



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Tamine Habib Silva Câmera Leal

Percepções das gestantes sobre as estratégias de educação em saúde nos grupos operativos na APS

Porto Seguro
2022

Tamine Habib Silva Câmera Leal

Percepções das gestantes sobre as estratégias de educação em saúde nos grupos operativos na APS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador (a): Profa. Dra. Lina Faria

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Porto Seguro
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia
Sistema de Bibliotecas

L435p Leal, Tamine Habib Silva Câmera -
Percepções das gestantes sobre as estratégias de educação em
saúde nos grupos operativos na APS / Tamine Habib Silva Câmera Leal,
2022 -

146 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia,
Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família, 2022.

Orientador: Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria.

1. Cuidados primários de saúde – Gestantes. 2. Pré-natal. 3. Educação
em saúde I. Faria, Lina Rodrigues. II. Título

CDD – 618.24

Tamine Habib Silva Câmera Leal

Percepções das gestantes sobre as estratégias de educação em saúde nos grupos operativos na APS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Este trabalho foi submetido a avaliação e julgado aprovado em: 12 de dezembro de 2022

Banca Examinadora

Dra. Rocio Elizabeth Chavez Alvarez

Universidade Federal do Sul da Bahia -UFSB

Documento assinado digitalmente
gov.br CAROLINE CASTANHO DUARTE
Data: 24/03/2023 09:26:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Caroline Castanho Duarte

Egressa da Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB

Documento assinado digitalmente
gov.br ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA
Data: 20/03/2023 15:43:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Ana Maria Freire de Souza Lima

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Documento assinado digitalmente
gov.br LINA RODRIGUES DE FARIA
Data: 23/03/2023 11:49:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Lina Rodrigues de Faria (Orientadora)

Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB

Porto Seguro
2022

Aos meus pais, Tales e Yasmine, que me ensinaram com seus exemplos que a dignidade somente é alcançada com trabalho, dedicação e estudo. Quero (um dia) ser para Nina tudo o que representam para mim. Vocês são minha fonte de inspiração!

Às gestantes participantes desse estudo. Sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família por ser meu porto seguro em todas as situações. Pai, mãe, Túlio e Thadeu. Se estou aqui hoje é “com” e “por” vocês.

A você, minha mãe, por ter me despertado para os caminhos da Educação a qual sempre realizou com amorosidade e humildade. Obrigada por todas as contribuições, minha orientadora de vida.

A meu marido e companheiro Marcelo por suas contribuições e por viver comigo mais esse sonho.

À minha filha Nina, que me mostra todos os dias o quanto a vida é maravilhosa. Vivo isso também por você, minha filha. Mesmo na sua pouca idade, tanta compreensão de que mamãe precisava vivenciar esse processo. Obrigada por tanto amor e doçura.

À professora Patrícia Suguri que despertou em mim a paixão pela educação em saúde ainda na especialização e me ajudou a esclarecer as ideias nos primeiros passos desse trabalho.

Aos professores do mestrado PROFSAÚDE/UFSB pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos. Agradeço a professora Rocio que trouxe contribuições importantes para este trabalho com sua experiência sobre o tema.

À professora Lina, em especial, minha gratidão. Pela disponibilidade, generosidade, parceria, ordem, orientações e ensinamentos que me fizeram percorrer um caminho que eu não conseguiria trilhar sozinha.

A todos os colegas do mestrado (Dândara, Pedro, Luciano, Eugênia, Genilson, Sérgio, David) pela cooperação e inspiração. Compartilhamos angústias e momentos de espontaneidade também. Um agradecimento mais que especial a Matheus e Conça, além da amizade, por toda paciência, colaboração e sugestões. Vocês foram essenciais nessa jornada de aprendizado.

À minha rede de apoio: Val, meu anjo da guarda, que me faz sentir paz com seu sorriso, simplicidade e carinho dedicado à nossa família; à minha cunhada Ângela e meu irmão Thadeu por chegarem junto sempre que precisei.

A toda minha equipe da ESF Salobrinho e da UBS Banco da Vitória; em especial à Laíse, e às enfermeiras Ellen, Bernadina e Karol, que estiveram ativamente na busca das gestantes, colaborando imensamente com o desenvolvimento do trabalho.

A meus amigos que estiveram por perto dando o apoio que eu precisava: Andréa, Vanessa, Indyra e Murilo. Obrigada pela amizade de sempre e por terem aguentado meus momentos de surto.

À Bibia que trouxe alegria e amor em momentos difíceis.

RESUMO

O acompanhamento pré-natal busca assegurar o desenvolvimento de gestações saudáveis para a mãe e para o bebê, sendo importante a implementação de práticas de educação em saúde como estratégias para qualificar a atenção, ampliar os serviços e reduzir possíveis complicações. A modalidade de atenção por meio de grupos operativos de gestantes como forma de cuidado coletivo é importante na otimização do trabalho, na participação ativa do usuário no processo educativo e no aumento do vínculo com os profissionais, por meio da comunicação, aprendizagem e novas elaborações do conhecimento. O objetivo desse estudo consistiu em analisar as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e de educação em saúde nos encontros presenciais e nos grupos operativos remotos no âmbito da APS, com foco nos temas abordados nos grupos; além de identificar e analisar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes no âmbito da APS, com base nos vetores de avaliação do Pichon-Rivière. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que utilizou como referencial teórico a articulação entre a abordagem psicodinâmica baseada na Teoria do Grupo Operativo elaborado pelo médico psiquiatra Enrique Pichon-Rivière e a dimensão educativa, fundamentada na pedagogia do Educador Paulo Freire. Foram realizadas entrevistas com 9 gestantes que fizeram acompanhamento pré-natal em duas unidades de saúde da rede pública de Ilhéus (BA). Para a análise dos relatos foram utilizados procedimentos de análise de conteúdo de Bardin. Como resultados destacaram-se as categorias “Ações de cuidado e educação em saúde na APS”, “Comunicação” e “Aprendizagem”. Entre as principais conclusões, pode-se destacar a importância do acesso à assistência pré-natal com ênfase para uma aproximação nas relações entre profissionais e gestantes com o diálogo como base. O grupo de gestantes se constituiu de importante espaço para realização da educação em saúde e possibilita o compartilhamento de experiências e construção do conhecimento condizente com as necessidades, possibilidades e potencialidades na construção de vínculos, esclarecimento de dúvidas e promoção da autonomia das gestantes. Foram apontadas fragilidades em relação ao acesso a exames necessários durante o período gestacional e a necessidade de maior adesão das gestantes aos grupos. Identificou-se ainda uma demanda por mais informações sobre temas associados à gestação, em particular ao plano de parto, direito ao acompanhante e direitos trabalhistas das gestantes.

Palavras-chave: gestantes; cuidado pré-natal; atenção primária à saúde, educação em saúde.

ABSTRACT

Prenatal care seeks to ensure the development of healthy pregnancies for both mother and baby, and it is important to implement health education practices as a strategy to qualify care, expand services, and reduce possible complications. The modality of care through operative groups for pregnant women as a form of collective care is significant in the optimization of the work, in the active participation of the user in the educational process, and in the increase of the bond with the professionals, providing a basis for communication, learning, and new knowledge elaboration. The purpose of this study was to examine pregnant women's perceptions of care and health education strategies in face-to-face meetings and remote operative groups in the PHC setting, with a focus on the themes addressed in the remote operative groups. In addition, it identified and analyzed the strengths and weaknesses of the remote groups of pregnant women in the PHC setting, based on the Pichon-Rivière evaluation vectors. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study, whose theoretical framework was based on the articulation between the psychodynamic approach grounded in the Operative Group Theory developed by Pichon-Rivière and the educational dimension, based on Paulo Freire's pedagogy. Interviews were conducted with nine pregnant women who had prenatal care in two public health units in Ilheus (BA). Bardin's content analysis procedures were used to analyze the reports. The results highlighted the categories "Care and health education actions in PHC", "Communication", and "Learning". Among the main conclusions, one can highlight the importance of access to prenatal care with an emphasis on a closer relationship between professionals and pregnant women with dialogue as the basis. The pregnant women's group was a relevant space for health education because it allows for sharing experiences and knowledge construction consistent with the needs, possibilities, and potentialities in bond formation, the clarification of doubts, and the promotion of pregnant women's autonomy. Weaknesses were pointed out regarding the access to exams needed during pregnancy and the need for greater adherence of pregnant women to groups. A demand for more information on topics associated with pregnancy was also identified, particularly the birth plan, the right to be accompanied, and pregnant women's labor rights.

Keywords: pregnant women; prenatal care; primary health care; health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Cronograma dos encontros	40
Figura 1 – Fluxograma Grupos Operativos	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma dos Encontros.....	41
Tabela 2 – Categorias e Subcategorias trabalhadas na Discussão	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial Álcool
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CMAE	Centro de Atenção Médica Especializada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECRO	Esquema Conceitual, Referencial e Operativo
GF	Grupo Focal
HGLVF	Hospital Geral Luiz Viana Filho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção B
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHC	Primary Health Care
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PINAB	Práticas Integrals de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UNIJUÍ	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO

O presente estudo emergiu dos questionamentos de uma profissional de saúde que, diante de adversidades estruturais e organizacionais encontradas no seu cenário de práticas – adversidades estas que impactam diretamente na prestação de um serviço público de qualidade para a população do território em que atua como dentista -, sentiu a necessidade de qualificar as práticas de atenção e cuidado dispensadas a esta comunidade.

Com o ingresso no mestrado profissionalizante foram agregadas ferramentas que possibilitaram a realização de um diagnóstico situacional no qual foi definido, de forma participativa, o problema que poderia ser trabalhado no território em consenso com as demandas trazidas pela comunidade e a visão dos profissionais de saúde.

O problema elencado foi a ausência de ações com grupos prioritários de gestantes na Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, pelas limitações estabelecidas pela própria estrutura da unidade e depois somadas pelo quadro sanitário instalado no país com a COVID-19, demandando novas configurações nas relações sociais impostas pela necessidade de isolamento e distanciamento social no intuito de reduzir o risco de propagação da doença.

Os grupos foram postos em prática de forma remota para que a assistência pré-natal realizada pelas equipes da atenção básica do SUS pudesse continuar dando suporte à mulher no seu processo gestacional, mesmo com o distanciamento necessário, construindo e mantendo vínculo para que dessa forma, as gestantes se sentissem acolhidas e seguras diante das transformações ocorridas com a gestação e reduzindo suas anseios e dúvidas com a realização da atividade de educação em saúde.

As atividades no grupo de educação em saúde desenvolvidas com as gestantes no território de forma remota buscaram estabelecer práticas que favorecessem o diálogo e trocas de experiência entre os seus integrantes favorecendo uma educação problematizadora e horizontalizada inspirada nos princípios dos grupos operativos de Pichon-Rivière e nos desafios propostos por Paulo Freire, buscando se apropriar de bases teóricas que fundamentassem essas ações para que as mesmas fossem assertivas nos seus objetivos.

No intuito de apontar caminhos frente à necessidade de superação de modelos da atenção da Saúde Pública a realização desse trabalho se deu no sentido de aprofundar conhecimentos e formas de contribuição, partindo da perspectiva do próprio usuário, agregando novas construções de conhecimento com a finalidade elaborar planos de ação para obter melhorias nas prática de atenção. Partindo desse pensamento, surgiram alguns questionamentos: como as gestantes estão percebendo essas estratégias de cuidado e de

educação em saúde no âmbito da APS? Quais estratégias podem fortalecer o cuidado e educação em saúde sob a perspectiva das gestantes? Quais seriam as potencialidades e fragilidades encontradas no grupo remoto?

Ademais, por acreditar no poder da educação como mola propulsora na promoção da autonomia em todos os contextos, em especial, o da saúde; e no protagonismo suscitado das reflexões promovidas por meio do diálogo - desde a promoção do autocuidado até a construção da cidadania-, é que este trabalho foi realizado.

Ressalto que é um trabalho que não finda aqui. Foi o desvelar de questões que ainda estão por serem trabalhadas nesse processo de construção do conhecimento em que, como aprendiz, sigo realizando a minha práxis trilhando a lição aprendida.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A CONCEPÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE ..	18
1.2	OS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHON-RIVIÈRE	21
1.3	A PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE	24
1.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SUS.....	26
1.5	ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID - 19.....	27
2	JUSTIFICATIVA	30
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2	ÁREA DO ESTUDO E POPULAÇÃO.....	34
4.3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	CONTEÚDO DAS RODAS DE CONVERSA E GRUPO FOCAL.....	53
5.1.1	Categoria “Ações de cuidado e educação na APS”	56
5.1.1.1	Subcategoria “Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS”	57
5.1.1.2	Subcategoria “Acolhimento, Afetividade, Escuta Qualificada”	59
5.1.1.3	Subcategoria “Acesso facilitado para consultas e exames”	63
5.1.1.4	Subcategoria “Dificuldade de acesso na marcação de consultas e exames”	65
5.2	ANÁLISE COM BASE NOS VETORES DE AVALIAÇÃO DOS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHON-RIVIÈRE	71
5.2.1	Categoria “Comunicação”	72
5.2.1.1	Subcategoria “Diálogo e Trocas de Experiências”	75
5.2.1.1.1	Um espaço de interseção entre os pensamentos de Enrique Pichon-Rivière e Paulo Freire	79
5.2.2	Categoria “Aprendizagem”	85

5.2.2.1	Subcategoria “Autonomia, autocuidado e cuidado com o outro”	88
5.2.2.1.1	<i>Autonomia e direitos das gestantes durante o processo de pré-natal, parto e puerpério</i>	91
5.2.2.1.2	<i>Autocuidado e cuidado com o outro</i>	100
5.2.2.2	Subcategoria “Informações e reflexões: o cotidiano das gestações”	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
	APÊNDICE B – Planejamento dos Encontros, Fundamentação Teórica e Respectivos Roteiros	127
	APÊNDICE C – Roteiro Grupo Focal	136
	APÊNDICE D - Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias – Gestantes da USF Salobrinho – Encontro Presencial	138
	APÊNDICE E - Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias - Gestantes da UBS Banco da Vitória – Encontro Presencial	139
	APÊNDICE F - Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias - Gestantes da UBS Banco da Vitória e ESF Salobrinho I e II	140
	ANEXO A – Termo de Anuência Institucional	141
	ANEXO B - Mapa Território ESF Salobrinho I e II	142
	ANEXO C – Mapa Território UBS Banco da Vitória	143
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP	144

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal (PN) busca assegurar, de forma preventiva, o desenvolvimento de gestações saudáveis tanto para a mãe quanto para o bebê. Estudos recentes têm demonstrado que um pré-natal qualificado está associado à diminuição de problemas gestacionais como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, infecções do trato urinário, sífilis congênita, assim como a hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BALSELLS *et al.* 2018; MARQUES *et al.*, 2020).

