde é utilizado como um recurso para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades. Sendo assim a pesquisa objetivou identificar a percepção dos enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Dourados/MS sobre o processo de Educação em Saúde com grupos de gestantes, além de conhecer a estrutura da gestão municipal relacionada aos grupos de gestantes das ESF. Buscou também identificar e evidenciar as estratégias, dinâmicas e aspectos relevantes utilizadas por Enfermeiros para o desenvolvimento de grupos de gestantes; identificar as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento desses grupos. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e transversal, tendo a amostra definida por conveniência. A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa “Laços que unem a Saúde da Mulher: o modelo adotado por um município” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o número do parecer 136.826. Participaram do estudo dez enfermeiros, os dados obtidos foram divididos em unidades temáticas, onde foram escalados em três categorias distintas sendo elas: caracterização dos sujeitos do estudo, atendimento à mulher no período gestacional e educação em saúde com gestantes. Os resultados apontaram que na atenção ao período gestacional as atividades são variadas e abrangem em maior parte o preconizado pelo Ministério da Saúde. Os enfermeiros realizam atividades de educação em saúde com gestantes, embora não de forma sistemática, e consideram importante a atividade com grupos de gestantes para o empoderamento da mulher para melhor enfrentar o período gravídico puerperal, mas encontram dificuldades para sua operacionalização. É também momento favorável ao desenvolvimento de potencialidades para o exercício do autocuidado, da promoção da saúde e do estímulo à cidadania.

**Palavras-Chaves:** Estratégia de Saúde da Família; Gestantes; Pré-natal.

## ABSTRACT

The gestation period is a period of constant physical, psychological and social life modifications for the pregnant woman and for those who are close to them, creating the necessity of adaption to the new moment to be lived. The woman, during pregnancy, suffers from an overload of emotions and distress, fear and uncertainty. For these reasons, the people involved are seeking ways to live these moments in order to minimize anxieties, fantasies and fears manifest in relation to the birth process. The group of health education is used as a resource to help and assist people in their necessities. Therefore, the research aimed to identify the perception of nurses working in the Family Health Strategy (FHS) of Dourados/MS on the process of health education with groups of pregnant women, besides knowing the structure of municipal management related to groups of pregnant women in FHS. It also sought to identify and highlight the strategies, dynamic and relevant aspects used by nurses to develop groups of pregnant women; identifying the advantages and difficulties in the development of these groups. This is a qualitative survey of qualitative with an exploratory, descriptive and transversal approach, taking the sample defined by convenience. The research attended to the ethical precepts, according to the Resolution n° 466, from december 12th, 2012, from the Nacional Health Council/Health's Minister. This study is a subproject of the reseach project called "Ties that join the Women's Health: a model adopted in a city", aproved by the Ethical Committe of the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS), under the n° 136.826. Were part of the study ten nurses, and the obtained data were divided into thematic units, wich were scaled in three distinct categories: characterization of the study subjects, women's treatment during pregnancy and health education with pregnants. The results pointed that the attention on the gestation period, the activities were diverse and covers the major part of the recomendes by the Health Minister. The nurses done activities of health education with the pregnants, although not in systematic way, and consider to be important the group activities with the pregnants for the empowerment of the women for the better facing of the gestation-puerperal period, but find difficulties for their operacionalization. It is also a favorable moment to develop potencialities for the self-care exercise, for the health promotion and the citizen incentive.

**Key-words:** Family Health Strategy; Pregnant women; Prenatal care.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABS** - Atenção Básica a Saúde

**ACS** - Agentes comunitários de Saúde

**CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões

**CNS** - Conferência Nacional de Saúde

**DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DST** - Doença Sexualmente Transmissível

**E** - Entrevistado

**ESF**- Estratégia de Saúde da Família

**FUNDECT** - Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul

**FUNAI** – Fundação Nacional do Índio

**IG** - Idade Gestacional

**MS** - Mato Grosso do Sul

**NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**PACS** - Programa de Agentes comunitários de Saúde

**PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PHPA** - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

**PHPN** - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**SIAB** - Sistema de Informação de Atenção Básica

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UEMS** - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>12</b>
1.1 Objetivo geral .....	13
1.2 Objetivos específicos .....	13
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
2.1 Delineamento da pesquisa .....	14
2.2 Local do estudo .....	14
2.3 Informantes da pesquisa .....	14
2.4 Critérios de inclusão .....	15
2.5 Critérios de exclusão .....	15
2.6 Amostra .....	15
2.7 Coleta e análise dos dados .....	15
2.8 Preceitos éticos .....	16
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher .....	17
3.2 Atenção Básica .....	19
3.3 Estratégia de Saúde da Família .....	21
3.4 A Rede Cegonha .....	22
3.5 O Período Gestacional .....	23
3.6 Educação em Saúde .....	26
3.7 Trabalho em Equipe .....	29
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>31</b>
4.1 Caracterização dos informantes do estudo .....	31
4.2 Atendimento à mulher no período gestacional .....	32
4.3 Educação em Saúde com Gestantes .....	36
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1 – MAPEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DOURADOS/MS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM</b>	

**PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL .....61**

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente trabalho envolveu a educação em saúde com gestantes a partir da percepção de enfermeiros. Optou-se pelo tema, pela necessidade de um melhor preparo da mulher e de sua família para o enfrentamento do período gravídico puerperal, em um momento em que as discussões em torno da humanização do parto estão muito valorizadas tanto na literatura como na assistência. Diante disso, surgiu a necessidade de conhecer e compreender como os enfermeiros percebem em seu serviço o desenvolvimento dessas ações.

O período gravídico puerperal é permeado por diversos significados de acordo com as singularidades de cada gestante e sua família. Neste sentido, é importante o compartilhamento de dúvidas, inseguranças, medos, anseios que permeiam este período. Para tanto, a mulher deve ser acolhida pelos profissionais e instituições de saúde que prestam assistência. Esse cuidado é importante para que a mulher gestante bem como sua família se sintam fortalecidas para o enfrentamento da gestação, parto e puerpério de forma prazerosa e saudável.

A atuação do enfermeiro na assistência à mulher neste processo é considerada como uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Essa assistência poderá diminuir as ações intervencionistas do tipo cesarianas, muitas vezes desnecessárias. Também poderá privilegiar majoritariamente a mulher como ser ativo no referido processo, conduzido por uma assistência mais humanizada (BARROS, SILVA; 2004).

Neste contexto, a participação em grupos de gestantes é uma das maneiras de minimizar o processo vivido, em que através de um jogo de iguais, há condições para a formação de um espaço de considerável poder terapêutico para seus participantes. Este potencial se legitima na medida em que possibilita às pessoas, ao interagir no campo grupal, elaborem seus sentimentos em relação ao momento vivido (SARTORI, VANDER SAND, 2004).

Autores como Pelicione, Pelicione (2007) apontam que as práticas de saúde adequadas ou não decorrem de experiências contínuas de ensino aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar seu nível de saúde.

Dentre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, destaca-se o seu papel nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) como locus importante para a prevenção e promoção a saúde entre as mulheres, principalmente por ser um espaço no qual a enfermagem as atende em suas especificidades de cuidados nos diversos programas de atenção primária, como o pré-natal, controle de câncer de colo de útero, dentre outros.

O município de Dourados/MS possui 49 equipes de ESF. Na equipe destaca-se a atuação do enfermeiro em atividades de promoção e prevenção à saúde no qual este realiza ações como o cuidar, coordenar e educar, proporcionando uma assistência integral no âmbito individual e coletivo, sendo assim percebe-se sua importância dentro do período gestacional.

Nesta perspectiva, acredita-se que o estudo possa fornecer meios para direcionar a assistência na área da Saúde da Mulher, especificamente no que diz respeito à atenção ao período gestacional.

Foram traçados os seguintes objetivos para a pesquisa:

### **Objetivo Geral**

- Identificar a percepção de enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Dourados/MS sobre o processo de Educação em Saúde com grupos de gestantes;

### **Objetivos Específicos**

- Conhecer a estrutura da gestão municipal relacionada aos grupos de gestantes das ESF;
- Identificar, compreender e evidenciar as estratégias, dinâmicas e aspectos relevantes utilizadas por Enfermeiros para o desenvolvimento de grupos de gestantes;
- Identificar as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento de grupos de gestantes.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e transversal. A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2006, p.21-22).

### **2.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada junto as ESF do município de Dourados/MS na área urbana, ou seja, unidades que estão localizadas dentro do perímetro urbano do município, além disso, a pesquisa contou com a participação de 10 ESF.

Dourados é o segundo maior município do estado do Mato Grosso do Sul, possui área de unidade territorial de 4.086,235 km<sup>2</sup> e uma população estimada para 2014 de 210.218 mil habitantes (BRASIL, 2014a). Levando em consideração este índice populacional, a cidade deve oferecer aos seus moradores um aporte satisfatório na educação, segurança, saúde entre outros. No SUS, essa transferência ocorre da esfera federal para a estadual e dessas duas para a esfera municipal. Respeitando-se as atribuições específicas das três esferas de governo, expressas na Lei n.º 8.080/90, a municipalização com a hierarquização e a regionalização constituem o eixo estratégico da descentralização. Nos municípios de maior porte, a descentralização deve se estender aos distritos de saúde e à autonomia gerencial das unidades de saúde (BRASIL, 2005a).

Na área da saúde, o município conta com uma assistência na saúde coletiva abrangente e constituída por 49 ESF, ainda segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), são em torno de 169.359 pessoas cadastradas no município, sendo um total de 48.825 famílias (BRASIL, 2014b). Em outubro de 2013 foi registrado o acompanhamento de 672 gestantes (BRASIL, 2014a).

### **2.3 Informantes da pesquisa**

10 Enfermeiros das ESF do município de Dourados/MS.

## **2.4 Critérios de inclusão**

Ser Enfermeiro atuante em ESF e desenvolver atividades com gestantes.

## **2.5 Critérios de exclusão**

Ser Enfermeiro não atuante em ESF ou atuar em saúde indígena, devido a questões éticas, culturais e valores morais. Além de dispor de critérios de aprovação pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

## **2.6 Amostra**

A amostra foi definida por conveniência, isto é, ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Nesta pesquisa, o Coordenador da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde forneceu uma listagem com dados do Enfermeiro responsável pela ESF, bem como o telefone, endereço da unidade e e-mail (ANEXO 1).

De posse dessa listagem, iniciamos o contato telefônico com os enfermeiros para convidá-los a participar do estudo e agendar a data e horário da entrevista. Dentre os enfermeiros que atuam em ESF no município, realizamos o contato com 42 enfermeiros em dois momentos. O primeiro momento foi, a partir da listagem fornecida pela Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, por ligações telefônicas na qual convidávamos o enfermeiro a participar do estudo e explicávamos o objetivo da pesquisa, e o segundo momento do contato foi pessoalmente. Aceitaram participar do estudo dez enfermeiros, sendo estes entrevistados.

Todos os participantes explicitaram a vontade de participar do estudo a fim de debater e tornar o tema mais visado no meio profissional. Os mesmos foram colaborativos, demonstrando anseio de novos conceitos e novos modelos para que forneça aos profissionais subsídios para um atendimento mais qualificado, ágil e eficiente às mulheres e seus familiares no período gestacional.

## **2.7 Coleta e Análise dos dados**

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 2). As entrevistas foram gravadas, mediante o aceite dos participantes e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Após foram transcritas e analisadas.

A abordagem metodológica para que os dados obtidos fossem analisados foi a Análise de Conteúdo de Bardin. Esse método decodifica os significados das unidades de análise, proveniente de uma leitura compreensiva com recortes que possibilitaram a categorização e classificação das falas obtidas (BARDIN, 1977).

Para Bardin (1977) e Oliveira (2008), essa técnica se divide em etapas, sendo elas: a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados, interferência e interpretação. Na pré-análise desenvolve-se uma preparação para a análise em si. Nesta etapa escolhe-se e se define os documentos a serem analisados, formulam-se hipóteses e objetivos para que se possa ao final ter uma determinada interpretação da análise. A segunda etapa denominada exploração do material ou codificação, é onde agrega-se os dados em unidades através das quais será possível determinar características contidas no texto. A última etapa é o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação, na qual se destacam informações resultantes das análises a partir da frequência com que aparecem ou apresentando-as como análise fatorial em diagramas, por exemplo.

## **2.8 Preceitos Éticos**

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa “Laços que unem a Saúde da Mulher: o modelo adotado por um município” sob coordenação da pesquisadora Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), com apoio da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob o número do parecer 136.826 (ANEXO 2).

As entrevistas foram realizadas perante o aceite dos participantes, sendo que os mesmos foram informados sobre a pesquisa, as finalidades e relevância e, foi solicitado que o participante assinasse o TCLE (APÊNDICE 1).

Os participantes do estudo foram identificados pela letra “E” e por um número seguindo a ordem cronológica das entrevistas, sendo E1, E2, E3 e assim sucessivamente, visando seu anonimato na utilização das falas.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher

A Política de Saúde da Mulher tem como primeiro objetivo indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas que, além de ser a maioria da população brasileira, cuidam, monitoram e acompanham a saúde de outros elementos da família, vizinhança e comunidade (FERNANDES, NARCHI, 2007).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Inicialmente estavam limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiar (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas houve, no Brasil, uma grande inserção da mão de obra feminina em todos os setores da sociedade. Entretanto, apenas as mulheres com mais de oito anos de escolaridade foram beneficiadas pelo sistema, ficando as de baixa escolaridade e renda alijada das possibilidades de melhoria da qualidade de vida. Se a população brasileira vem sofrendo o empobrecimento, cabe à mulher das camadas mais empobrecidas o maior ônus, ou seja, a perpetuação das baixas condições de vida e a manutenção das formas de exploração e dominação (FERNANDES, NARCHI, 2007).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e em 1984 ocorreu à implantação marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2011).

O programa para a saúde da mulher passa a incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente

pela reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Em 1986, realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um dos eventos sociais sobre a saúde da população brasileira mais significativa, que contou com a participação de todos os setores da sociedade. Nesse evento, estiveram presentes os movimentos de mulheres que foram imprescindíveis para determinar um novo conceito sobre saúde-doença, muito mais abrangentes do que aquele que havia até então (FERNANDES, NARCHI, 2007).

Neste contexto, Fernandes e Narchi (2007, p. 03) apontam que:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento o seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (...). Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A criação do SUS foi assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em consonância com o Art. 196 da Constituição Federal, as condições de possibilidade de tal criação decorrem da concepção de saúde como direito: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (PAZ, SALVARO; 2011).

A Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Artigo 1º, que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”, define o SUS: “Art. 4º - o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).” Trata-se então de um sistema regionalizado e hierarquizado, que tem uma direção única, exercida pelas esferas de gestão federal, estadual e municipal, que possuem funções específicas e articuladas entre si (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080 estabelece que a saúde como direito de todos e dever do Estado requer ações que “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990).

O conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (ÓSIS, 1998).

Segundo Tezza (2002), o PAISM deve ainda proporcionar a realização das atividades educativas que permitem as mulheres deter maior conhecimento sobre o seu próprio corpo, inclusive para melhor vivenciar a sua sexualidade, alertando-as sobre os problemas mais comuns de saúde, possibilitando melhor qualidade de vida.

Desta forma, respeitando a regionalização, as ações a serem desenvolvidas pelos níveis de atenção municipal, estadual e federal foram devidamente delimitadas, cabendo aos municípios a prestação de ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Ao Estado cabe a ação de maior complexidade, e ao governo federal, o processo de assessoria e a apoio à implementação do programa (FERNANDES, NARCHI, 2007).

Segundo Fernandes e Narchi (2007) o perfil epidemiológico da população feminina em cada região do Brasil é muito diferenciado por causa das condições socioeconômicas e culturais e pelo acesso aos serviços de saúde. Tal fato deve ser levado em consideração quando do planejamento da implementação do PAISM em cada localidade.

### **3.2 Atenção Básica**

A implantação do SUS representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (ESCOREL, et al., 2007).

As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) nos desafiam a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento. Nesse percurso de construção do SUS, foi criado em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHA). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou Humaniza SUS (NORA, JUNGES, 2013).

Para que o nível básico de atenção seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário, sob forma de acolhimento – atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas -, e cuidado – preocupação e responsabilidade pelo outro – o usuário (VILLELA, et. al., 2009).

A eficácia e a efetividade da atenção primária/básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, é influenciada pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território. Além disto, a efetividade da atenção básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações – que se expressam em contratos explícitos ou não -, que na perspectiva da inclusão cidadã deixam de ser o “alvo da ação” para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território (BRASIL, 2010).

Segundo DAVID, et al., (2009) o conceito de Atenção Básica (AB) no Brasil surge e se consolida na década de 1990, no contexto da ampliação do SUS e mudança do modelo assistencial, buscando dar destaque às ações de caráter preventivo e do enfrentamento de determinantes da saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A atenção básica à saúde ocorre em primeiro nível de atenção à saúde, preferencialmente em domicílio e voltada para a promoção, a prevenção, o tratamento e a

reabilitação (SCARATTI, 2007). Para Reisdorf (2010) a atenção básica deve ser voltada a uma prática universal de saúde, de caráter individual e coletivo, baseia-se na abordagem integral da pessoa, em seu contexto biopsicossocial e espiritual. Para sua organização, faz necessário o conhecimento detalhado das condições de vida da população, tanto em relação aos aspectos epidemiológicos e sanitários, bem como à realidade socioeconômica.

### **3.3 Estratégia de Saúde da Família**

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2002).

Atuando no espaço da Atenção Básica, a ESF propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume o conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde/doença na sociedade e não apenas no corpo das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações Inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população (FARIA et. al., 2010).

Ainda segundo Faria et. al., (2010) nessa perspectiva, toma a família como objeto precípuo da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas culturas dela decorrente.

A ESF busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita à entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potencial para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista, pressupõe ainda a presença do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (SOUZA, et. al., 2008). Seu maior objetivo é potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da Atenção Básica a Saúde (ABS), buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade (FARIA et. al., 2010).

Segundo BRASIL (2012), a ESF deve ter uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar e/ ou um técnico em saúde bucal. Visando atender as necessidades básicas da população.

### 3.4 A Rede Cegonha

No dia 28 de março de 2011, a Presidente Dilma Rousseff e o Ministro da Saúde Alexandre Padilha lançaram um novo programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil. Trata-se do *Programa Rede Cegonha*, uma iniciativa que procura melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde, tendo por diretrizes: o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como *vale-transporte* ou *vale-táxi* até o local no dia do parto; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. Além disso, o programa pretende também incentivar o aleitamento materno; disponibilizar o *Samu Cegonha* ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência, e difundir, nas escolas, um programa de educação que busque controlar a gravidez na adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos (CARNEIRO, 2013).

Ainda segundo Carneiro (2013) o objetivo geral é erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste do país. A proposta é do governo federal, mas competirá aos estados e municípios a sua aplicação. Para tanto, o governo disponibilizou 9,4 bilhões de reais até 2014, procurando amparar os dois milhões de gestantes atendidas SUS.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2014d).

Para o Ministério da Saúde (2011b) a Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Ainda tendo como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

### **3.5 O período gestacional**

A reprodução do ser humano não é só a capacidade de perpetuar a espécie, mas significa, também, uma resposta a uma necessidade tanto para os homens quanto das mulheres de terem filhos e de suprirem a sociedade com cidadãos comprometidos com o bem de toda a sociedade/comunidade (TEZZA, 2002).

A gravidez é um episódio fisiológico na vida normal da mulher. Durante o período gestacional ocorrem profundas alterações fisiológicas que marcam significativamente o corpo da mulher, preparando-o para acolher, nutrir e trazer à vida um novo ser. No entanto, há também transformações psicológicas, pois a gestante procura compreender sua nova imagem. Esse fato encontra-se bem evidenciado na primeira gestação, e em especial nas primigestas (BARRETO, OLIVEIRA; 2010).

Segundo Hoga e Rebert (2007), durante a gestação o esquema corporal feminino sofre intensa transformação como resposta às demandas próprias dessa fase. São modificações requeridas durante esse momento de transição para a maternidade. Nesse período, o corpo da mulher passa a desenvolver uma linguagem própria e particular que se expressa por muitos sinais e sintomas, mudanças posturais da grávida. A linguagem do sintoma é uma forma de comunicação da grávida com seu mundo interior, seu corpo e suas sensações. Salientam que este conjunto necessita ser interpretado, compreendido, avaliado e compartilhado, inclusive pelos profissionais que a assistem.