Muitas são as mudanças e adaptações vividas pelas gestantes do ponto de vista metabólico, intrapsíquico, interpessoal, bem como mudanças sociais e econômicas, traduzindo-se muitas vezes em sentimentos de ansiedade, estresse e medo frente a essas transformações percebidas, que variam de acordo com a idade gestacional. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), os níveis de saúde das mães e dos bebês estão diretamente relacionados à qualidade da assistência pré-natal e reforça a importância da implementação de estratégias que garantam o acesso e a qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2012; BALSELLS *et al.*, 2018).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2012), o comprometimento da qualidade da assistência pré-natal tem como metas promover o acompanhamento da gestação e contemplar o cuidado ampliado da saúde, com abordagem aos aspectos psicossociais, além do incentivo a atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde. A porta de entrada para o cuidado pré-natal deve ser preferencialmente a unidade básica de saúde (UBS), que deve acolher as gestantes nas suas necessidades, de forma longitudinal, continuada e integral (BRASIL, 2012). A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se, portanto, como espaço estratégico para um pré-natal de baixo risco e de qualidade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, destaca que é competência da equipe de saúde o acolhimento e a atenção integral à saúde da gestante e da criança durante o período gestacional, até o período puerperal e os cuidados com a criança.

Importante destacar que o tema dos cuidados primários em saúde está nas agendas públicas desde os anos de 1960. No Canadá as discussões sobre o tema remontam aos anos de 1960 e se cristalizaram no chamado Relatório Lalonde, publicado em 1974, bem como, mais tarde, na Carta de Ottawa de 1986, referência nacional e internacional de ação programática para a Promoção em Saúde. Já no Brasil, a origem destes debates sobre o cuidado está nas novas perspectivas lançadas sobre a saúde ainda no final do regime militar, quando os primeiros sinais da abertura política permitiram o surgimento de um movimento por uma "nova reforma

sanitária". Segundo uma interpretação recente (DOWBOR, 2009), nas frestas do regime e sem acenar com mudanças profundas no setor, um novo ator coletivo e reformista emergia, "a despeito dos interesses contrários do setor privado da medicina" (DOWBOR, 2009, p. 186). Esse movimento incipiente dos anos de 1970/80 apontava para a necessidade das políticas de saúde se orientarem para a universalização e descentralização dos serviços na direção da "atividade do cuidar".

As propostas da reforma sanitária desse período resultaram na universalidade do direito à saúde com a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca por mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, por melhorias das condições de vida da população. Os cuidados primários em saúde passaram a demandar uma nova abordagem por parte dos profissionais, agora na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde. Além da prestação de cuidados, o fortalecimento de uma relação profissional/paciente mediada pela solidariedade, pelo apoio social e, especialmente, pela parceria entre os membros das equipes multidisciplinares.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem sido responsável por uma série de políticas, programas e protocolos voltados às mudanças do modelo de cuidado e entre esses programas estão os direcionados para o cuidado desde a gravidez até o pós-parto, especialmente para reduzir os índices de mortalidade e adoecimento materno e infantil por causas consideradas evitáveis. Houve grandes avanços na assistência ao pré-natal, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, sendo que ambos tiveram como "pedra fundamental" o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Outros programas e políticas foram criados durante essas décadas, sendo a Rede Cegonha a política mais recente que, implementada no ano de 2011, manteve-se condizente com os ideais e diretrizes do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e o próprio PAISM (BRASIL, 2011a; FAGUNDES e OLIVEIRA, 2017).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil, instituiu a Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2012). De acordo com a Portaria, a Rede deve ser organizada de forma a promover ações de atenção à saúde materna e infantil para a população do território adscrito, articulando os pontos de atenção em rede, além do sistema de apoio e logístico (BRASIL, 2011a) e qualificando as equipes de atenção primária

e no âmbito das maternidades (BRASIL, 2011b). Essa política foi resultado de anos de trabalho e qualificação de programas implementados anteriormente, com importantes avanços nessa trajetória, especialmente no acesso ao pré-natal, exames diagnósticos por meio de testes rápidos, construção de centros de parto normal e outras ações que visam dar acesso e humanizar o cuidado durante a gestação, o parto, o abortamento e o puerpério das mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – elaborada pelo Ministério da Saúde juntamente com setores da sociedade - movimento negro, movimento de mulheres e das trabalhadoras rurais, comunidade científica e gestores do SUS – possui como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, buscando promover melhora da atenção na gestação, parto e puerpério, no planejamento familiar, bem como no abortamento seguro e combate à violência doméstica e sexual, na perspectiva de garantir os direitos das mulheres e redução de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Já o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento visa melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento obstétrico, garantindo os direitos de cidadania e fundamentando-se também na humanização das práticas. Orienta a realização de alguns procedimentos como a garantia de, no mínimo, 6 consultas de acompanhamento pré-natal e 1 no puerpério; realização de alguns exames laboratoriais como, VDRL, ABO-RH, urina, glicemia em jejum, testagem anti-HIV; realização de atividades educativas, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A humanização das práticas em saúde realizadas pelos profissionais, de acordo com as diretrizes dessa política, deve promover um empoderamento das mulheres com relação ao seu corpo e condições de saúde, favorecendo escolhas mais adequadas ao contexto e momento vivenciado pelas mesmas, além de acolher as necessidades, buscando tecnologias apropriadas para cada situação, aumentando a resolutividade e reduzindo o sofrimento associado às questões de adoecimento e morte dessas mulheres e seus familiares (BRASIL, 2004).

Com a ampliação da cobertura do pré-natal nas últimas décadas em todo país, os indicadores de óbitos neonatais reduziram. Esses indicadores, porém, reduziram aquém do desejado, já que continuaram a ocorrer causas evitáveis, como a hipertensão, citada anteriormente, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal do Brasil (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, essas mortes estão, de certa forma, relacionadas à fragilidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde, durante a assistência pré-natal, além da fragmentação das práticas e dos serviços de saúde, da precária organização de redes de

atenção, da continuidade de práticas de atenção conservadoras, que são pouco participativas e que incentivam intervenções e medicalizações desnecessárias (BRASIL, 2011b).

Percebe-se, porém, que as práticas assistências à saúde estão ainda muito atreladas a um modelo biomédico que não contempla a complexidade dos processos de saúde-doença vivenciados pelos usuários pela falta de diálogo existente entre profissionais e usuários, bem como não privilegia a discussão coletiva, o que torna essas práticas distantes das reais necessidades dos usuários (FAGUNDES E OLIVEIRA, 2017).

Importante ressaltar que o modelo hegemônico biomédico vigente, associado aos avanços tecnológicos e científicos empregados na assistência às gestantes e puérperas, tornou o processo natural de parto e nascimento em um procedimento hospitalar e médico-centrado convertendo o parto em uma doença e a mulher vista como uma paciente frágil e submissa e não protagonista da própria gestação e puerpério (BRASIL, 2014; ZIRR *et al.*, 2019).

Santos e Westphal (1999) observam que na atualidade as concepções das ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado paradigma curativista ou biomédico. Esta concepção deve-se à ideia do cuidado ampliado, por meio de ações integradas, pois o processo de saúde e de doença passa a ser multifatorial.

Ao contrário do modelo biopsicossocial, que pressupõe a oferta de uma assistência ao indivíduo de forma ampliada e não apenas o tratamento da doença, o biomédico define "saúde" como ausência de doença, dor ou defeito e se concentra na patologia, bioquímica e fisiológica ao estudar uma doença, sem considerar aspectos sociais ou a subjetividade das pessoas. Apesar das críticas existentes acerca do modelo biomédico, ainda é hegemônico no sistema de saúde e reflete um cuidado fragmentado, com o médico como protagonista da assistência (OMS, 2019).

1.1. A CONCEPÇÃO DE GRUPOS OPERATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A modalidade de atenção por meio de grupos como forma de cuidado coletivo tem aumentado progressivamente, com a organização desses grupos por critérios como idade e tipo de doença. Essa forma de operacionalizar o cuidado coletivo traz alguns benefícios, dentre eles: a otimização do trabalho reduzindo as consultas individuais, participação ativa do usuário no processo educativo e aumento do vínculo com os profissionais. Verifica-se, porém, que as ações dos profissionais nesses grupos não se ancoram em referências teóricas e metodológicas, o que indica a necessidade de estudos que sistematizem metodologias adequadas para a capacitação dos profissionais nesse tipo de intervenção (SOARES e FERRAZ, 2007).

Os grupos operativos são constituídos por um conjunto de pessoas que interagem em uma rede comum, atribuindo grande importância aos vínculos criados pelos componentes desses grupos, que se tornam bases para a comunicação e aprendizagem (SOARES e FERRAZ, 2007) e possibilitam novas elaborações do conhecimento e questionamentos sobre si e sobre outras pessoas do seu convívio (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

Os elementos que compõem o planejamento dos grupos operativos consistem em se definir o referencial teórico, analisar as demandas de saúde, elaborar o objetivo do grupo, identificar a tarefa, selecionar os temas pertinentes e escolher as estratégias de educação e avaliação (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

Estratégias educativas e dinâmicas, como palestras, vídeos, jogos, músicas e imagens podem ser utilizadas para trabalhar os temas definidos antes do início do grupo, a partir de uma análise das demandas de saúde, ou no decorrer do seu funcionamento, a partir das necessidades levantadas pelos próprios usuários do grupo (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

Os grupos, como forma de cuidado coletivo, têm sido reconhecidos por constituir importante prática de educação em saúde, promovendo a elaboração do conhecimento e a aprendizagem em saúde por meio de relações interpessoais, podendo ser utilizado na prevenção de doenças, cuidados específicos, e na promoção da saúde (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

De acordo com Queiroz *et al.* (2016), os profissionais devem promover nos grupos operativos uma escuta qualificada, despojados de preconceitos para permitir que as gestantes relatem suas visões de mundo e para que haja o estabelecimento do vínculo, e estimular o protagonismo e o empoderamento da gestante por meio do diálogo coletivo. Os autores acrescentam que, apesar dos grupos operativos de gestantes serem considerados espaços para a educação em saúde, hegemonicamente, são utilizados métodos tradicionais na transmissão de informações de formas verticalizadas, pontuais e generalizadas.

São ferramentas importantes na promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, proporcionando interação afetiva entre as integrantes, inclusive a criação de vínculo com a equipe de profissionais. Além de possibilitar o aumento na longitudinalidade das ações e o fortalecimento da interdisciplinaridade, os grupos podem produzir ações educativas com base em problematização e discussão, gerando aprendizado com participação ativa dos participantes no processo educativo (MENEZES e AVELINO, 2016).

Uma vez que o cuidado integral das grávidas deve possibilitar o trabalho interdisciplinar, importante absorver as demandas espontâneas e programadas, contemplar

ações de caráter individual e coletivo que tenham alcance para promover e recuperar a saúde, prevenir e tratar os agravos, bem como incentivar um espaço de articulação social com instituições setoriais e extra setoriais (BRASIL, 2012). O vínculo estabelecido durante o pré-natal com a equipe nos grupos operativos de gestantes se configura importante estratégia de fortalecimento do processo saúde/cuidado (QUEIROZ *et al.*, 2016).

Porém, alguns desafios são impostos para a realização desses grupos. A PNAB recomenda que haja salas de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica constituindo, assim, espaços sociais onde ocorrem relações interpessoais de forma acolhedora e humanizada (BRASIL, 2017a). Alguns autores (GUIMARÃES *et al.*, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2015), entretanto, referem-se aos baixos percentuais de adequação das estruturas físicas das Unidades de Saúde da Família que realizam o pré-natal. Quase 43% das unidades de saúde pesquisadas no estudo de Guimarães *et al.* (2018) não dispunham de infraestrutura adequada, configurando-se como uma barreira de acesso a um pré-natal qualificado.

De acordo com Giovanella *et al.* (2015), a estrutura serve de requisito para a avaliação dos serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de cuidado e influenciando os resultados obtidos. Um dos itens considerados na PNAB trata da infraestrutura, ambiência e funcionamento da Atenção Básica e, de acordo com essa política, devem estar adequados ao quantitativo de população adscrita ao território e suas especificidades, aos processos de trabalho das equipes e a atenção aos usuários (BRASIL, 2017a).

Importante definir a fundamentação teórica dos grupos de saúde, entendendo que a concepção dos grupos operativos não se apoia de forma isolada em um ou outro autor, sendo realizada a articulação das ideias do ponto de vista da: a) dimensão psicossocial – que introduz ideias da psicossociologia; b) dimensão psicodinâmica, com base nas concepções do médico psiquiatra Enrique Pichon-Rivière e sua teoria de Grupo Operativo e na dimensão educativa fundamentada na pedagogia do Educador Paulo Freire (AFONSO, 2019).

Cabe destacar a dinâmica de grupos baseada nos “Círculos de Cultura”, tal como estruturado por Paulo Freire, que fizeram parte do movimento de educação popular proposto pelo educador, realizado no Brasil no início dos anos 1960. Os Círculos favorecem trocas de experiências, conquista da linguagem e saberes fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo “caráter libertador” propõe uma aprendizagem que rompe com a fragmentação do conhecimento e que requer tomadas de decisão perante os problemas vivenciados em determinado contexto, ao tempo em que buscavam afastar o aprendizado “puramente mecânico” com a conquista da “tomada de consciência” da sua realidade (FREIRE, 1967, p.

103). Nesse sentido, a dimensão educativa fundamentada nos grupos, enquanto experiência coletiva de diálogo em diversos espaços educativos, é uma proposta metodológica cuja concepção freireana prevê a transformação social (FREIRE, 1967).

A seguir, apresenta-se o referencial teórico de Pichón-Rivière – Teoria do Grupos Operativo (GO) – e a dimensão educativa fundamentada na pedagogia do Educador Paulo Freire (AFONSO, 2019).