Já Sartori e Vander Sand (2004) definem a gravidez como período de constantes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher grávida e dos que a cercam, em

especial o companheiro/futuro pai. A condição de gestar um filho gera necessidade de adaptação às novas condições e papéis de mãe, pai, avó, e pessoas próximas. Por esta razão, as pessoas envolvidas buscam maneiras de viverem estes momentos de modo a minimizar ansiedades, fantasias e temores manifestos em relação ao processo de nascimento.

A resposta inicial da mulher e das demais pessoas envolvidas, em geral, é positiva – alegria, euforia, satisfação, felicidade – ou negativa – tristeza, desespero, raiva, ressentimento, decepção, medo, revolta. É importante para a saúde o bem-estar da mulher, da criança que está em gestação e de outros membros da família que as atitudes negativas sejam substituídas por positivas (BARROS, SILVA, 2004).

Neste contexto, segundo Barreto, Oliveira, (2010, p 09) na gestação:

O primeiro trimestre da gravidez caracteriza-se como ambivalência, isso ocorre quando há a comprovação da concepção, o que põe em dúvida, independentemente do planejamento e do desejo da mulher por esta gravidez, a escolha de Ser mãe. Além disso, está se preocupa com a sua saúde para gerar um filho, e ainda com a aceitação de sua gravidez pelos que lhes são queridos. Ao iniciar o segundo trimestre da gravidez ocorrem as alterações físicas e o início dos movimentos fetais, o que contribuem para a resolução da ambivalência. Em relação ao seu estado emocional, a gestante encontra-se altamente sensível, o que se explica devido a fatores hormonais, à preocupação, e ao impacto da gravidez que permeiam o ciclo grávido- puerperal. É ainda nesse período do segundo trimestre de gravidez que a mulher procura conhecer e aprender sobre sua gestação e seu bebê, pois o trabalho de parto encontra-se um pouco distante e ela se sente segura para obter todas as informações de que necessita. Durante as últimas semanas de gravidez, o que se inicia com o terceiro trimestre, a futura mãe tem pressa para completar todas as suas tarefas e passa a tomar decisões a respeito do bebê. Por fim, geralmente após 40 semanas de gestação, chega o fim da gravidez.

A gravidez induz o organismo materno a uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e a pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. As adaptações a essas alterações são necessárias para que, inicialmente, o embrião e, depois, o feto tenham um desenvolvimento dentro dos padrões da normalidade e para que a mulher se adapte ao evento da gravidez. Assim, durante as 42 semanas de gravidez, o organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais tem como finalidade a adaptação, a manutenção e o desenvolvimento harmônico da gestação (BARROS, SILVA, 2004).

Durante o período de pré-natal, os membros da equipe de assistência à saúde devem empenhar-se em garantir a saúde da gestante e de seu filho. Esse período começa com a concepção e termina com o início do trabalho de parto (BRANDEN, 2000).

O caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne patologias como as anemias e as



doenças hipertensiva gestacional (pré-eclâmpsia, eclampsia). Também deve favorecer para o preparo para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, prevenção do abortamento e o risco de parto prematuro e até o óbito perinatal (NEME, 2000).

Nos últimos anos, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a atenção ao parto e nascimento está sendo marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Estes fatores contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta também que os indicadores do SISPRENATAL<sup>1</sup> demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa em relação ao número de consultas, exames, e atendimento no período puerperal. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância desse acompanhamento.

É importante enfatizar que a atenção pré-natal, não envolve procedimentos complexos e favorece a interação entre o profissional e a gestante e sua família. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde durante todo o período reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. Além disso, a assistência gestacional, quando mediada por diálogo e respeito entre profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado (LANDERDAHL, et. al., 2007).

Assim, cabe aos profissionais de saúde uma reflexão acerca da assistência prestada às gestantes, bem como buscar subsídios para o planejamento, implementação e avaliação da assistência pré-natal que alcancem melhores níveis de qualidade. A atenção ao pré-natal, parto e puerpério está muito interligada, e a impossibilidade de acesso às informações, em qualquer desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de vida (LANDERDAHL, et al., 2007).

Neste contexto, o papel do enfermeiro é extremamente importante, no sentido de ajudar os pais a entender que a gravidez e o nascimento da criança modificarão suas vidas irreversivelmente, propondo-lhes um compromisso de longo prazo, que pode ser facilitado pela preparação intelectual, física e emocional (BRANDEN, 2000).

---

<sup>1</sup> SISPRENATAL - O SisPreNatal é o software que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014c).

Segundo Navajas Filho (1997), é importante para o enfermeiro que presta cuidado às gestantes no pré-natal, conhecer o que está acontecendo com elas e saber que, por trás de toda pergunta aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes. Salientam que o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, pode contribuir para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do concepto.

A atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição, é considerada como uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Com essa assistência, poderá diminuir as ações intervencionistas do tipo cesarianas, muitas vezes desnecessárias. Também poderá privilegiar para que a parturiente seja ativa no referido processo, conduzido por uma assistência mais humanizada (BARROS, SILVA; 2004).

Ainda, segundo os autores, as habilidades práticas e humanizadas do enfermeiro permitem detectar e corrigir precocemente qualquer intercorrência e/ou desvio do mecanismo fisiológico da gestação, possibilitando melhorar a qualidade na assistência ao parto e ao nascimento (BARROS, SILVA; 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) o enfermeiro no pré-natal, além de atuar nos aspectos relacionados à consulta de enfermagem de acordo com as necessidades de cada gestante, deve também desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), para aquelas gestantes que se enquadrem no pré-natal de baixo risco.

### **3.6 Educação em Saúde**

Tradicionalmente, segundo Albuquerque e Stotz (2004), a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. A educação em saúde hegemônica não tem construído sua integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular.

Na área da saúde, o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência. Se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, com o compromisso contínuo de aprendizado e com a prática multiprofissional. Assim, a integralidade no cuidado

de pessoas, grupos e coletividade deve perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO, et al., 2007). Os autores também apontam que neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Sendo assim, é necessário que o setor de saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde.

Segundo Munari e Rodrigues (1997), as atividades educativas em grupos, devem ser utilizadas como um recurso para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades. Salientam que na área de enfermagem, a utilização de grupos não se constitui propriamente em uma novidade.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO et al., 2007).

Neste contexto, o enfermeiro deve ser um educador que, ao sistematizar e individualizar o cuidado pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões (LOPES, et. al., 2009).

As atividades em grupo são realizadas com frequência no decorrer da assistência pré-natal possuindo, cada um, o seu enfoque. Deve ser valorizada a troca de informações sobre a gestação, o parto e o período pós-parto, independentemente dos princípios que norteiam o desenvolvimento de tais grupos. Pode também ser atribuída importância ao preparo do corpo mediante realização de ginástica ou ao fornecimento de informações relativas às transformações próprias da gravidez e cuidados com o recém-nascido (HOGA, REBERT, 2007). As ações no grupo de gestante devem analisar as peculiaridades de cada mulher ou família no seu momento vivido, avaliando as individualidades, com enfoque aos aspectos sociais, psicológicos, fisiológicos, dentre outros.

Neste sentido, a criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância. Nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante

grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas (BRASIL, 2012).

Para tanto, é necessário introduzir a prática dessas atividades (individual e grupal), de maneira a sobrepor às consultas, com a proposta de reversão do modelo tradicional biomédico (voltado à doença) para o modelo atual, que tem como foco a promoção da saúde e que, portanto, traz a democratização do saber em saúde e a avaliação de impacto sobre a qualidade de vida das pessoas como principal meta (MOURA, RODRIGUES, 2003).

Sendo assim, para que o grupo dê suporte às gestantes devem-se proporcionar discussões que envolvam vários componentes afetivos, possibilitando um clima de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal, e a vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade sejam valorizadas (KLEIN; GUEDES, 2008).

O trabalho grupal deve ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania (FRIGO, et. al., 2012).

Os autores mencionam que, de maneira geral os grupos são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados, diminuir a ansiedade e compreender de forma mais clara os sentimentos que surgem neste período, permitindo a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuir para o oferecimento de assistência humanizada (FRIGO, et. al., 2012).

Desta forma, a participação em grupos de gestantes é uma das maneiras de minimizar o processo vivido, em que através de um jogo de iguais, há condições para a formação de um espaço de considerável poder terapêutico para seus participantes. Este potencial se legitima na medida em que possibilita às pessoas, ao interagir no campo grupal, elaborem seus sentimentos em relação ao momento vivido (SARTORI, VANDER SAND, 2004).

Assim, salientamos que deve ocorrer um aproveitamento dos encontros de em gestantes para orientar também sobre o puerpério, que é considerado a continuação de um período de transformação, pois implica modificações fisiológicas como da rotina e do relacionamento familiar. É também importante o acolhimento que o grupo proporciona, pois é um lugar de trocas, oportunizando o diálogo entre os profissionais de saúde e as gestantes e seus familiares.

Segundo Moura e Rodrigues (2003) a participação do grupo é um aspecto favorável ao desenvolvimento de potencialidades para o exercício do auto cuidado, da promoção da saúde e do estímulo à cidadania. Elencam, ainda que, o desenvolvimento de atividades de comunicação/informação em saúde na assistência ao pré-natal merecem ser priorizadas, planejadas e desenvolvidas com vistas a gerar mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas por todos os profissionais que integram as equipes de PSF, podendo se estender as ESF.

### **3.7 Trabalho em Equipe**

A importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 1990, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (ARAÚJO, ROCHA; 2007).

Para Araújo e Rocha (2007) o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Segundo Zannon (1994), interdisciplinaridade são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Para Gomes (1997) o trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. O autor lembra que na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

Ainda segundo os autores a importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à

possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta a análise dos dados da pesquisa, a partir das falas dos enfermeiros atuantes em ESF envolvendo as ações de educação em saúde para as gestantes. Os resultados foram organizados em unidades temáticas assim compostas: caracterização dos sujeitos do estudo, atendimento à mulher no período gestacional e educação em saúde com gestantes.

### 4.1 Caracterização dos informantes do estudo

Dentre as 49 ESF apenas 10 enfermeiros participaram do estudo, a maioria era do sexo feminino, totalizando nove de dez entrevistados.

A maior participação de mulheres neste estudo denota o que já era esperado na profissão por ser a Enfermagem ainda uma profissão majoritariamente feminina.

Para Sobral (1994) a enfermagem é tida como profissão de mulheres, devido a sua relação de cuidar, o que seria relacionada como a extensão do lar, como alguém que cuida, nutre e educa. Devido a esse fator podemos algumas vezes relacionar a pequena quantidade de homens na enfermagem. Salienta-se que nos últimos anos tem havido uma maior inserção de homens nesta profissão.

Em estudo realizado por Bastiani (2013) também apontou que entre os enfermeiros atuantes em ESF do município de Dourados, a grande maioria é de mulheres.

Sobre o tempo de atuação na ESF, dois entrevistados atuam menos de um ano, quatro atuam de um a quatro anos e, quatro profissionais atuam de cinco a 14 anos.

Não se trata mais, portanto, de uma qualificação formal/qualificação prescrita/qualificação do trabalhador para desenvolver tarefas relacionadas a um posto de trabalho, definida pela empresa para estabelecimento das grades salariais, ou pelos sistemas de formação para certificação ou diplomação, onde as tarefas estavam descritas, codificadas e podiam ser visualizadas, mas da qualificação real do trabalhador, compreendida como um conjunto de competências e habilidades, saberes e conhecimentos, que provêm de várias instâncias, tais como, da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e da experiência de trabalho e social (qualificações tácitas) (DELUIZ, 1996).

Ainda segundo Deluiz (1996) o fator tempo de atuação não pode influenciar no desempenho profissional, desde que este tenha habilidades e qualificações para desempenhar

o seu papel dentro do serviço de assistência à saúde. Partindo desse ponto o maior aliado aos profissionais são as literaturas e manuais de preconização do Ministério da Saúde.

#### **4.2 O atendimento à mulher no período gestacional**

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo, desta forma, para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2012).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) aponta entre as estratégias necessárias para o atendimento humanizado assegurar às gestantes um acesso facilitado ao serviço de saúde, bem como a cobertura e a qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao binômio mãe-bebê. Além de ampliar as ações já existentes pautadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, devem-se ensinar os cuidados a serem dispensados à criança, permitindo partos normais e dando a luz a sadios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Para Freitas et. al., (2006), os objetivos das consultas no período gestacional, devem definir o estado de saúde da mãe e do feto, determinar a Idade Gestacional (IG) e iniciar um plano de cuidado obstétrico continuado. Toda gestante tem direito do atendimento de pré-natal, vinculado a uma unidade de saúde. Após o teste de gravidez positivo, esta deve ser cadastrada no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL, onde irá receber a carteira de gestante contendo informações relativas ao seu estado de saúde, as quais servirão de elo entre a assistência pré-natal e a assistência hospitalar (BRASIL, 2011).

Podemos verificar que esta atividade acontece nas ESF através das seguintes falas dos entrevistados:

A gente faz o cadastro, o pré-natal, acompanha todo o pré-natal, o esquema de vacina. Junto com o cadastro a gente faz o pedido de todos os exames básicos, alguns complementares e também a gente faz o teste rápido de HIV e Sífilis (E2).

Atualmente nos estamos fazendo mais a consulta de pré-natal, acompanhamento de gestantes do início gestacional até o puerpério, o pré-natal normal, orientações sobre



mudanças com o corpo delas, vacinação, SISVAN<sup>2</sup> dessa gestante. Enfim, orientações em gerais (E3).

O pré-natal inicialmente quem faz a primeira consulta sou eu, faço a abertura do pré-natal, daí depois elas vem uma vez por mês, tem vez que passa por mim e tem vez que passa pelo doutor (E9).

Elas vêm e fazem o agendamento primeiro comigo geralmente, eu faço a primeira consulta, e faço o cadastro do SISPRÉNATAL, os exames, de todo o primeiro atendimento e depois a gente vai agendando elas (E10).

Até mesmo referente ao profissional com pouco tempo de serviço percebe-se através de sua fala que a consulta das gestantes é realizada de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. A fala denota que o enfermeiro dentro da ESF é quem desenvolve na maioria das vezes a primeira consulta ou o primeiro atendimento à gestante.

El aponta que:

Até agora uma única coisa que eu fiz foi um cadastro do SISPRENATAL.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) é importante ressaltar que as atribuições dos profissionais que atuam nas ESF são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Não se pode esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012).

Cada profissional dentro da ESF tem o seu papel para apoio e captação das gestantes para o serviço e atendimento, os que estão em contato direto com a população para essa captação são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Segundo Brasil (2012) ao ACS cabe orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar visitas domiciliares para a

---

<sup>2</sup> SISVAN - É um sistema de informação que tem por objetivo fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2004).

identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes, acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, etc.

Porém, apenas dois dos enfermeiros entrevistados se referiram ao papel do ACS dentro da atenção ao período gestacional. Este fato denota a falta de preparo das equipes para englobar todos os profissionais envolvidos dentro dessas ações.

O ACS também, a gente não pode esquecer o ACS lá na ponta também porque ele procura fazer a captação da paciente (E5).

Elas vêm pelo agente de saúde ou por demanda espontânea (E10).

Dentre as atribuições do enfermeiro segundo (BRASIL, 2012, p. 47) encontram-se: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido; realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença; solicitar exames complementares; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos; orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Tendo em vista o que é exposto como atribuição dos enfermeiros, podemos observar as atividades realizadas nesse período através das falas apresentadas pelos entrevistados:

Ano passado a gente teve essa experiência de realizar um curso de gestante, e o ano passado a gente teve essa experiência de implantar o grupo de gestantes, e foi muito interessante. O grupo teve um período de três meses e nós tivemos uma boa adesão e as gestantes colocaram muito que o grupo trouxe muita segurança. A gestante da minha área que participou era uma gestante acompanhada pelo alto risco que vinha para o grupo, porque lá no alto risco ela tinha consulta, mas ela não tinha essa parte (E4).

Além das consultas, a gente acaba tentando abordar também no grupo (E5).

A gente já iniciando o pré-natal a gente já orienta a gestante da importância delas estarem participando nos grupos de orientação, nas rodas de conversa, da maneira como você vai abordar nas oficinas (E7).

Tem a consulta (E8).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco (risco habitual) na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012).

A avaliação deve continuar regularmente durante todo o período pré-natal. A gestante pode agendar uma consulta de rotina a cada quatro semanas, até a 28ª semana de gestação; uma consulta a cada duas semanas até à 36ª semana e, em seguida semanalmente até o bebê nascer. Contudo, a quantidade de consultas agendadas depende das condições gerais da paciente: as mulheres sob risco mais baixo tem programadas apenas consulta de rotina, e aquelas sob risco mais alto tem agendados comparecimentos bem mais frequentes (BRANDEN, 2000). Podemos relacionar isso ao que o E6 relata em uma parte de sua entrevista.

A consulta é de acordo com o Ministério da Saúde, mensal, depois quinzenal e depois semanal (E6).

Para obter o controle da quantidade de gestantes cadastradas, ocorre a captação das gestantes onde elas residem, permitindo a análise da proporção de gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em função do quantitativo de gestantes estimadas para determinado local e período. O resultado pode ser influenciado por vários fatores como as condições socioeconômicas da população, a cobertura de planos privados de saúde, dentre outras (BRASIL, 2012).

De acordo com os entrevistados a quantidade de gestantes cadastradas em cada uma das ESF varia bastante. As falas mencionam que:

Eu fiz o mapa<sup>3</sup> esses dias, eu cheguei fechando o passado. Oh gestantes são 42 (E1).

Mais ou Menos 20 (E2).

---

<sup>3</sup> Mapa de Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011 c).

Atualmente aproximadamente 22 a 23 gestantes (E3).

Na minha equipe hoje eu devo estar em torno de 17 (E4).

Hoje 40, só da nossa equipe (E5).

34 gestantes (E6).

As equipes que eu participei, nas três na realidade eu já tive duas equipes com muitas gestantes porque era uma área é mais carente, uma média de 40 gestantes nessas equipes e duas equipes que eram poucas gestantes, em torno de 14/16 gestantes (E7).

Um 30 e pouco, deixa eu confirmar aqui para você. 31 porque tem mais três novas para cadastrar (E8).

26 (E9).

Em média temos 20 gestantes cadastradas na área toda (E10).

Salienta-se que mesmo em ESF com uma pequena quantidade de gestantes cadastradas, pode-se e deve-se realizar atividades educativas, pois independentemente da quantidade de gestantes participantes, esta ação pode favorecer a qualidade do serviço prestado. Para Braden (2000) durante o período de pré-natal, os membros da equipe de assistência à saúde empenham-se em garantir a saúde da gestante e de seu filho. Assim, entendemos que todas as gestantes cadastradas devem ter suporte para uma assistência adequada, seja ela individual ou coletiva, mas atendendo as preconizações proposta pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu através das Portarias Nº 569, 571 e 572, o PHPN. Trata-se de oferecer assistência adequada à futura mãe, que vai desde a identificação da gestante no primeiro trimestre de gravidez (precocemente), passando pela realização de exames necessários para a saúde da mãe e do bebê até a garantia de um hospital que atenda a mulher no momento do parto. Ou seja, é o acompanhamento durante o pré-natal, parto e pós-parto (BRASIL, 2010).

### **4.3 Educação em Saúde com Gestantes**

As ações educativas em grupo são utilizadas como um recurso para ajudar e assistir as pessoas em suas necessidades.

Na área de enfermagem, a utilização de grupos não se constitui propriamente em uma novidade. Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve seu trabalho em grupo tanto na assistência em atividades junto à equipe de enfermagem e com as equipes multiprofissionais; executando as atividades educativas junto a grupos específicos da população, como no ensino, realizando grupos de discussão de casos ou como estratégia em

disciplinas nas quais o grupo funciona como parte de aprendizagem (MUNARI; RODRIGUES; 1997).

Ao questionar os entrevistados sobre experiências com educação em saúde, dois enfermeiros entrevistados referiram ter realizado esta atividade somente com profissionais junto ao setor no qual trabalhavam. Os outros oito entrevistados referem ter realizado educação em saúde com a população/usuários.

A fala a seguir menciona que:

Antigamente eu trabalhava em UTI e eu fazia capacitações para auxiliares e técnicos, minicursos, (...), a partir de 2009 que mais efetivamente participei dessa questão de educação em saúde com a população, antigamente era mais com os funcionários (E4).

A educação em saúde pode ser definida como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (L'ABBATE, 1994).

Para Candeias (1997) a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente a habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações alvo que não se encontram normalmente nas outras três dimensões.

A educação em saúde deve fazer parte da rotina de serviço do enfermeiro, e essa atenção deve ser realizada de forma que a população seja o alvo, permitindo também que ocorra a promoção à saúde que é discutida nos materiais de firmiação do SUS.