1.2. OS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHÓN-RIVIÈRE

A concepção de Grupos Operativos começou a ser elaborada pelo médico psiquiatra Enrique Pichón-Rivière. Nascido em Genebra em 25 de junho de 1907, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, por volta de 1926. Seu interesse em estudar o tema da "tristeza" o conduziu a seguir uma formação psicanalítica e também na Psicologia Social. Nas práticas realizadas nas instituições psiquiátricas nas quais trabalhou, o Hospício de Las Mercedes (atual Hospital Borda) e o Asilo de Torres (atual Colônia Montes de Oca), ambos em Buenos Aires, Pichón-Rivière começou a buscar a integração da experiência intragrupo (BECERRA, 2015).

A partir do trabalho desenvolvido no hospital de Las Mercedes, durante uma greve das enfermeiras, em função dos cuidados precários ofertados aos pacientes portadores de doenças mentais, Pichon-Rivière propôs a experiência da integração intragrupo, cuja dinâmica previa que pacientes com menor comprometimento mental ficariam responsáveis pelos cuidados com os grupos mais comprometidos. Para Pichón, esta experiência visava melhor integração, parceria e trocas entre os grupos (BASTOS, 2010).

O psiquiatra, que foi fundador da Escola Psicanalítica da Argentina (1940) e do Instituto Argentino de Estudos Sociais (1953) e afirmava que a aprendizagem centrada nos processos grupais seria um processo de contínua mudança, em uma relação dialética entre sujeito e objeto, com possibilidade de novas elaborações do conhecimento, de questionamentos e inquietações (BASTOS, 2010)

Os grupos são definidos por Pichón-Rivière como um conjunto de pessoas, articuladas em uma mesma tarefa, de forma implícita ou explícita, num tempo e espaço comum, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos. Sua teoria refere grande importância aos vínculos sociais, constituindo-se como bases para os processos comunicativos e de aprendizado (SOARES e FERRAZ, 2007).

Os grupos operativos podem ser utilizados para diversos fins, dentre eles, fazer parte da estratégia metodológica na “construção do conhecimento do grupo sobre determinado tema”, favorecendo

o protagonismo do grupo na produção de seu referencial conceitual para ser operativo na realidade e aprender. Dessa maneira, o conhecimento e a aprendizagem gerados no grupo constituem o processo e o produto/material sobre o qual o coordenador do grupo/pesquisador irá se debruçar. (PEREIRA, 2013, p. 27).

A técnica do grupo operativo proposto por Pichón-Rivière (2005) no seu livro *O Processo Grupal* assume caráter interdisciplinar e se baseia na preexistência de um esquema referencial, conhecido como Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO). Segundo o autor, esse esquema preexistente em cada pessoa, se refere aos “conjuntos de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e age” (pg. 125). Essa concepção de Pichón baseia-se na construção de um referencial operativo comum dos esquemas prévios visto que esses acabam assumindo uma unidade (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

O foco do presente estudo é dialogar com a ideia de grupo operativo de Pichón-Rivière e com o seu conceito de Esquema Conceitual, Referencial e Operativo.

O grupo operativo, que é criado artificialmente com indivíduos em situação semelhante, configura-se sobre a base de vínculos internalizados a partir do grupo familiar, vínculos que se propagam pelos subsequentes grupos com os quais o sujeito se relaciona. Pichón-Rivière parte da hipótese de que no grupo familiar um membro assume o papel de porta-voz, o que o torna depositário de todas as angústias, ansiedades e patologias que circulam no espaço em que vive. Desse modo, o porta-voz passa a funcionar como paradigma para o comportamento do grupo familiar como um todo. Coisa semelhante acontece no grupo operativo: nesse também surge um porta-voz que simboliza os ideais do grupo e passa a servir como modelo aproximado para a conduta dos seus membros em cada nova experiência com que se defrontam. (...) De maneira mais clara, pode-se dizer que ECRO é o conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais o sujeito pensa/sente/age. (MEDEIROS; SANTOS, 2011, p. 5).

O autor ressalta que a formação da personalidade é também influenciada, além da estrutura familiar, pela estrutura social e educação, contribuindo para suas formas de conduta e das relações estabelecidas com outros indivíduos e consigo mesmo (MEDEIROS; SANTOS, 2011). Pontua ainda que a identificação do ECRO se baseia “no ato de escutar, de dar atenção, de estar-com-um grupo de pessoas” (p. 20).

Existe, então, uma transformação como tentativa de resposta a esse processo, o que provoca a reestruturação. Cada ciclo transformador engloba e supera o ciclo anterior e gera a chamada espiral dialética e movimentos constantes nos grupos (SOARES E FERRAZ, 2007)

A técnica pressupõe que sejam propostas a realização de tarefas. Tarefa essa que abrange duas dimensões: uma com caráter mais objetivo, que é a “tarefa externa”, que vai avaliar se o grupo atingiu seus objetivos, ou seja, se os objetivos de aprendizagem foram alcançados; e outra dimensão mais subjetiva, a “tarefa interna”, referente ao modo como os integrantes do grupo vivenciaram o processo e as relações estabelecidas dentro do grupo (AFONSO, 2019).

Os movimentos de estruturação, desestruturação e reestruturação são representados graficamente pelo autor por meio de um cone invertido (BASTOS, 2010), e podem ser analisados por meio de vetores, que são tomados como referência, constituindo-se como indicadores do processo grupal, podendo auxiliar as equipes na análise das suas dinâmicas na busca dos seus objetivos. São eles: “afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência” (FORTUNA *et al.*, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007 pg. 54).

A *afiliação* e a *pertença* são relacionadas ao grau de identificação dos participantes do grupo entre si e com as tarefas. A *afiliação* indica, especificamente, a concordância em pertencer aquele grupo (SOARES e FERRAZ, 2007; FORTUNA *et al.*, 2005). Já a *pertença* abrange sentimento de identificação com o grupo (SOARES e FERRAZ, 2007). A *afiliação* e a *pertença* ocorrem à medida que vai se aprofundando a convivência, com a sensação de que fazem parte de um grupo (FORTUNA *et al.*, 2005). A *afiliação* e a *pertença* constituem-se em indicadores básicos para o desenvolvimento dos outros processos grupais (SOARES e FERRAZ, 2007).

A *cooperação* se refere à ajuda mútua diante do desempenho de diferentes funções e papéis para a execução de alguma tarefa, articulando saberes. A cooperatividade é a flexibilização dos papéis, sendo que o contrário é a competição (FORTUNA *et al.*, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007).

A *comunicação* é um importante indicador dos momentos vivenciados no grupo, podendo ser instrumento de crescimento e troca, ou gerar mal-entendidos e situações paralisantes. A comunicação pode ser implícita ou explícita (SOARES e FERRAZ, 2007)

A *aprendizagem* vai além da transferência de saberes de um para o outro, se refere ao desenvolvimento da capacidade de criar alternativas, estando inter-relacionada com a comunicação. Se houver ruídos nesta comunicação, provavelmente a aprendizagem fica prejudicada (FORTUNA *et al.*, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007).

A *tele* se refere a como as relações no grupo são sentidas, afetando a disposição para atuar em conjunto, podendo ser positivas ou negativas (SOARES e FERRAZ, 2007). Seria o “clima” estabelecido no grupo, que pode ser tenso ou harmonioso (FORTUNA *et al.*, 2005).

A *pertinência* está relacionada a produtividade do grupo e sua capacidade de concentrar-se em seus objetivos (SOARES e FERRAZ, 2007). Seria assumir o compromisso a que se propõe, sem se afastar dos objetivos estabelecidos (FORTUNA *et al.*, 2005)

Nas técnicas grupais existem a figura do coordenador que tem a função de criar a comunicação e estimular para que a mesma se desenvolva, além da figura do observador, que geralmente não participa, tendo como função recolher todo material, verbal e não-verbal expresso no grupo, fornecendo suporte para reajustar formas de condução dos grupos (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 174)

De acordo com Afonso (2019), baseado na teoria pichoniana, grupos operativos menores, entre 5 a 12 participantes, propiciam de forma mais efetiva a criatividade e reflexão dos participantes.

1.3 A PEDAGOGIA DE PAULO FREIRE

Paulo Freire (1921-1997) foi um educador brasileiro nascido em Recife, conhecido mundialmente por seu consagrado método pedagógico, no qual a educação deveria ser um ato político. Iniciou na educação por influência da sua mãe, que trabalhava com educação na época, começando junto com ela nos primeiros passos no trabalho de educação de adultos, com uma metodologia diferente, “que mais tarde seria chamada de Método Paulo Freire” (FREIRE, 2012, p. 2).

Nesse contexto, surgiram os Círculos de Cultura, a partir das experiências de alfabetização de adultos, proposta por Paulo Freire, na década de 1960, com grupos compostos por trabalhadores populares do nordeste brasileiro (DANTAS e LINHARES, 2014).

Além do conteúdo específico para a alfabetização, tinham como proposta contribuir com a emancipação dessas pessoas, a partir do autorreconhecimento como protagonista de sua história e cultura; utilizando a práxis pedagógica, aliando teoria e prática, para tornar possível sua tomada de consciência, tanto por meio do diálogo, como pela percepção da realidade na qual estavam inseridos (DANTAS e LINHARES, 2014).

Os Círculos de Cultura têm como base a concepção pedagógica que valoriza a “relação horizontal” entre educador e educando, com a valorização das culturas locais e a oralidade. Dentre seus princípios, podemos citar o respeito ao educando e a conquista da autonomia. Tem como base o diálogo, as experiências dos sujeitos, a produção teórica da educação e a escuta do outro com as consequentes problematizações advindas sobre a fala do outro e sobre si mesmo (DANTAS e LINHARES, 2014).

Em outros estudos, Paulo Freire aprofundou a concepção da “relação horizontal” entre educador e educando com crítica para a concepção “bancária” da educação cujos conteúdos estão desconexos da realidade e sem significado para os mesmos e afirmando que sem a práxis “não há criatividade e transformação, não há saber” (FREIRE, 1987, p. 38)

Freire (1992) destaca ser necessário que, durante os processos educativos, o educador leve em consideração o ponto de vista do educando para que este consiga avançar no seu processo de construção da aprendizagem. Os saberes pregressos do usuário, neste caso, devem ser respeitados e valorizados. No processo educativo, ensinar não deve limitar-se à transferência mecânica do conhecimento do educador para o educando, mas sim partir dos conhecimentos pregressos do educando para transformação dos saberes.

Conforme Afonso (2019) existe uma correlação direta entre a concepção dos grupos operativos de Pichón-Riviére e os Círculos de Cultura de Paulo Freire, os quais afirmavam que havia uma “unidade entre aprender e ensinar dentro do grupo” (p. 111). Outros pontos que a autora destaca em comum entre as concepções dos dois autores é a existência de uma “dimensão clínica no educar” e uma “dimensão educativa no grupo operativo” (p. 111), bem como da relação democrática que deve ser estabelecida pelo coordenador do grupo, tanto nos grupos operativos quanto nos Círculos de Cultura, cujas funções são dinamizar os grupos, respeitando o processo grupal e “incentivando seu crescimento” (p. 110).

Podemos concluir, então, que muitos são os aspectos que apresentam similitude entre os grupos operativos do Pichón-Riviére e os Círculos de Cultura de Paulo Freire, como destaque os seguintes pontos: valorização da oralidade, dialogicidade, dos conhecimentos preexistentes das pessoas, a problematização e a horizontalidade das relações.

1.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO SUS

A educação em saúde pode ser classificada como um campo de práticas e de conhecimento diretamente relacionados entre a ação assistencial e o pensar e fazer da população, considerando assim que toda ação de saúde é uma ação educativa, já que as relações estabelecidas com o outro interferem nos modos de sentir, pensar e agir, sendo considerado então como processo pedagógico presente nos processos de promoção, prevenção, cura e reabilitação (PINHEIRO e BITTAR, 2017).

Fundamental a criação de espaços de educação em saúde onde ocorram trocas de vivências e conhecimentos entre as gestantes e os profissionais de saúde, oportunizando o diálogo com essas mulheres e a consolidação de importantes informações sobre a gestação e outros assuntos concernentes a saúde da mulher, da criança e da família. Podem ser considerados para esses espaços os grupos específicos para gestantes, as salas de espera, ou qualquer outro espaço de troca de experiências (BRASIL, 2012).

Os grupos de gestantes constituem-se como importantes ferramentas de suporte emocional, orientações e esclarecimento de dúvidas (BRASIL, 2012). Nesses grupos, diversos temas importantes podem ser trabalhados, oferecendo conhecimento científico em assuntos que fazem parte das vivências da gestante. Por meio da educação em saúde, abre-se espaço para a escuta qualificada, absorvendo as necessidades da população, permitindo que esta, junto com os profissionais, possam buscar soluções a partir das vivências de cada indivíduo e da experiência técnica dos profissionais envolvidos (MENEZES e AVELINO, 2016).

As abordagens de educação em saúde são transformadoras quando existe um incentivo à atitude crítica e questionadora. As práticas verticalizadas de transmissão de informações pelos profissionais de saúde precisam ser superadas para atingir outra dimensão com o protagonismo de todos os atores. O conhecimento se transforma em atitude, a partir das necessidades dos participantes (VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

Os grupos de gestantes, apesar de serem considerados espaços para prática da educação em saúde, utilizam predominantemente o método de pedagogia tradicional, com transmissão de conhecimento de forma verticalizada, pontual e desconsiderando o contexto no qual o grupo está inserido, sendo necessário haver o redirecionamento de práticas que estimulem o empoderamento e o protagonismo das gestantes a partir das trocas de experiências, diálogo coletivo, num contínuo e mútuo processo de ensinar e aprender (QUEIROZ *et al.*, 2016).

A qualidade da atenção pré-natal é questionada por alguns autores. Conforme estudo de Tomasi e Facchini (2017), apenas 60% das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde receberam todas as orientações preconizadas para o acompanhamento pré-natal, indicando uma falha dos profissionais de saúde em oferecer essas informações às usuárias (TOMASI e FACCHINI, 2017; MARQUES *et al.*, 2020).

1.5 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID - 19

No contexto atual da pandemia, o isolamento social foi preconizado como forma de reduzir a transmissibilidade do vírus, provocando impactos de várias ordens para a grávidas, consideradas grupo de risco devido às modificações imunológicas e circulatórias que acontecem de forma fisiológica no organismo durante a gestação (ALMEIDA, PORTUGAL e ASSIS, 2020).

Com esse novo contexto, novas estratégias de gestão para garantia da continuidade da assistência ao cuidado e de ações de educação em saúde precisaram ser pensadas com reforço da importância do cuidado, acolhimento e vínculo no momento de pandemia. (WAGNER *et al.*, 2020; ESTRELA *et al.*, 2020).

Rodrigues e colaboradores (2020) indicam a necessidade de se repensar a organização dos serviços da atenção primária à saúde (APS), evitando que os usuários fiquem desassistidos, na oferta de acompanhamento de qualidade mesmo durante a pandemia.

O avanço do vírus no mundo provocou um colapso nos sistemas de saúde em vários países e obrigou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causado pelo Covid-19 constituía “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” e, pouco tempo depois, que a doença deveria ser entendida como pandemia (WAGNER *et al.*, 2020), gerando, assim, novos desafios para os profissionais de saúde, principalmente no que se refere aos grupos mais vulneráveis, incluindo entre eles, as gestantes. (ESTRELA *et al.*, 2020; GONÇALVES, 2020)

Diante desse quadro sanitário crítico, atitudes e práticas em saúde precisaram ser repensadas e a importância da manutenção do cuidado reforçada. O acolhimento e a construção de vínculo são fundamentais para impedir ou reduzir os impactos causados pelas questões que interferem na saúde e bem-estar das gestantes. (ESTRELA *et al.*, 2020).

Muitos são os impactos sofridos pelas gestantes com a pandemia. Medidas de isolamento social foram adotadas para minimizar a disseminação do vírus. Devido às alterações

fisiológicas, que interferem diretamente nos sistemas imunológicos e respiratórios, as tornam mais suscetíveis a maior risco caso sejam infectadas, classificadas então como grupo de risco ((ALMEIDA, PORTUGAL e ASSIS, 2020).

O isolamento social deixa as gestantes mais reclusas e sedentárias repercutindo em aumentos de casos de obesidade, hipertensão arterial, possibilidade de diabetes gestacional, dentre outras. Durante a gestação as mudanças de humor repentinas ocorrem corriqueiramente, bem como medo, ansiedade e insegurança; sentimentos esses potencializados e somados à imprevisibilidade e incertezas em relação à doença e seus impactos no parto, que afetam, inclusive, questões já garantidas por lei, como o acompanhamento da gestante na sala de parto, potencializando os desequilíbrios psíquicos (ALMEIDA, PORTUGAL e ASSIS, 2020).

As redes de apoio, compostas usualmente pelo marido, filhos, familiares e amigos, são fundamentais para o suporte emocional e material das gestantes. Neste momento de crise sanitária, encontram-se fragilizadas diante da necessidade de distanciamento social (ALMEIDA, PORTUGAL e ASSIS, 2020).

Deve-se ressaltar a importância da APS em ações voltadas para a prevenção, principalmente nesse momento em que existe uma grande quantidade de desinformação e notícias falsas (“*fake news*”) circulando nas diversas mídias sociais (DUARTE *et al.*, 2020).

Um dos maiores desafios encontrados diante da pandemia da Covid -19 para a prática dos profissionais de saúde é a realização de educação em saúde, isso, porém, pode ser minimizado pelas tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) possibilitando um maior alcance dessas práticas, promovendo orientações e medidas de orientação (PALACIO; TAKENAMI, 2020).

De acordo com Palácio e Takenami (2020, p. 12), “a COVID-19 é a primeira grande pandemia da era das mídias sociais”, dessa forma, os conhecimentos podem ser divulgados de forma ampla por meio dessas mídias sob a forma de vídeos, animações e esclarecimentos compartilhados em grupos de aplicativos de mensagens, oportunizando uma rápida distribuição, sendo ferramenta importante para a realização da educação em saúde.

Apesar da reestruturação e reorganização dos sistemas de saúde e dos processos de trabalho exigidos pela Covid-19 na APS, não pode haver descontinuidade dos demais cuidados estabelecidos nos territórios, que, de certa forma, se encontram em situações de fragilidade e vulnerabilidade social (MACIEL *et al.*, 2020).

Dentro dessa temática, foi identificada na literatura revisão integrativa que objetivou elencar as estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes e puérperas no contexto da pandemia da Covid-19. O resultado mostrou a importância das redes sociais, como nova

estratégia de educação, diante da imposição da necessidade de distanciamento social, configurando-se como ambiente de trocas de informações seguras, abordando temáticas referentes a gestação, puerpério e o novo coronavírus (LIMA *et al.*, 2021).

Segundo Maciel e colaboradores (2020), o uso das TICs deve ser incorporado como novo meio de trabalho, para além da situação emergencial vivida com a pandemia, possibilitando potencializar e otimizar as atividades já desenvolvidas, reafirmando as diretrizes previstas na PNAB, que reorienta as concepções e práticas no campo da saúde e preconizam um “novo” processo de trabalho, que tem como meta a produção do cuidado integral e em equipe.

Alguns aspectos que devem ser abordados nas ações educativas durante o pré-natal e após o parto são: importância do pré-natal e cuidados com a higiene, desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, atividade sexual com aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis, sintomas mais comuns da gestação e orientações para lidar com essas queixas, nutrição e prática de atividade física (BRASIL, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Partindo da necessidade de humanização e qualificação da atenção, as práticas para desenvolvimento da saúde materno-infantil devem ser reorientadas por meio de uma educação problematizadora (FAGUNDES e OLIVEIRA, 2017). As discussões em grupo são uma opção para o desenvolvimento desse tipo de trabalho, que favorece as trocas de experiência entre os componentes (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal, realizada pelas equipes da atenção básica do SUS, com abordagem multiprofissional, é importante para acompanhar a mulher e suas demandas referentes ao processo de gestação e o desenvolvimento do bebê, por meio de práticas, como consultas e outras ações, com a intenção de prevenir complicações clínicas e obstétricas, além de promover acolhimento, para que as gestantes se sintam seguras com as transformações que ocorrem durante a gestação (DIAS *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que a atenção pré-natal e puerperal realizada em equipe favorece ações de educação em saúde e alternativas de enfrentamento das adversidades no contexto do cuidado. As práticas de educação em saúde são instrumentos utilizados para qualificar a atenção, ampliando os serviços e reduzindo possíveis complicações. A educação em saúde é necessária, segundo Pereira *et al.* (2020, p.4), “para diminuir os riscos de violência obstétrica, depressão, rejeição da gravidez e para a compreensão das reais necessidades que envolvem o pré-parto e o pós-parto”. Ainda segundo os autores, o indivíduo e/ou grupo é estimulado a ser protagonista do seu próprio cuidado, com autonomia para suprir as demandas da população, buscando bem-estar e melhor qualidade de vida.

A pandemia causada pela Covid-19, impôs novas regras e normas de convivência para a sociedade, tendo o distanciamento social como principal medida de prevenção da disseminação da doença, que teve diversas repercussões biopsicossociais, afetando preponderantemente as populações mais vulneráveis (DUARTE *et al.*, 2020).

Os grupos operativos, na atenção primária, têm potencialidade de evitar que grande parte das gestantes necessite da atenção terciária causada por comorbidades, como hipertensão, diabetes, tornando-as mais suscetíveis a complicações dos quadros de Covid-19, além de outros fatores que podem ser manejados a nível de atenção básica (WAGNER *et al.*, 2020).

A motivação para a pesquisa surgiu da minha inquietação, na qualidade de cirurgiã-dentista da ESF Salobrinho e da oportunidade de participação como discente do mestrado profissional (PROFSAÚDE), frente ao problema encontrado no território adscrito das ESF Salobrinho I e II, no município de Ilhéus, Bahia, onde, somado ao imperativo distanciamento

social que se faz necessário devido a pandemia da Covid-19, a unidade de saúde apresenta infraestrutura inadequada para realização dos grupos operativos, bem como dificuldade de pactuar espaços alternativos para realização de tais encontros, indicando a necessidade de se estabelecer estratégias que possibilitem a promoção e operacionalização de atividades de educação em saúde, como os grupos operativos realizados de forma remota com as gestantes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF).

A importância desse recurso se estabeleceu no fortalecimento da estratégia de educação em saúde e na construção do vínculo dos profissionais da ESF com as gestantes do território. Considerando o caráter recente de tal estratégia, se fez necessário conhecer, por meio da percepção das usuárias, a efetividade, potencialidades e fragilidades desses grupos.

Diante do exposto, destaca-se relevante analisar as práticas de cuidado e as estratégias de educação em saúde adotadas pelos profissionais aos grupos operativos remotos de gestantes durante a pandemia, buscando discutir essas estratégias na perspectiva dos usuários, no sentido de qualificar a atenção, propor estratégias de cuidado e de educação em saúde e ampliar o acesso a esse grupo específico na Estratégia de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Implementar estratégia de cuidado e educação em saúde, bem como analisar as percepções das gestantes sobre essas estratégias estabelecidas nos encontros presenciais e nos grupos operativos remotos no âmbito da APS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever e analisar as estratégias de cuidado e educação em saúde, com foco nos temas que serão abordados nos grupos operativos remotos;
2. Descrever e analisar as percepções das gestantes sobre os temas discutidos nos grupos operativos remotos;
3. Identificar e analisar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes no âmbito da APS, com base nos vetores de avaliação de Enrique Pichon-Rivière.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho é um estudo transversal, de abordagem qualitativa e natureza aplicada, com objetivo exploratório e descritivo (GERHARDT e SILVEIRA, 2009) cujo método utilizado teve como referencial teórico uma articulação entre a abordagem psicodinâmica baseada na Teoria do Grupos Operativos elaborado por Enrique Pichon-Rivière, e a dimensão educativa, fundamentada na pedagogia de Paulo Freire (AFONSO, 2019)

Nesse trabalho foram descritas e analisadas as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e de educação em saúde nos encontros presenciais e nos grupos operativos remotos no âmbito da APS. O público-alvo foram as gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal das Equipes de Saúde da Família Salobrinho I e II e do Centro de Saúde Banco da Vitória, no município de Ilhéus, Bahia.

Os grupos tiveram como base a concepção descrita por Enrique Pichon-Rivière gerada nos processo grupais em que há a reestruturação do chamado Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO), construído de forma comum (PICHON-RIVIÈRE, 2005), por meio da proposição de tarefas que abrangem dimensões de caráter objetivo, relacionados às propostas de aprendizagem, e subjetivo, referente ao modo como os integrantes vivenciaram o processo e as relações estabelecidas dentro do grupo (AFONSO, 2019); aliada as práticas pedagógicas preconizadas por Paulo Freire que, para além dos conteúdos específicos, foram realizadas as problematizações utilizando ações dialógicas para conquista de consciência e percepção do contexto em que estão inseridas, intencionando a emancipação dessas mulheres por meio do empoderamento da sua história e cultura, resultando na conquista da autonomia e transformação das realidades vividas (DANTAS e LINHARES, 2014).

Como forma de introduzir a relevância da pesquisa qualitativa, Flick (2008) destaca que novos contextos e perspectivas sociais vêm sendo enfrentados pelos pesquisadores frente às mudanças sociais aceleradas e diversificação das esferas da vida. Segundo o autor, diante desse cenário, é necessário que as tradicionais metodologias dedutivas - que partem de modelos teóricos já existentes - sejam substituídos por estratégias mais indutivas, no qual novas suposições serão geradas a partir das observações feitas nos contextos locais. O autor considera como aspectos fundamentais para a realização da pesquisa qualitativa uma adequada escolha de métodos e teorias convenientes, a análise de diferentes perspectivas, reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas e variedade de abordagens e métodos.

De acordo com Minayo (2007), a pesquisa qualitativa trabalha no âmbito dos significados, percepções, aspirações, crenças, valores e atitudes, considerando que as relações estabelecidas entre as pessoas, suas produções, representações e intenções dificilmente podem ser quantificadas e fazem parte da realidade social dos indivíduos.

No cenário da saúde, em particular, a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador conheça as “*significações* dos fenômenos do processo saúde-doença” (p. 510), sendo esse fator essencial para qualificar as relações estabelecidas entre “profissional-paciente-família-instituição” (p. 510); aumentar adesão a tratamentos ministrados individualmente e nas medidas coletivas; e entender de forma aprofundada sentimentos, ideias e comportamentos da população assistida (TURATO, 2005).

Cabe dizer que as pesquisas classificadas como exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema para o aprimoramento de ideias. Possui planejamento flexível e envolvem levantamento bibliográfico e “entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado” (p. 41). No que se refere às pesquisas descritivas “são incluídas as que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.” (p.41). Ambas normalmente são realizadas por pesquisadores que se preocupam com a atuação prática (GIL, 2002).

4.2 ÁREA DO ESTUDO E POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada no município de Ilhéus, que está localizado na microrregião Cacaueira, na região sul do Estado da Bahia, a cerca de 462km de distância da capital Salvador (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, 2017).

A população da cidade, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2020 é estimada em 159.923 pessoas, com extensão territorial de 1.588,555 km² e densidade demográfica de 104,67 hab./km². De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2018-2021), a população residente na área rural e urbana é equivalente a 28.955 (15,71%) e 155.281 (84,28%), respectivamente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, 2017).

A Rede Assistencial do município é composta pela Atenção Básica, Vigilância a Saúde, Assistência Farmacêutica e Média e Alta Complexidade. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, 2017).

A Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde. É composta por 14 Unidades Básicas de Saúde, 23 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes Saúde da Família

Indígenas e 15 Postos de Saúde da Zona Rural. A cobertura de atenção básica no município é de 26,33% (referência Outubro 2017/DAB/MS) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, 2017).

Na média complexidade, a atenção ao pré-natal de alto risco é realizada no Centro de Atenção Médica Especializada (CMAE) que é integrado à atenção básica. A alta complexidade da rede é composta pelo hospital público estadual – Hospital Geral Luiz Viana Filho (HGLVF) e três (3) unidades hospitalares conveniadas ao SUS: Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus, Hospital São Jorge e Hospital de Clínicas do Malhado LTDA-COCI. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito das Unidades de Saúde da Família Salobrinho I e II e do Centro de Saúde Banco da Vitória, localizadas nos bairros Salobrinho e Banco da Vitória, em Ilhéus- BA.

Um dos locais de estudo é o bairro nomeado hoje como Salobrinho, localizado no km-16 no sentido Ilhéus/Itabuna e as margens do Rio Cachoeira (ANEXO B). Antigamente era uma grande fazenda, Fazenda Boa Vista e que, apesar de se configurar como bairro, não o é por lei, já que nos documentos residenciais ainda constam Fazenda Boa Vista e existem documentos no cartório de imóveis onde todos os terrenos da área são contratos de aforamento (SANTOS *et al.*, 2019).