Quando indagados sobre o trabalho de educação em saúde, quatro dos entrevistados não referiram sobre o tipo de trabalho de educação e saúde realizado anteriormente por eles; os outros seis afirmaram que suas experiências se deram através de palestras em grupos com gestantes, no hiperdia e nas rodas de conversa, mostrando a necessidade de empoderamento dos profissionais acerca do assunto.

O enfermeiro desempenha função importante para a população, pois participa de programas e em atividades de educação em saúde visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral. A educação em saúde engloba todas as ações de saúde e deve estar inserida na prática diária do enfermeiro (OLIVEIRA, GONÇALVES, 2004).

As falas E2 e E6 salientam o que é exposto pelos autores acima, a respeito de ter a prática de educação em saúde inserida como prática no serviço de saúde.

Várias coisas a gente faz, palestras, já participei de grupos de caminhada, de grupo de gestantes (E2).

Além do nosso grupo de gestantes nós temos o grupo do HIPERDIA, já tem bastante tempinho já (E6).

Na fala do E3 é possível verificar a importância da formação acadêmica para a prática de educação em saúde, pois conforme sua formação este profissional irá agir dentro do mercado de trabalho.

Porque assim, na verdade quando a gente saiu da faculdade, a gente já saiu com essa percepção de educação em saúde, então, sempre procurei fazer educação em saúde (E3).

Neste estudo foi questionado ao enfermeiro sobre a realização de atividade de educação em saúde, ou seja, se na ESF era realizada educação em saúde especificamente com gestantes. Entre os dez entrevistados três afirmaram não desenvolver a atividade e sete afirmaram desenvolver. Mencionam que:

No momento não, porque a gente está reformando aqui não sei se você viu ali na frente, construir uma sala pra gente poder trabalhar educação em saúde, porque aquela recepção lá do jeito que é todo mundo misturado é impossível (E2).

Até então porque a gente não estava conseguindo ter uma equipe completa, porque cada palestra eu organizava e eu tinha que fazer. Então desde quando eu estou aqui, a equipe nunca está completa (E10).

Até o ano passado fazia, sobre aleitamento materno, cuidados gerais, tipos de parto chegou um período que a gente teve que parar, eu fiquei sem um médico, eu acabei me sobrecarregando, agora a gente vai retomar (E3).

É às vezes. Não tem uma rotina assim (E9).

Neste sentido, Delfino (2003) menciona que a promoção da saúde é um processo realizado pelo profissional de saúde junto às gestantes com o objetivo de conscientizá-las a fim de que se tornem participantes ativas nas decisões que envolvem a sua gestação e de que promovam transformações das suas limitações em possibilidades de viver saudável.

Ao analisar o relato de um dos entrevistados podemos observar que em sua fala ele é claro ao dizer que realiza educação em saúde, referindo realizar as atividades em duas ou três vezes no ano. Relata que:

Uma atividade de palestra, mas não é frequente, uma atividade de duas ou três palestras por ano. Teve uma época que fazia palestra todas as sextas feiras com as gestantes, mas deu uma mudada um pouco porque antes todos faziam esse trabalho na sexta feira e agora não mais, foi o que acabou com as palestras toda semana (E8).

De acordo com Hoga e Rebert (2007) as atividades em grupo são realizadas com frequência no decorrer da assistência ao pré-natal possuindo, cada um, o seu enfoque. Ainda complementando, Rios e Vieira (2007) acreditam que a realização de ações educativas no

decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, no entanto é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de uma forma positiva, além de ter menos riscos de complicações durante o puerpério.

Os dados deste estudo mostraram que, um profissional se encontra insatisfeito com a “pouca insignificância” que dão para o profissional no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, mencionando a falta de apoio e material o que pode ser um problema em alguns casos e até uma desmotivação para a realização de atividades educativas para a comunidade podendo assim influenciar na falta de grupos de orientações. Menciona que:

Não tem como falar ali naquela recepção, vai lá pra você ver. São duas equipes, chegam todas as urgências ali, são todos os tipos de clientela, e laboratório, triagem, as consultas, tudo e as gestantes também. Então você vai gritar né, vai ficar falando sozinha, então eu desisti, eu tenho mais o que fazer do que ficar falando com as paredes, não dá para escutar no tumulto né? E em outros lugares para elas irem, você pode esquecer, porque se for fora do dia do pré-natal ela não vai ir, só se você der alguma coisa e a prefeitura não vai dá nada, e eu não vou comprar nada do meu bolso, se você quer trabalhar educação em saúde então você tem que aproveitar o dia que elas vêm para o pré-natal, dá para fazer, só que nessa miscelânea não tem condições (E2).

O estudo mostrou que cada ESF tem o seu dia específico para o grupo acontecer, adequando de acordo com a rotina diária da unidade. Um dos entrevistados mencionou fazer em torno de três encontros no ano. Porém outros três não realizam e o para outros a ação é desenvolvida quinzenalmente ou mensalmente. O que pode ser confirmado pelos relatos:

Quinzenalmente, às vezes mensalmente, e a gente fazia numa sexta-feira à tarde (E3).

A frequência das reuniões era semanal (E4).

É uma vez por mês que tem o grupo de gestantes no caso, sempre na última quarta-feira do mês, só não tem no mês de dezembro, por causa do feriado de natal próximo que a gente não faz. De janeiro a novembro que são as reuniões, são onze encontros (E6).

Segundo Lopes, et. al. (2009) o enfermeiro é um educador por natureza que, ao sistematizar e individualizar o cuidado pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis. Com base no que o autor refere podemos verificar que o surgimento do grupo dentro da unidade está relacionado a vários fatores, o que pode ser observado em uma das falas quando perguntado sobre a origem do grupo.

A necessidade mesmo, porque assim a gente vê durante a consulta que por mais que você tenta passar a informação é muita coisa, é corrido na hora do pré-natal, você tem que fazer toda aquela parte da gestante avaliação, ainda fazer orientações,

porque não passar com o grupo, porque daí vai ser troca de saberes, porque tem mulheres que são primeira vez que está gestante e tem mulheres que são múltiparas, acho legal essa troca que tem. A gente ainda vê muitas coisas aqui é antigo, na verdade o saber delas é um saber da avó, da mãe, um saber cultural, é cultural mesmo, quando você parte para o grupo você consegue desmistificar isso (E5).

Através do estudo foi verificado que apenas dois de sete entrevistados no momento da pesquisa ainda estavam desenvolvendo as atividades com grupos, os outros cinco já haviam encerrados as atividades, por diversos motivos. Sendo eles: o término do planejamento, a mudança de ESF, a mudança na equipe, entre outros. Os dois entrevistados que ainda continuam referiram que as atividades só param em dezembro devido ao recesso de fim de ano, e que a cada ano tem seu retorno na última semana de janeiro ou fevereiro.

Para Melles e Zago (1999), a educação de paciente é uma ação instrumental e de proteção do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informação (orientação) é sua essência. Entretanto, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem (habilidades psicomotoras e atitudes), e todas elas associadas é que poderão constituir-se em subsídios para as alterações de comportamentos e atitudes de saúde

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) as atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, respeitando a cultura e o saber popular para minimizar suas dúvidas, medo e ansiedade no momento do parto.

Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde. Em relação às estratégias de cuidado, cabe destacar que a enfermagem, como arte, possibilita ao enfermeiro exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas ações para uma coletividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser (SOUZA, WEGNER. GORINI; 2007).

Para a realização da ação, cada enfermeiro utiliza de recursos disponíveis no momento. Porém, dados encontrados neste estudo denotam para a falta de apoio do município para estas ações, como os recursos audiovisuais, dentre eles o *Datashow* ou outros recursos, os quais precisam ser reservados com muita antecedência. Os entrevistados apontaram a parceria com o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mas devido à pouca quantidade de NASF distribuídos e uma agenda limitada, muitas unidades deixam de utilizar o recurso. Outra



parceira que os entrevistados referem recorrer são as Universidades, que com o apoio em projetos de extensões ou mesmo com estágio conseguem realizar as ações previstas. As falas abaixo apontam que:

Sim, o pessoal do NASF, na época, o pessoal quando tinha o hospital da mulher, la onde o hospital da mulher/regional eu fazia uma solicitação para estar vindo a nutricionista, principalmente sobre a questão do aleitamento materno, eu fazia convite para a educadora física pra está fazendo (E3).

Com o NASF e alguns convidados, por exemplo, teve um dia que o tema era falar sobre os direitos das gestantes, nesse dia a gente convidou uma assistente social. De convidada mesmo teve a assistente social e a minha supervisora que ela terminou de concluir um curso sobre Doula e ela tinha que fazer uma intervenção em um curso de gestante, então ela também veio como convidada fez e inclusive no último dia as gestantes fizeram seu plano de parto, já foram para a maternidade com seu plano de parto por escrito. Ela trouxe o modelo de plano de parto e a gente explicou o que era e ai foi um ponto positivo (E4).

Apoio nenhum, é tanto que o grupo é realizado só com os profissionais da estratégia, só a equipe mesmo, os funcionários da unidade, é feito um caixa onde é levantado de todos os profissionais, seja de nível médio ou superior, dinheiro, a gente faz um caixinha para poder fazer. Não tem estímulo nenhum da secretaria não (E5).

Parceria tem com a UEMS, os acadêmicos de enfermagem da UEMS. Da prefeitura não, porque quem compra as coisas é a gente (E6).

A respeito da metodologia utilizada nestas atividades, pode-se verificar que nas unidades que são realizadas atividades educativas com gestantes, buscam sempre trabalhar com grupos e utilizar roda de conversa, cartazes, dinâmicas, panfletos, dentre outras formas. E3 menciona que:

Bem sempre com roda de conversa, gostei sempre de muita dinâmica, por exemplo cuidado com bebê, trago um boneco, mais algo visual.

No decorrer das entrevistas foi perguntado sobre o ponto de vista deles sobre as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde com gestantes. Dentre os pontos facilitadores, o que foi mais citado foi a adequação do local para realização das atividades, onde alguns referem como ponto facilitador e outros referiram a falta dele como um ponto dificultador.

Na fala do E4 podemos perceber que para eles, o local não se tornou uma dificuldade e sim uma facilidade. Utiliza um espaço da comunidade fora da unidade. Expõe que:

(...) um local muito apropriado, é o local que quando a gente queria projetar ele favorecia, era um local agradável, fora da unidade, não tinha essa coisa de chegar um paciente e estar interrompendo.

Em outras falas podemos perceber que as facilidades estão relacionadas à questão motivacional do profissional, além das gestantes estarem sendo beneficiadas, os profissionais também estão, pois o trabalho se torna gratificante e os incentivam para novos trabalhos.