Na década de 1950, com a descoberta de uma possível jazida de minério começaram a se espalhar casas em volta região, iniciando uma pequena ocupação. Após muitos esforços e buscas, a possibilidade de ter descoberto uma jazida foi descartada. De acordo com relatos de moradores antigos, o dono da fazenda começou a doar terrenos para que as pessoas construíssem e pudessem plantar e isso atraiu muitas pessoas para a região, através dos contratos de aforamento acima citados (SANTOS *et al.*, 2019).

Com o crescimento populacional cresceram também as necessidades, como a emergência por rede de esgoto e água potável. Existem rumores, inclusive, que a origem do nome Salobrinho esteja relacionada a água salobra extraída dos primeiros poços artesianos para abastecimento da população. (SANTOS *et al.*, 2019).

Foi realizado um Diagnóstico Situacional no território da EFS Salobrinho I, a partir de atividade proposta a mim como discente do curso do mestrado profissional (PROFSAÚDE), Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/UFSB), no ano de 2020.

O Diagnóstico Situacional foi realizado no território pelo método da Estimativa Rápida Participativa (ERP) no ano de 2020, com dados obtidos a partir dos ACS e dos informantes-

chaves, indicou que a maior fonte de renda local gira em torno de aluguéis para estudantes da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), de alguns poucos empregos gerados pela UESC e pequenos comércios.

De acordo com a territorialização realizada pela equipe da ESF Salobrinho I e II no ano de 2019, a população do bairro Salobrinho tem um total de 6.608 habitantes, sendo que o território adscrito à ESF Salobrinho 1 tem uma população total de 3.137 habitantes, e a ESF Salobrinho 2 tem uma população de 3.471 habitantes.

Em relação aos recursos humanos, a ESF Salobrinho 1 conta com 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 médica, 1 dentista, 1 enfermeira, 1 técnica de farmácia, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 1 nutricionista; já a ESF Salobrinho 2 conta com 2 ACS, 1 ACS em desvio de função como recepcionista, 1 dentista, 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais.

Com relação aos recursos disponíveis, as duas equipes (USF Salobrinho I e II) atuam na mesma unidade de saúde e onde podemos elencar a seguinte disposição:

- Funcionam 2 equipes da ESF (Salobrinho I e II) em estrutura com capacidade para funcionamento de 1 só equipe;
- Recepção pequena;
- Sala vacinação;
- Farmácia;
- Sala de triagem: utilizada por 2 técnicas de enfermagem, sendo utilizada também para isolamento do paciente;
- 3 consultórios disponibilizados da seguinte forma: *Consultório 1* - utilizado por 2 médicos e para realização de exame preventivo pela enfermeira; *Consultório 2* - utilizado por 2 enfermeiras, que realizam planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento (CD) e pré-natal (PN); *Consultório 3 (Odontológico)* – utilizado por 2 dentistas, ASB e nutricionista;

A disposição supracitada dificulta a realização das atividades de educação em saúde em grupo, devido à alta demanda dos dois territórios e o espaço disponível, visto que a estrutura física se apresenta inadequada e insuficiente para instalar 2 equipes, sendo essa uma das justificativas da necessidade de realizar esse trabalho como forma de superar as fragilidades encontradas em grande parte das unidades básicas de saúde, além da necessidade de distanciamento social imposta pela pandemia da Covid-19.

Vale ressaltar que devido a questão estrutural e de falta de pactuação de outros espaços, não eram realizadas rodas de conversa com as gestantes antes da pandemia. As rodas começaram a ser realizadas de forma remota durante a pandemia, diante da necessidade

identificada a partir da realização do Diagnóstico Situacional supracitado, realizado na ESF Salobrinho I.

O outro local de estudo se localiza no bairro do Banco da Vitória (ANEXO C), sendo este um dos mais pobres da cidade de Ilhéus, com limitada infraestrutura, saneamento, transporte público e educação, insuficiente para atender as demandas da população e com alto índice de usuários de drogas (GALLINERA, 2013).

O Banco da Vitória é um bairro relativamente povoado, com farmácias, supermercado, igrejas e avenidas próximas a rodovia. A maior parte dos moradores do bairro vive da pesca, com renda abaixo de um salário mínimo e poucas oportunidades para melhorar suas condições de subsistência (GALLINERA, 2013).

Em relação aos recursos humanos do Centro de Saúde Banco da Vitória, podemos elencar: 6 ACS, 1 enfermeira, 2 dentistas, 1 ASB, 1 vacinadora, 1 marcadora de exames, 2 técnicas de enfermagem, 3 médicos clínicos, 1 médica pediatra, 1 ginecologista/obstetra, 1 nutricionista. Os recursos disponíveis na unidade são: recepção, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de vacinação, farmácia, sala de triagem, consultório médico.

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico seguiu a ordenação das etapas da pesquisa, a saber: 1) Realização de pesquisa bibliográfica; 2) Formação dos grupos operativos com gestantes; 3) Realização dos grupos operativos; 4) Realização de Grupo Focal; 5) Análise dos dados. Sendo melhor discriminadas a seguir.

1ª Etapa – Realização de pesquisa bibliográfica

O trabalho se iniciou com uma pesquisa na literatura especializada, definida de acordo com aproximações conceituais que dialogassem com o objeto da pesquisa em torno dos seguintes termos: gestantes; cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde; educação em saúde, os quais contribuirão para a contextualização do objeto do estudo. As publicações selecionadas nesta revisão foram consultadas nas bases de dados, Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), produzidas a partir do ano 2000, quando foi criado Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

2ª Etapa – Formação dos grupos operativos de gestantes

O público-alvo da pesquisa foram as gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal das unidades citadas e que aceitaram participar dos grupos operativos remotos que foram organizados entre março e abril de 2022.

A proposta inicial do trabalho era formar dois grupos operativos com média de oito pessoas cada, sendo que um dos grupos seria constituído somente pelas gestantes adscritas às USFs Salobrinho I e II; e outro exclusivamente com as gestantes adscritas ao território da UBS Centro de Saúde Banco da Vitória.

Entretanto, nos territórios das USF Salobrinho I e II havia um total de treze gestantes. Desse total, duas gestantes (15, 38%) não atendiam ao critério de inclusão por serem menores de 18 anos; uma gestante (7,69%) foi excluída desse estudo por estar com mais de 37 semanas devido à proximidade do parto conforme explicado nos critérios de exclusão; e uma gestante (7,69%), após concordar em participar do estudo, teve a gravidez interrompida por abortamento espontâneo. Outras três participantes (23,07%) não quiseram participar por não conseguirem conciliar o acompanhamento do grupo com o trabalho.

No território da UBS do Banco da Vitória havia um total de onze gestantes. Desse total, duas gestantes (18,18%) não quiseram participar devido à proximidade com o parto (ambas estavam com 35 semanas); três gestantes (27,27%) não quiseram participar alegando não conseguirem conciliar a participação no grupo com o trabalho; e duas não quiseram participar sem alegar motivo.

Logo, tivemos cinco participantes no bairro do Salobrinho, compondo 38% das gestantes do referido bairro; e quatro participantes do bairro Banco da Vitória, abarcando 36% das gestantes desse bairro. A partir do terceiro encontro remoto os grupos foram unificados para que houvesse uma maior interação, visto que nem todas participaram de todos os encontros devido a algum problema que tivesse no dia.

As idades das participantes variaram entre 20 e 36 anos e a maioria das gestantes, ou seja, 7 delas (78%) era primigesta. Das nove gestantes, apenas duas (22%) já tinham outros filhos.

De acordo com Afonso (2019), baseado na teoria pichoniana, grupos operativos menores, entre 5 e 12 participantes, propiciam de forma mais efetiva a criatividade e reflexão dos participantes. Logo, foi estabelecido que cada grupo operativo remoto terá a participação de, no máximo, 12 mulheres. Esse número de participantes leva ainda em consideração o tempo de duração dos encontros e a facilitação da condução das discussões.

Esses grupos foram compostos de forma mista e aleatória, constando em um mesmo grupo de gestantes mulheres em diferentes etapas do ciclo gestacional, visto que a flutuação

dos estágios da gestação, bem como da passagem para o puerpério, não podem ser previstos e são dinâmicos.

Após a aprovação da pesquisa, a pesquisadora que é cirurgiã-dentista da ESF do Salobrinho, no município de Ilhéus, solicitou às enfermeiras das unidades de saúde os nomes e os contatos telefônicos das gestantes. Foi realizado contato prévio com as gestantes para apresentação inicial da pesquisa, convite, agendamento para assinatura do TCLE (APÊNDICE A) e inserção das participantes que aceitaram participar em grupo que foi criado por meio do aplicativo de WhatsApp, para facilitar as comunicações e pactuações.

A pesquisadora criou dois grupos por meio do aplicativo WhatsApp, referentes as gestantes adscritas aos territórios do Salobrinho I e II - que foram agrupados em 1 só grupo, visto que as equipes desses territórios atuam na mesma unidade de saúde - e outro grupo referente as gestantes adscritas ao território do Banco da Vitória. Nos grupos de WhatsApp foram pactuados entre as pesquisadora e as participantes os dias e horários dos encontros, bem como disponibilizados os *links* das salas virtuais, que utilizaram a plataforma Google Meet.

A seleção dos participantes do estudo ocorreu por amostra de conveniência, por meio dos seguintes critérios de inclusão: gestantes maiores de 18 anos cadastradas e acompanhadas no território adscrito da Estratégia de Saúde da Família Salobrinho I e II e na unidade básica de saúde Centro de Saúde Banco da Vitória, município de Ilhéus, Bahia; que tivessem acesso e soubessem operar celular com internet, aplicativo WhatsApp plataforma Google Meet. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas deste trabalho as gestantes com idade gestacional acima de 37 semanas devido à proximidade com o parto e participantes que tenham perdido conexão de internet na maior parte do tempo de duração das atividades.

As gestantes menores de 18 anos não foram incluídas neste estudo, visto que seria necessária uma abordagem diferenciada por se tratar de um público adolescente e de maior vulnerabilidade.

No momento da assinatura do TCLE foram esclarecidos os riscos e benefícios da participação da pesquisa. Os riscos às participantes poderiam envolver constrangimento ou ansiedade gerados a partir da interação. No intuito de minimizar esses riscos, os grupos foram acolhidos pela pesquisadora e acompanhados por uma profissional psicóloga. Os participantes também poderiam deixar de interagir/discutir qualquer ponto que não se sentissem confortável ou desistir da sua participação em qualquer momento, mesmo após o início das discussões. Ainda assim, caso ocorresse qualquer dano decorrente da participação, foram assegurados aos participantes, o direito à indenização e cobertura material para reparação do dano ou eventuais despesas para participação, pelo tempo que fosse necessário.

O estudo trouxe como benefício para a população o retorno social e irá favorecer o trabalho das equipes de saúde da família por meio de maior entendimento da efetividade, potencialidades e fragilidades desses grupos, na busca de fortalecimento de estratégias de educação em saúde e na construção do vínculo dos profissionais da ESF com as gestantes do território, além de minimizar os impactos causados pela epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros.

3ª Etapa – Realização dos grupos operativos:

O trabalho com os grupos transcorreu no período de maio a julho de 2022. Foram planejados 5 encontros para cada grupo, sendo que o primeiro de forma presencial e os quatro encontros seguintes de forma remota. Os encontros haviam sido distribuídos da seguinte forma: a) encontro presencial; b) rodas de conversas, em 3 momentos virtuais; c) e Grupo Focal para avaliação geral das percepções sobre os encontros (Quadro 1).

Quadro 1 – Programação dos Encontros

<p>Encontro presencial – Apresentação: Apresentação do grupo, acolhimento inicial das gestantes e debate sobre as seguintes perguntas: como vocês percebem as estratégias de cuidado dos profissionais de saúde no atendimento na APS durante a gestação? quais as orientações que os profissionais podem contribuir para a saúde da gestante? e de que forma?</p> <p>Encontro remoto – Tema 1: influência da alimentação na gestação (roda de conversa);</p> <p>Encontro remoto – Tema 2: amamentação (roda de conversa);</p> <p>Encontro remoto – Tema 3: saúde bucal na gestação (roda de conversa);</p> <p>Encontro remoto – Tema 4: avaliação geral e encerramento das oficinas (grupo focal).</p>
--

Fonte: elaboração própria (2022)

Porém, no decorrer dos encontros nas USFs Salobrinho e Banco da Vitória sobre o Tema 1 houve uma pequena alteração no planejamento inicial. Foi decidido, em consenso com as participantes, que a partir do segundo encontro remoto os grupos fossem unificados para maior interação entre as participantes, visto que nem todas conseguiriam cumprir o cronograma previsto (Tabela1).

Tabela 1 - Cronograma dos Encontros

Data	Tema	Modalidade	Local
06/mai	Apresentação	Presencial	Salobrinho
13/mai	Apresentação	Presencial	Banco da Vitória
16/mai	Tema 1	Remoto	Salobrinho
01/jun	Tema 1	Remoto	Banco da Vitória
06/jun	Tema 2	Remoto	Unificado
21/jun	Tema 3	Remoto	Unificado
18/jul	Tema 4	Remoto	Unificado

Fonte: elaboração própria (2022)

No primeiro encontro presencial, referidos acima no Quadro 1 e Tabela 1 como “Apresentação”, as gestantes foram acolhidas nas unidades de saúde, com a apresentação da proposta e reforçado o objetivo da formação do grupo, bem como a elaboração de um “contrato de convivência” com definição dos dias e horários dos encontros, além da leitura e assinatura do TCLE (SOARES e FERRAZ, 2007). Nesse momento foram realizadas as seguintes perguntas: como vocês percebem as estratégias de cuidado dos profissionais de saúde no atendimento na APS durante a gestação? Quais as orientações que os profissionais podem contribuir para a saúde da gestante? E de que forma?

Na oportunidade, houve um esclarecimento sobre como iriam funcionar os grupos remotos e que os encontros acontecerão por meio da plataforma Google Meet com *link* de acesso enviado antecipadamente para as participantes pelo aplicativo de mensagens WhatsApp.

Para este momento presencial, foram oferecidas às participantes condições para o deslocamento ao local da reunião. Em função do quadro sanitário do país, foi solicitado que as gestantes utilizassem máscaras. A pesquisadora disponibilizou álcool gel e água/sabão e reserva de máscaras cirúrgicas, caso houvesse necessidade. A distribuição das participantes no espaço respeitou o distanciamento, com cadeiras dispostas em forma circular. Além disso, foram disponibilizados água e um lanche rápido para as participantes. As gestantes que não puderam, ou não quiseram comparecer pessoalmente ao primeiro encontro tiveram a possibilidade de participar a distância, de forma virtual. Neste caso, foi fornecido link de acesso a plataforma do Google Meet no mesmo horário em que aconteceu a reunião presencial, bem como foi disponibilizado link para leitura e assinatura do TCLE, que pôde ser acessado pelo endereço https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9VZ-RUQYGCHQsISNKe-DZpW1Ey4akgbG3q8W7OyW8N8DqCw/viewform?usp=sf_link.

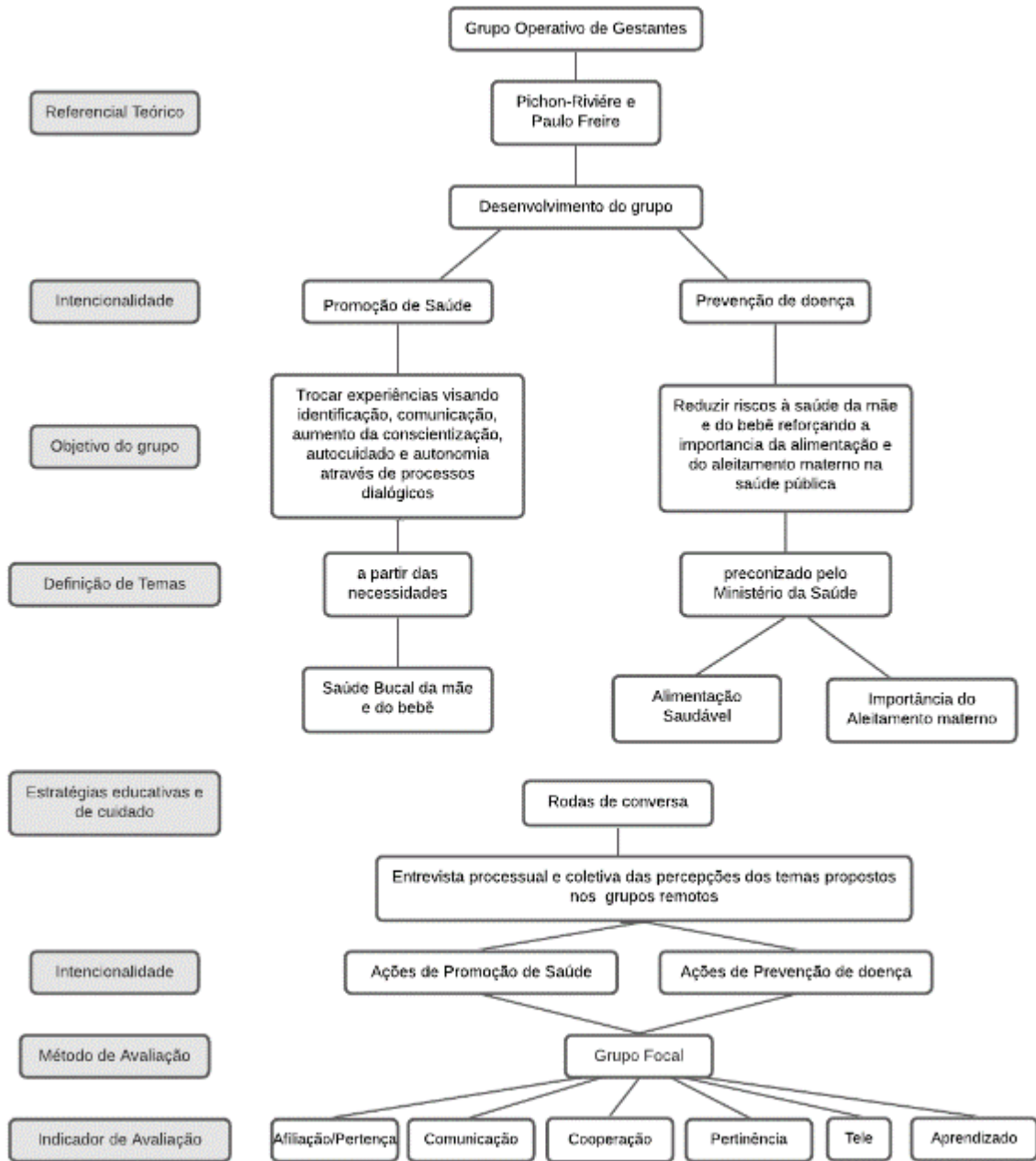
O encontro presencial aconteceu na USF Salobrinho, localizado na Praça Santo Antônio, S/N, Salobrinho, Ilhéus/BA e na UBS Banco da Vitória, localizado na Rua Érica Alves, 30, Banco da Vitória, Ilhéus/BA, de acordo com o território em que a gestante se encontrasse cadastrada, em data e horário definido. Ainda considerando aspectos exigidos pela condição sanitária vigente estabelecido pela pandemia, o encontro presencial ocorreu na recepção das USFs que possuem dimensões médias de 28m² na USF Salobrinho e de 30m² na UBS Banco da Vitória, em dia e horário de menor fluxo na unidade, com número reduzido de participantes (média de 7 pessoas) respeitando a distância mínima de 1,5m entre as participantes, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, com ventilação natural assegurada pela janela e porta que foi mantida aberta, bem como por ventilação artificial por aparelho ventilador, garantindo que o ambiente estivesse arejado para evitar exposição ao vírus do COVID-19. O dia e horário de menor fluxo na unidade estabelecido em acordo com as enfermeiras responsáveis pelas unidades de saúde ocorrem nas sextas-feiras, turno vespertino, sendo o momento em que não há atendimento médico, bem como os atendimentos de enfermagem são programados.

O tempo estabelecido para duração de cada encontro variou entre 60 e 90 minutos. Foi planejado para ocorrer semanalmente, ao longo de 1 mês e 1 semana, visto que se deu de forma remota e a maioria das mulheres iria acessar o encontro por meio dos dispositivos celulares. Porém, a periodicidade precisou ser alterada, conforme pode ser conferido na Tabela 1, na intenção de contemplar o maior número de participações possíveis ou para contornar problemas de conexão, falta de energia nos locais onde as gestantes residem, etc.

Visando à organização da dinâmica do trabalho e compreensão dos participantes sobre o funcionamento das rodas, foram explicadas previamente as regras para que todos tenham direito a fala e possam expor suas percepções e pontos de vista. (GONDIM, 2003).

O desenvolvimento dos grupos se deu a partir da necessidade de realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Alguns temas foram selecionados previamente a partir das experiências de rodas de gestantes ocorridas anteriormente no território. Foi realizado um planejamento global das atividades, cujos temas definidos para serem trabalhados nos encontros foram: as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e educação na atenção primária à saúde; a importância da alimentação e seu impacto na saúde da mãe e do bebê; a importância da amamentação; a saúde bucal da mãe e do bebê e seus impactos na gestação. O último tema foi também definido a partir das necessidades trazidas pelos grupos de gestantes realizados anteriormente no mesmo território (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma dos Grupos Operativos de Gestantes Remotos



Fonte: elaborada pela autora, adaptado de Vincha, Santos, Cervato-Mancuso (2017)

O planejamento global com definição dos temas e técnicas foi realizado visto que se tratou de um grupo de curta duração e que teve uma abordagem com dimensão mais educativa e objetiva (AFONSO, 2019, p. 141). Porém, esses temas foram melhor definidos a partir do primeiro encontro que se deu de forma presencial, a partir das percepções das gestantes

registradas com a inserção de temas que considerassem pertinente de acordo com suas necessidades e demandas, possibilitando um planejamento mais flexível.

Alinhadas a concepção freiriana, buscou-se promover relações horizontalizadas no grupo, valorizando os saberes, linguagens e culturas locais, tendo como base o diálogo e a escuta do outro (BRASIL, 2014).

Por meio da teoria dos grupos operativos do Pichon-Rivière, as participantes foram convidadas a realizar algumas tarefas, na qual puderam interagir, oportunizando assim a desestruturação dos esquemas referenciais prévios e a reestruturação de um Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) estabelecido pelo grupo, com vistas a transformar o conhecimento em espiral dialética, citada anteriormente (PICHON-RIVIÈRE, 2005; SOARES E FERRAZ, 2007).

Foram elaborados roteiros com proposta de tarefas que, conforme preconizado por Pichon-Rivière, tornem o grupo *dinâmico*, promovendo interação e comunicação, estimulando pensamento e criatividade, *reflexivo*, com reflexões inclusive do próprio processo grupal e *democrático quanto à tarefa*, promovendo autonomia, a partir do momento que o grupo origina seus pensamentos e ações (AFONSO, 2019, p. 93).

Os roteiros foram estruturados em 3 momentos básicos: a) “*momento inicial*”, com técnicas de aquecimento ou mobilização do grupo para favorecer a interação das integrantes e abordagem do assunto ou conversa que atualizasse o grupo para a proposta do dia (AFONSO, 2019, p. 143, 165); b) “*momento intermediário*”, com atividades voltadas para a reflexão do tema trabalhado e sua elaboração, incluindo nesse momento, a atualização do tema, com exposição de informações e sua análise, articuladas “à experiências, a representações, sentimentos e dúvidas das participantes”, para esclarecimentos que se façam necessários; c) “*sistematização e avaliação do trabalho do dia*”, com objetivo de permitir que o grupo visualizasse sua produção e reflexões do dia (AFONSO, 2019, p. 143-144). Ao final de cada um dos 3 encontros foi reservado um momento para as participantes relatarem sobre sua experiência naquele encontro, ressaltando o que foi positivo, o que foi negativo, o que aprendeu e o que poderia ser melhorado (AFONSO, 2019, p. 177) e como elas percebiam que os profissionais de saúde poderiam contribuir com ações de educação e cuidado em relação aos temas de saúde referentes a gestação.

Os roteiros norteadores (APÊNDICE B) tiveram por objetivo estabelecer estratégias de cuidado e educação em saúde nos grupos operativos nos 3 encontros.

No primeiro encontro remoto, referente ao Tema 1 (Quadro 1), as perguntas foram direcionadas para problematizar questões referentes a repercussão da alimentação na saúde da

mãe e do bebê, no intuito de prevenir morbidades associadas à gestação bem como seu desfecho, favorecendo a escolha por alimentos mais saudáveis de acordo com as realidades de cada pessoa, buscando promover saúde, bem como instrumentalizar as gestantes com informações sobre as quantidade de açúcar e sal nos alimentos industrializados e sua repercussão na saúde da gestante e durante a vida do bebê.

O roteiro elaborado para o segundo encontro remoto, abordado o Tema 2 (Quadro 1), teve por objetivo levar a gestantes a refletir sobre a amamentação, suas dificuldades e receios, no intuito de detectar possíveis dificuldades na futura adesão ao aleitamento, na tentativa de buscar superação, bem como abordar os desafios presentes no retorno ao trabalho, refletindo também sobre a importância das redes de apoio. A partir desse encontro os grupos já ocorreram de forma unificada com as gestantes dos dois bairros: Salobrinho e Banco da Vitória (Tabela 1).

No terceiro encontro remoto, referente ao Tema 3 (Quadro 1), foram abordados aspectos relacionados a saúde bucal e suas repercussões na saúde da gestante e do bebê, traçando conjuntamente estratégias preventivas.

Foram realizadas avaliações de forma processual e coletiva ao fim de cada encontro no intuito de capturar as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e educação sobre os temas abordados a cada encontro. Além disso, em consonância com Afonso (2019), foi solicitado para que as participantes pudessem relatar suas experiências, destacando os pontos positivos e negativos, bem como a pertinência do que foi discutido para sua vida cotidiana (AFONSO, 2019).

O levantamento de dados foi realizado a partir dos registros das reuniões, com atuação de uma coordenadora/moderadora, que foi a própria pesquisadora, que orientou as discussões seguindo um roteiro de perguntas semiestruturado para cada encontro, totalizando 3 roteiros. Houve também a participação nos grupos de uma profissional psicóloga, que atuou como observadora nos grupos, visto que, havendo riscos mínimos para as participantes, mesmo na forma de ansiedade que poderiam ser gerados. Nessa perspectiva, os grupos foram acolhidos pela pesquisadora e acompanhados pela psicóloga, que também constituiu o projeto como membro da pesquisa. A psicóloga que compôs os grupos é membro externo das equipes, visto que não há psicólogas nas referidas unidades e as profissionais do CRAS seriam sobrecarregadas com novas demandas da pesquisa.

Foi utilizado somente um gravador de áudio para registro das informações no encontro presencial. Os encontros que ocorreram de forma remota, incluindo o primeiro encontro para as gestantes que optem em reunir de forma virtual, foram gravados o áudio bem como gravação

da imagem através do aplicativo do Google Meet, no qual foram realizadas as videoconferências. As falas gravadas em áudio foram posteriormente transcritas.

4ª Etapa/Tema 4: avaliação geral e encerramento das oficinas e realização do grupo focal

O último encontro do grupo de gestantes utilizou a estratégia metodológica dos grupos focais. A técnica do grupo focal (GF) é uma importante ferramenta, bastante utilizada em pesquisas qualitativas, que tem como principal objetivo reunir informações sobre um tema específico a partir de um grupo, que entrevistado de forma coletiva, possibilita trazer a compreensão e percepção dos participantes, bem como suas crenças e atitudes, sobre determinado tema ou serviço (TRAD, 2009).

Segundo Patton (2002), a técnica do grupo focal consiste em entrevista com pequeno grupo de 6 a 8 pessoas sobre um tópico específico, com duração entre 1 a 2 horas. O autor ressalta que a técnica não abrange uma sessão para resolver questões ou tomar decisões, embora frequentemente ocorram interações entre os participantes. Os participantes não precisam concordar/discordar ou alcançar algum tipo de consenso. “O objetivo é obter dados de alta qualidade em um contexto social onde as pessoas possam considerar seus próprios pontos de vista no contexto dos outros” (p.385-386).