(...) acho que essa motivação que a gente tem de fazer alguma coisa diferente pra nossa comunidade, eu acho que é o ponto fundamental, ponto de equilíbrio, porque se a gente não tivesse essa visão que a necessidade de fazer uma mudança, não ficar só na parte curativa, tem que ter educação em saúde por que ela muda a percepção das pessoas se não tivesse isso não dava certo não (E5).

Outro entrevistado elenca além da equipe, a importância das parcerias acontecerem, mostrando que uma unidade aberta a receber outros setores sejam eles Universidades, escolas, igrejas, dentre outros, e podem realizar um trabalho amplo.

Iniciativa da equipe, as parcerias que ajuda bastantes e adesão das gestantes, se elas não aderirem o projeto não vai pra frente, e tem que ter paciência porque tem mês que vem muitas e tem mês que não vem quase ninguém, e mesmo que vier uma só nós fazemos com uma só, em respeito a quem veio, porque saiu de casa no sol quente que é no período da tarde pra vir aqui (E6).

Outro aspecto importante a ser levado em consideração na pesquisa é o cuidado para que, independentes do número de participantes, no dia do grupo todas as gestantes sejam consideradas especiais e respeitadas por terem se deslocado para o local. Estas ações favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio de diversos conhecimentos e gerando a possibilidade de intervir no processo saúde-doença. Algumas falam elencam que:

Agora a equipe é muito importante, porque os recursos humanos são importantes, você acolher essas gestantes, ela sentir que ela chegando ali qualquer hora ela vai ser recebida, por qualquer um que estiver, pela doutora, por mim, pelos auxiliares, a gente vê que nem sempre a participação não é de toda equipe, infelizmente. Muda muito de equipe por equipe, eu já peguei equipes que eu tive que tocar sozinha, eu tive outras equipes que todo mundo participava, entendeu? Depende muito de cada profissional (E7).

De acordo com as entrevistas realizadas geralmente as dificuldades encontradas são relacionadas à participação da própria gestante no grupo, que muitas vezes elas são resistentes. Este fato pode tornar a gestante menos consciente de seus direitos dentro do seu atendimento no período gravídico-puerperal, conforme apontado nos relatos:

O que dificulta mais é falta de participação dessa gestante, ela não sabe, não tem interesse, ou acha que sabe tudo, que gente vai falar coisa que ela já sabe, infelizmente não é só em grupo de gestantes, em qualquer grupo de educação em saúde a pessoa está ali meio que teoricamente forçado (E7).

O interesse delas, pelo que percebo, elas não tem muito interesse não, se eu fizesse um dia separado elas não teriam interesse em descer aqui no posto só para assistir palestrinha (E9).

Pra mim é a falta de equipe, porque ai acaba sobrecarregando o enfermeiro e eu não consigo dar andamento nas coisas, ai que acaba que a gente não faz (E10).

Segundo Moura et. al., (2007) é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos de mulher e cidadã.

A qualidade do pré-natal é garantida na medida em que as consultas individuais são complementadas com ações educativas (individuais, em grupo e a união de ambas) capazes de favorecer as mulheres quanto ao conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar e parir. As ações desenvolvidas durante o pré-natal, quando temos o envolvimento dos profissionais de saúde interagindo com o casal grávido, constitui um processo educativo (CARDOSO, SANTOS, MENDES; 2007).

Para os entrevistados a participação nas ações de educação e saúde durante o pré-natal é de suma importância, e essa participação permite que a gestante esteja melhor preparada [para o parto e puerpério. Além da participação das gestantes os entrevistados referem sobre a participação da equipe. Mencionando que:

Acho que tudo do pré-natal é importante, pode direcionar a tempo para o lugar certo, tanta coisa a ser tratada e importante. Vitaminas e alimentação adequada, vacinas, preventivos, pressão arterial (E1).

A participação da equipe, participação multiprofissional, todos falando a mesma língua porque onde ela for ta falando a mesma coisa, que todos, se ela for no médico, no dentista, na ACS eles estão todos falando a mesma coisa (E3).

Acho que bastante coisa, é difícil dizer uma só, mas para elas conhecerem o que é fisiológico o que é patológico, identificar os sinais do trabalho de parto, principalmente nesse momento final, dela estar segura das alterações do organismos, dela se conhecer o que é fisiológico o que é patológico. Outra coisa que eu queria colocar o certificado, a gente teve esse cuidado, com essa ideia. A gente teve essa ideia de contemplar todo mundo, cada gestante recebeu um certificado do curso de 44 h e nós como a gente fez o planejamento a gente fez um certificado de 80h, os agentes comunitários que recrutaram e participaram de algumas palestras e os convidados também receberam certificados, esse certificado ele é importante porque no começo do ano a gente passa por avaliação anual e você precisa ter apresentado a carga horaria do que você fez durante o ano, de certificação, de avaliação, então serviu para todo mundo. Eu acredito que agora esse ano, eu acredito que as agentes comunitárias o nosso pessoal vai estar mais motivado porque eles estiveram esse retorno (E4).

Elas acreditarem no que a gente fala e fazer uma parte pelo menos do que a gente fala e orienta, porque assim é complicado também a gente falar tudo que é o certo, mas a gente tem que ver de acordo com a realidade delas, principalmente de alimentação para gestante e as vezes ela não tem nem o que comer em casa, então a gente tem que colocar de acordo com a realidade delas e escutar também elas, porque a gente as vezes acha que a nossa verdade é acima de tudo e quando a gente vai escutar as vezes elas tem várias ideias e várias dicas que a gente nunca pensou e

que não está nos livros, que pode ser feita e não é prejudicial nem pra ela nem pro bebe (E6).

Querer fazer e ter um local para isso, se a gente tivesse uma sala que acomodasse pelo menos 10 gestantes, a gente não, tinha que ter uma conexão com a sala do médico. Não dá para fazer palestra com as gestantes na recepção, já cheguei a fazer aqui na minha sala, tinha umas 10 gestantes, mas o médico tirava uma ou outra, perdia um pedaço, mas assistia grande parte. Acaba dificultando também a falta de tempo, porque tem muita burocracia, porque acaba atrasando o serviço. Quando tinha acadêmico a gente conseguia fazer bem essas palestras (E8).

Segundo Hoga e Reberte (2007) a estratégia de educação em saúde proporciona o atendimento das demandas individuais ao possibilitar a cada um a expressão de suas necessidades. Isto resulta no interesse e no envolvimento em relação aos temas abordados, levando à compreensão mais profunda dos assuntos discutidos e a uma avaliação positiva do processo.

Cada mulher dentro de suas peculiaridades demonstra o seu crescimento de maneira diferente, cada participante tem um jeito de compreender e aderir ao que lhe foi proposto. Tendo em consideração que para cada uma o tema abordado é interessante ou importante de acordo com o que ela quer saber, porém todas absorver de maneira positiva os aprendizados do grupo. Além dos benefícios para as gestantes podemos perceber também, que o profissional se torna satisfeito com o serviço que está sendo realizado, causando uma motivação para dar continuidade com a ação. Neste contexto, elencam que:

No depoimento final, nossa eu fiquei muito emocionada com as coisas que elas falaram no último dia, das questões que teve, na segurança, que elas mudaram totalmente a maneira de sentir, passar por cada etapa da gestação, o vínculo entre ela e entre nós. As gestantes que eram da área do fulano que faziam parte do grupo, então eu já cheguei a conhecer, então parece que elas eram um pouco minhas, foi muito legal. No final não tinha mais essa, era gestante do fulano ou era gestante da fulana, era nossa! Então isso eu achei que foi muito interessante (E4).

Elas participam, ficam mais informadas, algumas depois que ganham neném vem, voltam no grupo para mostrarem a criança, para contar como foi o parto, se realmente aquilo que nos falamos e orientamos é a realidade (E6).

Então, as gestantes que eu vejo que vêm certinho nas consultas, que participam dos grupos, as orientações, escutam, tem atenção, demonstram atenção e tal, você vê que elas tem um parto mais tranquilo, muitas vezes não precisa ser um parto vaginal, pode até ser uma cesariana, porém mais tranquila. Você vê que facilita a amamentação, você vê que é uma criança que quase não vem no posto, só vem quando tem que vir, pra puericultura, controle de peso, controle de imunização, então eu acho que é muito importante porque essa gestante ela sai preparada para o parto, eu acho que essa parte é excelente, porque até aquela gestante de alto risco que participa ela está ciente de tudo o que está acontecendo com ela (E7).

Os resultados apontam que os enfermeiros consideram importante a atividade com grupos de gestantes para o empoderamento da mulher para melhor enfrentar o período gravídico puerperal, mas encontram dificuldades para sua operacionalização, contudo buscam e aceitam apoios oriundos de diversos setores para minimizar algumas dificuldades e em

alguns casos até mesmo elimina-las. Consideram o pré-natal de suma importância para a mulher e para o feto, pois através dele pode detectar possíveis doenças precocemente e além de permitir que a mulher tenham novas chances de mudanças de hábitos de vida. Observa-se também a importância de formulação de apoio municipal para atender de forma integral e qualificada as mulheres. O grupo de educação em saúde surge como sujeito somatizador, o qual é caracterizado por um encontro de segurança permitindo que a mulher aprenda novos conceitos e cuidados, tanto para ela quanto para o neném.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a relevante presença de enfermeiras que atuam em ESF, mostrando que ainda vivemos em uma época onde o ato de cuidar, nutrir e educar passa pelo processo de transformação e que ainda está relacionado ao papel da mulher dentro e fora da área doméstica. O que podemos observar é que a mulher ao ter seu lado materno e fraternal opta por profissões que possa também expor estes sentimentos.

Como característica marcante desses profissionais é que a maioria já teve o contato com educação em saúde, mesmo sendo com outros serviços. Um pequeno número de enfermeiros teve apenas o contato com ações voltadas aos profissionais de saúde em atividades de educação continuada, sem estar direcionada à população/usuário.

Dentro da ESF o papel do enfermeiro é de extrema importância, pois ele auxilia e orienta as gestantes e familiares a vivenciarem e entenderem o período gestacional. Tendo em vista que esse período é marcado por diversas instâncias e sentimentos dos mais variados, a família necessita de uma orientação que amenize maiores sofrimentos futuros e, que esse período seja vivenciado de maneira humana e positiva entre todos os envolvidos.

Neste sentido, a criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias e experiências (BRASIL, 2012).