A formação do grupo, bem como o tópico a ser analisado é determinado pelo coordenador, pesquisador ou moderador do grupo, que deve criar um ambiente favorável à manifestação dos participantes dos seus pontos de vistas (TRAD, 2009). A moderação dos referidos grupos foi realizada pela pesquisadora responsável deste estudo.

O GF teve a mesma formação dos grupos operativos de gestantes descritos anteriormente, de forma unificada, com duração entre 60 e 90 minutos. O grupo deveria respeitar o mínimo de 6 e máximo de 12 participantes, conforme preconizado por Trad (2009) visando “garantir a participação de todos os presentes, bem como manter o foco das discussões em torno das questões centrais pretendidas.” (p. 783), utilizando também como estrutura para sua realização o ambiente virtual através do acesso a sala virtual do Google Meet, para a qual será disponibilizado o *link* de acesso, bem como dia e horário, por meio do WhatsApp.

Faz-se necessário ressaltar que o grupo focal se deu somente com 3 gestantes, visto que as demais participantes no decorrer do estudo tiveram intercorrências, entre elas: partos prematuros com desfecho negativo em que o bebê foi a óbito, mal-estar relacionado à gestação, bem como parto com desfecho positivo, mas que pela demanda decorrente na necessidade de cuidados mais intensos nos primeiros dias do bebê inviabilizou a participação. A pesquisadora

avaliou não ter tido perdas mesmo com a baixa quantidade de participantes neste momento, visto que a avaliação foi feita processualmente a cada encontro. A realização do grupo focal reforçou o que já havia sido apontado anteriormente nos demais encontros.

O Grupo Focal teve por objetivo compreender as percepções das gestantes sobre os grupos operativos remotos, bem como identificar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes realizados no âmbito da APS.

Para uma melhor organização da dinâmica dos trabalhos do grupo, bem como aproveitamento e abordagem dos pontos principais, foi utilizado roteiro norteador (APÊNDICE C), constando perguntas semiestruturadas para abordagem dos vetores, que foram tomados como referência constituindo-se como indicadores do processo grupal, auxiliando a análise das dinâmicas na busca dos objetivos, sendo eles: “afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência” (FORTUNA *et al.*, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007, p. 54).

As perguntas que constaram no roteiro do GF foram estruturadas previamente com base nos vetores de Pichón-Rivière. Foi utilizado 1 gravador para captação da voz e gravação em vídeo, estando a utilização destes recursos autorizadas pelas participantes do grupo através do TCLE.

Esses vetores foram os indicadores que guiaram a pesquisa, ao passo em que trouxeram à tona a percepção das gestantes na correlação com os objetivos descritos nesse trabalho. As estratégias de cuidado e educação, bem como as potencialidades e fragilidades foram verificadas através de todos os vetores e a partir disso são criadas possibilidades de formular novas estratégias de ação nos grupos.

Foram avaliadas, então, de uma forma geral, as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e educação em saúde oferecidas nos grupos remotos na APS de acordo com os vetores de avaliação preconizados por Pichon-Rivière e levantamento de sugestões de melhorias para os próximos grupos.

As falas das rodas de conversas e da entrevista realizada no grupo focal foram transcritas de forma literal a partir das gravações realizadas com auxílio de software de transcrição, Speechlogger.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

A metodologia de análise de dados utilizada foi a Análise de Conteúdo, que tem por objetivo classificar e categorizar conteúdos, de qualquer espécie, reduzindo suas características a elementos-chaves, de forma a torná-los comparáveis a outros elementos (CARLOMAGNO;

ROCHA, 2016) e a técnica utilizada foi a análise temática, ou seja a análise dos “significados” (BARDIN, 2011, p. 41).

A organização do método da Análise de Conteúdo de Bardin consiste nas seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Na etapa de pré-análise foram reunidos todo material transcrito extraído das rodas de conversa e grupo focal, de forma literal, que compôs o corpus da análise, sendo realizada inicialmente a leitura flutuante.

Para a análise das entrevistas foi realizada a codificação, que se trata de parte importante da etapa de exploração do material e se trata de uma transformação dos dados brutos – “por recorte, agregação e enumeração” - possibilitando atingir uma representação do conteúdo discutido, facilitando o processo de compreensão. Neste estudo a organização da codificação escolhida foi a classificação e a agregação, na qual foram criadas categorias (BARDIN, 2011, p. 133).

As codificações basearam-se nas falas das gestantes e no texto do livro “O Processo Grupal”, de Pichón-Rivière (2005), no qual estiveram em pauta o esquema de avaliação dos processos grupais de Pichon-Rivière que incluíram os vetores: “afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência” (SOARES e FERRAZ, 2007, p. 54). As categorias trabalhadas nesta pesquisa foram definidas com base nos objetivos da pesquisa.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi orientada pelos princípios éticos e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, conforme preconizado nas Resoluções Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nº. 466/2012 e nº. 510/2016.

Nesse sentido, foi garantido o direito a não participação e sigilo das informações prestadas, suprimindo no relatório todas as formas de identificação, bem como destruição de todo material gravado após o término da realização da pesquisa.

A realização e coleta de dados das etapas 2, 3 e 4 desse trabalho somente tiveram início após aprovação do CEP/UFSB. Registra-se que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia, através da Plataforma Brasil, na data de 27/01/2022, CAAE 53735621.0.0000.8467, número do Parecer: 5.282.952.

As informações podem ser verificadas de acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados e pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de gestação e parturição. O acompanhamento pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável e parto seguro e o acolhimento às gestantes e aos recém-nascidos é competência das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve atuar no sentido de promover saúde, prevenir doenças e tratar agravos que possam surgir no decorrer do processo da gestação, parto e puerpério (MARQUES *et al.*, 2020).

Ao longo dos anos o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, vem instituindo estratégias, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) e Rede Cegonha, que visam assegurar acesso e atenção humanizada à mulher e à criança em todos os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2014), representam um avanço na qualidade da assistência à saúde materno-infantil, especialmente nas instalações hospitalares de atendimento ao parto (LEITE *et al.*, 2022), com a promoção da equidade no SUS, principalmente no tocante às mulheres mais vulnerabilizadas, especialmente mulheres negras e menos escolarizadas, sendo essas as que mais sofrem discriminação pelos sistemas de atenção ao parto (LEAL *et al.*, 2021).

A qualidade da assistência na gestação e parto, no entanto, permanece como um desafio, visto que o modelo hegemônico do cuidado ainda se baseia em práticas hospitalocêntricas, medicalizantes e tecnocráticas (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004), sendo necessário o rompimento com o modelo assistencial vigente, adequando-o às necessidades dos usuários para que humanização se estabeleça nas práticas de cuidado voltados a atenção perinatal (BRASIL, 2014).

Segundo Diniz (2001), o termo 'humanização do parto e nascimento', evidenciado no Brasil a partir da década de 1990, pode ser considerado uma versão brasileira ou latino-americana de movimentos internacionais anteriores, que ficaram conhecidos na língua inglesa como *gentle birth*, *respectful birth*, *natural childbirth*, *active birth*, *woman centered childbirth*, entre outros termos. A autora retrata como o movimento pela humanização do parto tomou forma e que influências específicas ele absorveu no Brasil:

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais

dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições (DINIZ, 2005, p. 631).

A autora também mostra que, no Brasil, a adesão dos serviços de saúde à perspectiva da humanização da assistência ao recém-nascido foi, de certa maneira, anterior à humanização do parto com foco na mulher. Isso porque, na década de 1970, também se consolidava a crítica às rotinas de atendimento que eram repletas de intervenções "desnecessárias e potencialmente dolorosas e perigosas" que eram realizadas nos hospitais com todos os recém-nascidos (DINIZ, 2001, p. 18-24).

Para Santos Filho e Souza (2021, p. 776), o movimento pela humanização alerta sobre as "lacunas do modelo predominante, hospitalocêntrico e medicocentrado, com práticas invasivas e não humanizadas e altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal". Os autores discutem os desafios enfrentados na implementação da Rede Cegonha, criada em 2011, sendo abordada como um dispositivo para "garantir atenção humanizada no pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil até 24 meses, além da atenção ao planejamento sexual, reprodutivo e ao abortamento" (p. 776). Um dos desafios citados e que faz parte também desse dispositivo é a formação profissional, que possibilita o rompimento com os padrões vigentes na medida em que seja considerada como meta o estabelecimento da transversalidade das ações na formação-intervenção que ocorre durante os encontros entre os diferentes sujeitos (gestão, trabalhadores e usuários), com objetivo de potencializar o agir no trabalho para atender às necessidades dos usuários, bem como dos trabalhadores e da instituição (SANTOS FILHO e SOUZA, 2021, p. 778).

Logo, para uma assistência materna qualificada, a equipe de saúde deve favorecer experiências positivas à mulher e sua família, dos pontos de vista físico e emocional, respondendo às suas necessidades, com apoio constante e respondendo aos seus anseios e questionamentos, reconhecendo os diferentes valores culturais, bem como crenças e

expectativas relacionadas à gravidez, parto e nascimento sendo indispensável que haja uma boa comunicação (BRASIL, 2014).

O pré-natal é percebido positivamente pela gestante quando se estabelece uma relação com os profissionais e quando este se dá de forma dialógica; por sua vez, a percepção negativa da assistência se dá pela “falta de preparo da gestante para o parto” e pela “dificuldade de acesso aos exames”, demonstrando assim, a necessidade de criação de vínculos e reconhecimento das necessidades em saúde trazidas pelas próprias gestantes (LIVRAMENTO *et al.*, 2019, p. 2).

Silva, M. e colaboradores (2018), chamam a atenção para a necessidade de criação de espaços de educação em saúde que favoreçam às gestantes trocas de informações e vivências de forma a promover uma maior compreensão sobre o processo de gestação e de aspectos relacionados à saúde da criança, que possibilite o compartilhamento de dúvidas muitas vezes não abordadas durante as consultas individuais, que priorizam os aspectos biológicos da gravidez.

As discussões em grupo se destacam entre as propostas de ações educativas contempladas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento para facilitar o diálogo e a troca de experiências entre seus componentes (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018; SILVA, M. *et al.*, 2018). Os grupos se constituem de pessoas com histórias de vidas distintas que se reúnem em torno de um interesse comum, o que gera a reflexão sobre temas que se interligam e possibilita a construção de saberes (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018).

Os grupos são entendidos também como estratégia para aumentar o vínculo com os profissionais de saúde, impactando na assimilação das orientações fornecidas e possibilitando que as trocas tenham a supervisão desse profissional (MAGALHÃES e BARROS, 2022) visto que com o advento das mídias digitais é importante que os profissionais de saúde estejam atentos com a finalidade de detectar possíveis informações equivocadas que as gestantes tenham acesso, na garantia de fontes seguras de conhecimento (SILVA, D. *et al.*, 2018).

As ações dos profissionais que trabalham com grupos necessitam de uma ancoragem teórica e metodológica que os capacite para uma melhor operacionalização dessa estratégia (SOARES e FERRAZ, 2007). Diante disso, a base teórica para o desenvolvimento dos grupos e discussão desse trabalho buscou fundamentação na articulação de duas dimensões propostas na experiência de capacitação de equipes de saúde sobre grupos na saúde realizada e descrita por Afonso (2019, p. 373), sendo elas: a dimensão psicossocial, com base na Teoria de Grupos Operativos, do psiquiatra Argentino Enrique Pichón-Rivière e a dimensão educativa, baseada na perspectiva do educador e filósofo brasileiro Paulo Freire. O processo grupal de Pichón-Rivière toma como referência os seguintes indicadores: afiliação/pertença, cooperação,

comunicação, aprendizagem, pertinência e tele (SILVA, M. *et al.*, 2018), os quais buscou-se identificar neste trabalho.

Em suma, as necessidades dos usuários precisam estar no foco das ações em saúde, mas para que isso ocorra, faz-se necessária, uma reflexão das práticas adotadas pelos profissionais de saúde na assistência perinatal, com a consequente ruptura do modelo vigente (BRASIL, 2014).

Os resultados foram obtidos nas falas das gestantes dos grupos operativos, constituídos por 9 participantes, a partir da realização de 7 encontros, sendo que os dois primeiros de forma presencial e os cinco encontros seguintes de forma remota. Os encontros para apresentação da pesquisa aconteceram separadamente nas unidades da Estratégia de Saúde da Família Salobrinho I e II e na unidade básica de saúde Centro de Saúde Banco da Vitória; na sequência, ocorreram os 5 encontros remotos na seguinte ordem: 1º encontro remoto - roda de conversa com tema Alimentação da gestante e do bebê, na ESF Salobrinho; 2ª encontro remoto - roda de conversa com tema Alimentação da gestante e do bebê, na UBS Banco da Vitória; 3ª encontro remoto - roda de conversa remota com tema Amamentação, com os grupos unificados; 4º encontro remoto – roda de conversa com tema Saúde Bucal na gestação; e 5º encontro remoto – realização do Grupo Focal para avaliação geral das percepções sobre os encontros (Tabela 1)

Buscou-se reunir informações relativas ao objetivo da pesquisa de forma coletiva, possibilitando trazer a percepção das participantes, bem como as necessidades do grupo específico (TRAD, 2009).

Foram utilizados roteiros norteadores com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE B e C) que possibilitaram às participantes desenvolver reflexões sobre suas percepções relacionadas às estratégias de cuidado e educação em saúde estabelecidas pelos profissionais de saúde no âmbito da APS e nos grupos operativos remotos, bem como identificar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes realizados no âmbito da APS, utilizando como indicadores os vetores de avaliação proposto pela Teoria de Grupo Operativo de Pichón-Rivière.

5.1 CONTEÚDO DAS RODAS DE CONVERSA E GRUPO FOCAL

Serão apresentadas aqui as categorias temáticas emergidas no estudo a partir da pesquisa qualitativa, realizada com as gestantes dos territórios adscritos às equipes da APS citadas anteriormente. A coleta de dados utilizou as falas obtidas por meio de roteiros semiestruturados, rodas de conversa e Grupo Focal. A técnica de análise da pesquisa utilizada

foi a Análise de Conteúdo Temática de Bardin, consistindo nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que compreende a codificação e a inferência. Entre os objetivos, analisar as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e de educação em saúde nos encontros presenciais e nos grupos operativos remotos no âmbito da APS e identificar e analisar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes no âmbito da APS, com base nos vetores de avaliação do Pichon-Rivière.