Com relação às atividades desenvolvidas na atenção ao período gestacional percebeu-se que estas são variadas e abrangem em maior parte o preconizado pelo Ministério da Saúde. Realizam as consultas preconizadas, bem como os atendimentos previstos. Percebem a importância do grupo educacional dentro da ESF e usá-lo como melhor apoio para o atendimento das gestantes e seus familiares.

Para a atuação profissional os enfermeiros precisam obter subsídios teóricos e práticos durante a formação inicial ou na continuada, além desses subsídios percebe-se também a necessidade de compreensão da parte da gestão do serviço sobre a importância dessas atividades ocorrerem. Outra questão evidenciada foi o anseio de todos por mais condições para o desenvolvimento das atividades de educação e saúde.

Portanto, acreditamos na relevância da educação em saúde com gestantes para possa promover a prevenção de agravos e favorecer o empoderamento desta e seus familiares para o

enfrentamento do período gravídico puerperal, e ainda a adoção de novas posturas que deve ser parte integrante do processo de modificações, mesmo diante de desafios e dificuldades que os enfermeiros percebem e busca transformar junto ao meio no qual atuam.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

ARAÚJO, MBS; ROCHA, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007. Acesso em 11 de novembro de 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto e A. Pinheiro, São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BARRETO, APV; OLIVEIRA, ZM. O ser mãe: expectativas de primigestas. **Revista Saúde**, 2010; 6(1): 9-23. Acesso em 15 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v6/v6n1a02.pdf>

BARROS, LM; SILVA, RM. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto Contexto Enfermagem**, 2004 Jul-Set; 13(3):376-82. Acesso em 08 de abril de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a06v13n03.pdf>

BASTIANI, KLV. Trajetórias de enfermeiros atuantes nas estratégias de saúde da família. Trabalho final de Curso. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, 2013.

BRASIL. Lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Acesso em 11 de novembro de 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; SPS/Ministério da Saúde, 2000. p. 9-18.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS). 3.<sup>a</sup> edição revista e atualizada após a 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_. Vigilância alimentar e nutricional - **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde** / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. 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** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério



da Saúde, 2005. 163 p. color. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n 5).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011a. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n 1459, de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011b. Acesso em: 11 de novembro de 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> [LINKS].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011c. Acesso em: 12 de novembro de 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> [LINKS].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Acesso em 20 de julho de 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 set. 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Estado de Saúde de MS [homepage na Internet]. Brasília; 2014b. [Citado 2014 março 08] Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/sesinformacao/> [Links]

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS** [homepage na Internet]. Brasília; 2014c. [Citado 2014 março 08] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptms.def> [Links]

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno Infantil**. 2 ed. – Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000. 524p.

CANDELIAS, NMF; Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997. Acesso em 21 de julho de 2014, disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>

CARDOSO, AMR; SANTOS, SM; MENDES, VB. **O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação.** Disponível em: <http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>

CARNEIRO, RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)** [online]. 2013, vol.17, n.44, pp. 49-59. ISSN 1807-5762. Acesso em 11 de novembro de 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.org/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>>>

DAVID, HMSL; MAURO, MYC; SILVA, VG; PINHEIRO, MAS; SILVA, FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 206-14. Acesso em 20 de fevereiro de 2014, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>.

DELFINO, MRR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual coletiva. **Dissertação de mestrado**. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão (SC). 2003.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.15-21, maio/ago. 1996. Acesso em 02 de agosto de 2014. Disponível em: <http://www.senac.br/INFORMATIVO/bts/222/boltec222b.htm>

SCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.

FARIA, HP; COELHO, IB; WERNECK, MAF; SANTOS, MA; **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p. : il.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e Saúde da mulher** – Barueri, SP: Manole, 2007. (Série Enfermagem) Cap. 1 e 2, págs. 1 a 45.

FREITAS, F.; COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L; MAGALHÃES, J.A.; e Colaboradores. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006. 680p.: 25cm.

FRIGO, LF; SILVA, RM; MATTOS, KM; MANFI, F; BOEIRA, GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. **Revista Epidemiol Control Infect**. 2012;2(3):113-114.

GOMES, DCR, organizador. **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

HOGA, LAK; REBERTE, LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):559-66. Acesso em 01 de março de 2013. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp).

KLEIN, M. M. de S.; GUEDES, C. R. **Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde**. Brasília, 2008. v.28 n.4. Acesso: 26 de julho de 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n4/v28n4a16.pdf>

LANDERDAHL MC; CABRAL, FC; RESSEL, LB; GONÇALVES, MO; MARTINS, FB. Percepção de Mulheres Sobre Atenção Pré-Natal Percepção de Mulheres Sobre Atenção Pré-Natal. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 mar; 11 (1): 105 - 11. Acesso em 27 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica**. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOPES, EM; ANJOS, SJSB; PINHEIRO, AKB. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr./jun.; 17(2):273-7. Acesso em 01 de março de 2014. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4):481-490, Out/Dez, 1994. Acesso em 21 de julho de 2014, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>

MACHADO, MFAS; MONTEIRO, EMLM; QUEIROZ, DT; VIEIRA, NFC; BAROSO, MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007. Acesso em 27 de junho de 2014, Disponível em: [http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf?origin=publication\\_detail](http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf?origin=publication_detail)

MELLES, AM; ZAGO, MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de Enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 5 - p. 85-94 - dezembro 1999. Acesso em 13 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13508.pdf>

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no Pré-Natal. **Comunic, Saúde, Educ**, v7, n13, p.109-18, ago. 2003. Acesso em 10 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a07>

MOURA, F.M.JSP; CRIZOSTOMO, C.D; NERY, I.S; MENDONÇA,R.CM; ARAÚJO; ROCHA, SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília 2007 jul-ago; 60(4):452-5.

MUNARI, D.B; RODRIGUES, ARF . Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Esc. Enf. USP**. V.31, n.2.p. 237-50, ago. 1997.

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – **Brasil Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(2):266-73 Acesso em 15 de julho de 2014. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.10-4.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 190-213.

NORA, CRD; JUNGES, JR; Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública** 2013;47(6):1186-200. Acesso em 08 de março de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>

OLIVEIRA, H.M; GONÇALVES, M.J.F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov./dez;57(6):761-3

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576. 2008.

Organização Mundial da Saúde. **Estratégias do PHPN**.1996 [acesso 2014 Set 25]. Disponível em:[http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id\\_comp=914&id\\_reg=3533&voltar=lista&site\\_reg=116&id\\_comp\\_orig=914](http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=914&id_reg=3533&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=914)

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998. Acesso em 25 de julho de 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337>>>

PAZ,APB; SALVARO, GIJ. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Número Monográfico, Outubro, 2011, 121-133. Acesso em: 11 de novembro de 2014. Disponível em: << file:///C:/Users/Pc/Desktop/TCC/REIDM1art8.pdf >>

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo: vol. 31, n. 3, p. 320-328. 2007.

REISDORF, E. Alterações no desejo sexual durante o período gestacional - um estudo na Atenção Primária. **Rev. Saúde e Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 1, núm. 1, 2010, pp. 129-136, Universidade Federal de Santa Catarina Brasil. Acesso em 27 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319560019>

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Acesso em 28 de julho de 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlng=pt)

SARTORI, GS; VAN DER SAND, ICP; Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p.153-165, 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

SCARATTI, Dirceu. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: Uma aplicação a municípios catarinenses. 2007. 315 p. **Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)** – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis. Acesso em 08 de março de 2014. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2008/dirceu\\_scaratti.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2008/dirceu_scaratti.pdf)

SOBRAL, V.R.S. A purgação do desejo: memórias de enfermeiras. Rio de Janeiro, 1994. 149p. Tese (Doutorado) - **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SOUZA, ECF; VILAR, RLA; ROCHA, NSPD; UCHO, AC; ROCHA, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008. Acesso em 25 de fevereiro de 2014, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>

TEZZA, VM. **Enfermagem obstétrica neonatal**. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2002.

SOUZA LM; WEGNER W; GORINI, MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino Am. Enfermagem** 2007 março-abril; 15(2) [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

VILLELA, WV; ARAÚJO, EC; RIBEIRO, SA; CUGINOTTI, AP; HAYANA, ET; BRITO, FC; RAMOS, LR. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1316-1324, jun, 2009. Acesso em: 25 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/14.pdf>

ZANNON, CMAC. Desafios à psicologia na instituição de saúde. **Psicologia: Ciência Profissão** 1994; 13:16-21. Acesso em 11 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S14138123200900080001900005&lng=en&pid=S1413-81232009000800019>

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO:** Título do Projeto: Grupos de educação em saúde com gestantes: percepção de enfermeiros atuantes em ESF

Prezado (a) senhor (a):

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma pesquisa sobre o desenvolvimento de educação em saúde com gestantes. Este documento irá fornecer informações importantes sobre o estudo. Por favor, leia atentamente o conteúdo abaixo e esclareça suas dúvidas junto à pesquisadora para decidir se deseja ou não participar do mesmo. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento. Caso não queira participar, não será penalizado.

### **OBJETIVOS DO ESTUDO**

Identificar a percepção de enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Dourados – MS sobre o processo de Educação em Saúde com grupos de gestantes.

### **CONDUÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa será realizada pela acadêmica Jéssica Silva. Tendo como forma de coleta de dados uma entrevista com questões semiestruturadas, que ao serem respondidas serão gravadas e transcritas, após o consentimento dos participantes.

### **RISCO**

Esta pesquisa não oferece quaisquer riscos aos participantes.

### **BENEFÍCIOS**

A partir dos resultados desta pesquisa pretende-se conhecer a estrutura da gestão municipal relacionada aos grupos de gestantes das ESF, bem como compreender como é desenvolvido o processo de educação em saúde com gestantes nas estratégias de saúde da família, verificando as potencialidades e dificuldades neste processo. Com este mapeamento será possível direcionar ações junto aos gestores e escolas formadoras no sentido de melhorar a qualidade de assistência dos serviços de pré-natal e preparo das gestantes para enfrentar o período gravídico puerperal.

Cabe destacar que a sua participação neste estudo é voluntária e espontânea, sem nenhum tipo de remuneração durante o período de realização da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo para sua pessoa.

### **CONFIDENCIALIDADE**

A sua identificação neste estudo ocorrerá somente no momento da entrevista. Se você concordar em participar, as informações obtidas relacionadas à sua pessoa serão registradas em forma de códigos, não havendo registro do seu nome. Assim, os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e não será possível a sua identificação em qualquer fase de divulgação da presente pesquisa. Mesmo assim, você tem liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento. Em caso de qualquer esclarecimento pode procurar a pessoa responsável pela pesquisa pelo telefone (67) 3902-2684 e (67) 9107-2363.

---

Nome e assinatura do (a) entrevistado (a)

---

Assinatura da pesquisadora



**APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Título: Grupos de educação em saúde com gestantes: percepção de enfermeiros atuantes em ESF

Iniciais: \_\_\_\_\_ ESF: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação nesta ESF: \_\_\_\_\_

Experiência prévia com atividades de educação em saúde: \_\_\_\_\_

---

- 1- Como está sendo realizada a atenção ao período gestacional nesta ESF?
- 2- Qual o número de gestantes cadastradas na ESF?
- 3- Na sua ESF é realizada atividades de educação em saúde com gestantes? ( ) Sim  
( ) Não (Pular para a questão 4)
- 2.1- Caso afirmativo: Como ocorre essa atividade? Como e quando surgiu o grupo? Há alguma parceria ou apoio? Como isso ocorre? Qual a frequência das reuniões? Como ocorre a captação da gestante? Quantas gestantes e acompanhantes participam? Como você desenvolve as atividades do grupo?
- 2.2- Aponte os fatores facilitadores para o desenvolvimento relacionado: Equipe profissional; estrutura da unidade, gestante, recursos disponíveis.
- 2.3- Aponte os fatores dificultadores:
- 3- Como você percebe a participação/evolução das gestantes que participam dos grupos?
- 4- Caso negativo, fale o porque do não desenvolvimento dessa atividade.
- 5- O que você acha de mais relevante em um grupo de educação em saúde?

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – MAPEAMENTO DAS ESF DE DOURADOS-MS

NÚCLEO DE ATENÇÃO BÁSICA			
GERENTE – Luzimeire Dos Santos Teixeira Tel: 3410-5500 Cel- 8468-8399 e-mail - cab.sems@dourados.ms.gov.br			
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA			
UNIDADES	ESF	ENDEREÇO	COORDENADOR (A)
<b>SUPERVISORA DA REIÃO OESTE - ENF. MÁRCIA CRISTINA</b>			
Seleta		R. José Roberto Teixeira, 691	Claudia
Cachoeirinha	12	R. Ernesto Matos de Carvalho, s/n	José Carlos
Cachoeirinha	13	R. Ernesto Matos de Carvalho, s/n	Grace
Vila Hilda	14	R. Independência, s/n	Silvia
Vila Hilda	28	R. Independência, s/n	<b>VAGO</b>
Cuiabazinho	15	R. Clóvis Bevilack, s/n	Elaine
Cuiabazinho	40	R. Clóvis Bevilack, s/n	Patricia
Flórida II	16	R. Lauro Morais de Mattos, 1600	Sandra
P. do Lago II	34	R. Projetada L, s/n	Eudes
Novo Horizonte	38	R. Lauro Morais de Mattos, 1600	Mauro
Altos do Indaiá	39	R. Eissei Fujinaka, 1540	Marta
Vila Matos	41	R. João Vicente Ferreira, 160	Dirce
Itahum	201	R. Entre Rios, s/n	Fabiana
Vila Rosa	ESF	R. Humberto de Campos, 1610	Elenir
Maracanã	22	R. Monte Alegre, 6650	Edilson
Maracanã	23	R. Monte Alegre, 6650	Aline
Maracanã	25	R. Monte Alegre, 6650	Eunice
Carisma	26	R. Projetada 6, s/n	Gizele
Piratininga	24	R. João Paulo Garcete, 4810	Alessandra
Ouro Verde	36	R. D. João VI, s/n	Larissa
Ouro Verde	37	R. D. João VI, s/n	Monica
Chácara Caiuás	42	R. dos Caiuás, 1795	Sandro
Vila Índio	43	R. Ponta Grossa, 3940	Jamile
V. São Pedro	202	R. Bahia, s/n	Marina
Panambi	202	R. 7 de setembro, s/n	Marina
Indápolis	203	R. Dom Bosco, s/n	Fábio
V. Vargas	204	R. Fradique Correia, s/n	Tatiana
V. Formosa	205	R. São Paulo s/n	Alcino
V. Macaúba	205	R. Nina Gomes, s/n	Alcino
Santo André		R. Mato Grosso, s/n	Ana Claudia
Bem-Te-Vi	29	R. Das Jaqueiras, s/n	Tânia
Izidro Pedroso	30	R. Travessa S, 2945	Rozangela
Izidro Pedroso	31	R. Travessa S, 2945	Andre
Izidro Pedroso	32	R. Travessa S, 2945	Edméa
Campo Dourado	44	R. Manoel Rasselen, s/n	Marta
IV Plano	45	R. Manoel Rasselen, s/n	<b>VAGO</b>
IV Plano	46	R. Manoel Rasselen, s/n	Lilian
CSU	47	R. Salviano Pedroso, 1050	Juliana
CSU	48	R. Salviano Pedroso, 1050	Elizaltina
EACS	49	R. Mato Grosso, s/n	Ellen
EACS	51	R. Mato Grosso, s/n	Ellen
Jóquei Clube	17	R. Alegrete, s/n	Joana
Jóquei Clube	27	R. Alegrete, s/n	Priscila
P. Nações II	18	R. José Valério dos Santos, s/n	Joelci
P. Nações II	19	R. José Valério dos Santos, s/n	Marta/Jose Carlos
P. Nações I	20	R. Filomeno João Pires, 2568	Adão
João Paulo II	21	R. Cuiabá, 5995	Sumaya

Vila Industrial	35	R. Waldomiro de Souza, 920	Clineide
Vila Vieira	33	R. Josefa Cavalcante Silva, 300	Edvaldo

**SAÚDE INDÍGENA****COORDENADOR: LILIANE FERREIRA DA SILVA**

UNIDADES	ESF	ENDEREÇO	COORDENADOR (A)
Bororó		R. Ponta Porã, 3495 Vila Planalto/Reserva Indígena	SESAI
Jaguapirú		R. Ponta Porã, 3495 Vila Planalto/Reserva Indígena	SESAI

**Atualizado em 03.09.2013**

## ANEXO 2 - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS

UFMS



### PARECER DO COLEGIADO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Laços que unem a saúde da mulher: o modelo adotado por um município

Pesquisador: Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09745012.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 136.826

Data da Relatoria: 08/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

O planejamento da gestão deve contemplar aspectos organizacionais, estruturais, financeiros e, em especial, atentar-se para os recursos humanos envolvidos no processo, uma vez que serão eles que conduzirão, ao nível micro, as ações de saúde. Assim, a organização dos serviços de saúde em um município deve ter uma arquitetura que atenda as necessidades de saúde da população, direcionado as ações. O objetivo geral é conhecer a organização e a operacionalização do atendimento prestado à mulher, nos diferentes níveis organizacionais do SUS, desenvolvidos no município de Dourados/ Mato Grosso do Sul, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e de corte transversal, usando a pesquisa-ação como metodologia de pesquisa. Será realizada em unidades de saúde de atenção primária, secundária e terciária do município de Dourados/Mato Grosso do Sul. Os resultados serão organizados de forma a construir um fluxograma geral do atendimento de saúde à mulher no município de Dourados e as respostas das entrevistas agrupadas e analisadas sob a ótica da análise de conteúdo. Ao longo do projeto serão desenvolvidas as oficinas para capacitação dos profissionais de saúde a respeito da saúde da mulher e de modelos de gerenciamento micro localizados, tendo como embasamento teórico as publicações do Ministério da Saúde, textos e artigos científicos publicados em revistas da área. Buscar-se-á demonstrar experiências diferenciadas e seus resultados, realizadas dentro do Sistema Único de Saúde, contextualizando-as para o serviço de saúde local. Em parceria com os enfermeiros dos serviços

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187

Fax: ((67) 33)45-7-187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br

*Flávia dos Reis*  
Vice-coordenador  
CEP/UFMS

UFMS



de saúde, propõe-se a organização de ferramentas para a otimização do atendimento à saúde da mulher, como protocolos de atendimento e o instrumento padronizado da consulta de enfermagem à mulher, de acordo com a literatura específica da área e as necessidades da mesma (atendimento primário, secundário e terciário), buscando

respaldo, em especial, na teoria de Wanda de Aguiar Horta, aplicada ao processo de enfermagem, denominada Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). A pesquisa será encaminhada à Plataforma Brasil e os participantes serão esclarecidos sobre o teor da pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a organização e a operacionalização do atendimento prestado à mulher, nos diferentes níveis organizacionais do SUS, desenvolvidos no município de Dourados/ Mato Grosso do Sul, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro.

Objetivo Secundário: Identificar as estratégias implementadas pelo nível primário de captação precoce para o atendimento nos serviços de saúde da mulher, bem como

suas facilidades e dificuldades de execução. Identificar as estratégias implementadas pelos níveis secundário e terciário de tratamento e acompanhamento das mulheres, bem como suas facilidades e dificuldades de execução. Relacionar as normatizações municipais de condutas frente às situações de saúde da mulher, com as orientações do Ministério da Saúde. Mapear o fluxograma geral de atendimento à saúde da mulher no município de Dourados/MS. Desenvolver capacitações para os profissionais de saúde, a respeito da saúde da mulher e de modelos de gerenciamento micro localizados. Construir, em parceria com os enfermeiros participantes, ferramentas (protocolos de atendimento, instrumentos de consulta de enfermagem) que viabilizem a assistência em saúde à mulher.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente pesquisa não apresentará riscos.

Benefícios: Espera-se conhecer a organização e operacionalização do sistema de saúde municipal, com foco na saúde da mulher, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro, a fim de destacar a relevância de experiências bem-sucedidas, colaborar na formulação de novas propostas de melhoria dos serviços prestados, e suscitar discussões a respeito do tema. A vivência experienciada pelos acadêmicos durante esta proposta

enriquecerá seu processo de formação inicial, colaborando para um perfil profissional que atenda às necessidades elencadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Os dados obtidos serão apresentados à Secretaria de Saúde do município, ao Hospital Universitário da Grande Dourados e ao serviço de Oncologia, além de sua divulgação através de artigos e eventos científicos da área.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetlca@propp.ufms.br

T. Nelson dos Reis  
 Coordenador  
 CEP/UFMS

UFMS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequados.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 01 de Novembro de 2012

  
Assinador do TSE  
Edison dos Reis - Coordenador  
(Coordenador) CEP/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187

Fax: ((67) 33)45-7-187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br