A análise dessas implicações possibilitou a categorização e interpretação, com a segmentação das falas em categorias e subcategorias dos encontros (presencial e remotos) e Grupo Focal (APÊNDICES D, E e F). Os trechos das falas foram transcritos para exemplificação, mantendo o anonimato das participantes, que foram marcadas com a seguinte legenda considerando numeração ordinal crescente (G1, G2, G3, ...), seguidos da referência às unidades de origem: Salobrinho (S) e Banco da Vitória (BV), por exemplo: (G1S), (G2S), (G3S), (G4S), (G5S), (G6BV), (G7BV), (G8BV), (G9BV).

Nos encontros presenciais em Salobrinho e Banco da Vitória foram encontradas quatro (04) categorias e nove (09) subcategorias, sendo elas: Categoria “Ações de cuidado e educação em saúde na APS”, e subcategorias: “Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS”; “Acolhimento, Afetividade, Escuta qualificada” e “Acesso facilitado para consultas e exames”, “Dificuldade de acesso na marcação de consultas e exames”, “Importância da participação do pai nas rotinas de acompanhamento pré-natal”, “Motivação para o autocuidado, protagonismo”; Categoria “Promoção de estratégias de educação em saúde no processo do pré-natal” e subcategoria “Orientação das gestantes sobre possíveis intercorrências durante a gestação”; Categoria “Promoção de estratégias que visem informar sobre os direitos das gestantes durante o processo do pré-natal, parto e puerpério” e subcategoria: “Ações de educação sobre os direitos na gestação, parto e pós parto”; Categoria “Receio das gestantes no momento do parto” e subcategoria “Necessidade de Humanização nos serviços de atendimento à gestante” (APÊNDICES D e E)

Nos encontros remotos em Salobrinho e Banco da Vitória foram encontradas seis (06) categorias e nove (09) subcategorias, sendo elas: categoria “Pertencimento” e subcategoria “Acolhimento e escuta”; categoria “Comunicação” e subcategorias “Baixa participação”; Dificuldades devido à problema com celular”, “Diálogo e trocas de experiências”; categoria “Aprendizagem” e subcategorias “Autonomia, auto cuidado e cuidado com o outro”, “Informações e reflexões: o cotidiano da gestação”; categoria “Tele” e subcategoria “Diminuição da ansiedade”; categoria “Cooperação” e subcategoria “Falta de cooperação entre

os participantes”; e categoria “Pertinência” e subcategoria “Sensibilização e esclarecimento para novas dúvidas” (APÊNDICE F).

Após a análise dos conteúdos dos encontros presenciais foi selecionada a categoria temática e subcategoria a seguir para discussão e interpretação dos resultados: “Ações de cuidado e educação em saúde na APS”. Para os encontros remotos foram selecionadas as seguintes categorias e subcategorias: Categoria “Comunicação”, subcategoria “Diálogo e Trocas de experiências”; e a Categoria “Aprendizagem”, subcategorias “Autonomia, autocuidado e cuidado com o outro” e “Informações e reflexões: o cotidiano das gestações”. As categorias aqui colocadas se referem aos vetores de avaliação do Pichon-Rivière a respeito do processo grupal. A organização das categorias e subcategorias selecionadas para discussão constam na Tabela 2.

Tabela 2- Categorias e subcategorias trabalhadas na Discussão

Categoria	Subcategoria
	Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS
Ações de cuidado e educação em saúde na APS	Acolhimento, Afetividade, Escuta qualificada
	Acesso facilitado para consultas e exames
	Dificuldade de acesso na marcação de consultas e exames
Comunicação	Diálogo e Trocas de Experiências
Aprendizagem	Autonomia, autocuidado e cuidado com o outro
	Informações e reflexões: o cotidiano das gestações

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A escolha das categorias e subcategorias teve como base as respostas que apresentaram maior representatividade das percepções das mesmas em relação às estratégias de cuidado e de educação em saúde estabelecidas no âmbito da APS e nos grupos operativos remotos.

Foram feitas perguntas relativas aos vetores de avaliação do Pichon-Rivière a respeito do processo grupal, as quais buscaram investigar características específicas de cada vetor,

como: 1) Pertencimento: “Sentiu-se confiante para conversar no grupo?”, ou seja, o clima de confiança estabelecido entre os participantes do grupo; 2) Comunicação: “O grupo ofereceu a possibilidade de trocar experiências? Se sim, quais as experiências que foram compartilhadas” – sobre as reflexões das trocas de experiências significativas e se houve um processo compartilhado de reflexões; 3) Cooperação: “A experiência do outro te ajudou de alguma forma?” – entender se houve interesse pelo outro e suas falas dentro do grupo; 4) Aprendizagem: “As informações discutidas fizeram sentido para o cotidiano de vocês?” – na busca por entender se os participantes conseguiram situar as novas informações na sua vida cotidiana; 5) Tele: “Confiou no grupo como um lugar para buscar diminuir seus anseios e dificuldades no processo da gestação?” – o grupo como um lugar seguro para melhorar sua qualidade de vida; 6) Pertinência: “As dúvidas que surgiram foram esclarecidas?” – se houve o esclarecimento de dúvidas durante o processo.

Em suma, dentre as categorias e subcategorias selecionadas para discussão podemos ressaltar que, a categoria “Ações de cuidado e educação em saúde na APS”, objetivou identificar nas falas das gestantes as suas percepções sobre as estratégias de cuidado e educação em saúde recebidos no âmbito da APS, sendo discutidas questões relativas ao acolhimento, bem como o acesso a consultas e exames. A categoria “Comunicação” considerou as redes de comunicação do grupo verificado na existência de trocas de experiências significativas e processo compartilhado de reflexões; a categoria “Aprendizagem” buscou investigar se as participantes conseguiram situar as novas informações na vida cotidiana na construção da autonomia, em seu autocuidado e no cuidado com o outro.

5.1.1 Categoria “Ações de cuidado e educação em saúde na APS”

Sobre a categoria “**Ações de cuidado e educação em saúde na APS**”, necessário considerar que o cuidado adequado durante o acompanhamento pré-natal deve assegurar a mulher e à criança acolhimento, acesso com qualidade e atenção humanizada em todos os níveis de atenção do SUS, desde o início da gestação, passando pelo parto, puerpério e atenção infantil, conforme preconizam pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000 e Rede Cegonha, Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011 (BRASIL, 2014). Ambos direcionam práticas educativas para promoção da saúde e buscaram ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e em unidades hospitalares integrantes destas redes,

investimentos também em procedimentos específicos, além de outras ações como maternidade segura e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção (BRASIL, 2000).

A educação em saúde é componente indissociável do cuidado na medida que corrobora para a promoção da saúde e qualidade das condições de vida para o contexto familiar da mulher e do bebê. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) define educação em saúde como um conjunto de práticas que contribuem para o processo educativo de conhecimentos em saúde, a fim de alcançar atenção e cuidado de acordo com as necessidades e demandas da população. As práticas de educação em saúde envolvem, portanto, a interação entre profissionais de saúde, por meio de ações de prevenção e promoção, gestores, que apoiem esses profissionais e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, na busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (FARIA *et. al.*, 2022).

Ao promover ações de educação em saúde durante o período gravídico-puerperal, o profissional de saúde pode utilizar como estratégia de atuação, o grupo de gestantes/grupo de puérperas (grupos operativos) na busca do cuidado humanizado e amplo às pacientes, bem como dos familiares participantes.

5.1.1.1 Subcategoria “Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS”

As pesquisas que avaliam as percepções referentes às expectativas e grau de satisfação das gestantes sobre o cuidado pré-natal são consideradas incipientes no Brasil, de acordo com Prudêncio e Mamede (2018), sendo que esse enfoque é considerado essencial para a qualificação do serviço de pré-natal, conforme demonstram em pesquisas realizadas em outros países (SOLIMAN, 2015).

De acordo com Gaíva, Palmeira e Mufato (2017) a perspectiva de ouvir as gestantes e puérperas atendidas durante o acompanhamento pré-natal possibilita aumentar o entendimento sobre os serviços prestados na assistência pré-natal e no parto, resultando em orientações para o melhor desempenho dos profissionais de saúde que atendem as gestantes, podendo também ser utilizado como material para atividades de educação em saúde com as gestantes.

Segundo esses autores, para que se considere “as mulheres como sujeitos únicos e com direitos durante a assistência ao pré-natal e parto, é preciso valorizar suas vivências e como elas percebem a experiência de ser cuidada nos serviços de saúde que prestam tal assistência.” (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017, p. 2). Dessa forma, esse trabalho parte da perspectiva

das gestantes sobre ações de cuidado e educação em saúde estabelecidos pelos profissionais de saúde no âmbito da atenção primária nos atendimentos individuais e nos grupos operativos remotos que foram criados diante da necessidade de se estabelecer espaços que favorecessem o estabelecimento de diálogo com esse público, no intuito de se estabelecer atividades educativas dialógicas e entender as suas necessidades em saúde no período gestacional e percepções sobre as estratégias utilizadas durante a promoção desses encontros.

Em se tratando da percepção das gestantes acerca do cuidado estabelecido no pré-natal é importante destacar que alguns estudos (GALLE *et al.* 2015; PRUDÊNCIO e MAMEDE, 2018) encontraram uma correlação inversa entre a expectativa e o nível de satisfação das gestantes, ou seja, à medida que a expectativa com os cuidados pré-natal diminui, os índices de satisfação aumentam e vice-versa. Essa percepção aparece nas falas das gestantes:

Eu ‘mesmo’ não tenho o que falar não, me surpreendi muito com o atendimento daqui, porque lá fora a gente tem uma outra visão, o povo fala muito do posto daqui, fala muito mal, que não tem médico. Eu mesmo desde que comecei o pré-natal aqui eu sou muito bem atendida. Me surpreendi bastante mesmo, estou adorando [...]Me surpreendo bastante, graças a Deus que foi pra positivo. (G1S)

Quando eu pego minha caderneta (da gestante) mesmo, às vezes eu fico olhando e namorando de ver tão preenchida assim e comparar também com a das outras pessoas, tipo minha mãe, que já teve cinco ‘gestação’ e a dela nenhuma foi tão preenchida assim como a minha. Então, maravilhoso, não tenho o que dizer de ponto negativo não, foi muito bom. (G2S)

O atendimento é bom, gostei do atendimento, porque me receberam super bem. [...] as três vezes que eu fui, fui bem tratada, eu fui bem recebida. (G9BV)

As narrativas das gestantes denotam que existia uma baixa expectativa com relação ao acompanhamento pré-natal oferecido no SUS, o que corrobora para uma percepção positiva do serviço prestado.

A satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal é um item importante a ser considerado por estimular a busca e continuidade no serviço pelas gestantes e que está diretamente ligado às experiências que essas gestantes têm com o sistema de saúde, bem como com a construção da relação que as mesmas estabelecem com os profissionais de saúde (PRUDÊNCIO e MAMEDE, 2018).

Gaíva, Palmeira e Mufato (2017) também abordaram a percepção de mulheres assistidas no pré-natal e constataram nas falas que a qualidade do serviço foi associada à relação profissional-paciente em que há diálogo, na abordagem das explicações sobre os procedimentos

necessários, exames e orientações. Esse estudo enfatiza que o comprometimento pessoal dos trabalhadores da saúde, além do seu comprometimento profissional, são aspectos que promovem melhorias na qualidade da assistência, sendo relacionados com a humanização da atenção.

5.1.1.2 Subcategoria “Acolhimento, Afetividade, Escuta Qualificada

O acolhimento como ato ou efeito de acolher representa uma atitude de inclusão, que implica em “estar com” e “estar perto” com relação a algo ou alguém. Se constitui em uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS pautada em princípios ético-estético-político, no momento em que assume o compromisso em reconhecer e acolher o outro em suas singularidades, modo de viver, de estar na vida e de sentir, incluindo suas dores e alegrias - ética -, traz para as relações estratégias que favorecem a dignificação da vida e construção da nossa própria humanidade – estética -, e demanda um compromisso coletivo - político - de envolvimento, potencializando o protagonismo nessa aproximação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016; PAULA *et al.*, 2018).

Na medida em que essa diretriz prioriza aspectos subjetivos que extrapolam as questões biológicas dos sujeitos, contribui para o rompimento com o modelo hegemônico hospitalocêntrico e passa a ter como objetos de trabalho a escuta e o cuidado do sujeito considerando seus aspectos psicológicos, sociais e familiares (BRASIL, 2016), visando suprir suas necessidades em saúde com base em ações de cuidado compartilhado e recíproco estabelecido na relação construída entre usuário e trabalhador (PAULA *et al.*, 2018), partilhando, inclusive, a organização do próprio serviço (BRASIL, 2016)

Logo, a proposta do acolhimento contribui para que relações de confiança e compromisso sejam edificadas entre usuários e os trabalhadores em saúde propiciando o estabelecimento de uma cultura de solidariedade (BRASIL, 2010). Embora essa proposta não esteja definida como uma estratégia formal de organização do trabalho em saúde, sua prática, por meio da escuta e do diálogo, marca o cotidiano das equipes de saúde (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Para contemplar o princípio da integralidade e promover a mudança do modelo de atenção, deve ser considerada a potencialidade dessa dimensão subjetiva do cuidado, inserindo as necessidades do sujeito como objeto de trabalho. Os usuários chegam ao serviço carentes de boas condições de vida, relações de afeto e tecnologias adequadas para manejar o sofrimento.

As pessoas adoecidas muitas vezes encontram nos serviços de saúde um ambiente acolhedor seguro e afetivo.

O vínculo estabelecido com a equipe de saúde no cotidiano das ações vai abrindo espaço para um clima de “amizade”, “intimidade” e “afetividade”, à medida que as relações entre profissional e usuário vão se estreitando, é promovida uma união entre estes, não somente pelas suas queixas em saúde, mas também pelos laços afetivos que são compartilhados (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, pág. 867).

Necessário pontuar que, apesar de negligenciados diante dos aparatos tecnológicos disponíveis nos dias atuais, o acolhimento e o vínculo são construídos a partir da escuta dos usuários. A própria produção do cuidado, para que seja de forma integral, deve começar no espaço concedido ao usuário de forma que o mesmo possa expor suas necessidades, qualificando as ações. A escuta qualificada constitui-se também de um processo terapêutico na medida em que valoriza o paciente como sujeito possibilitando seu reconhecimento como protagonista no seu processo de cuidado (SOUZA e SILVEIRA, 2019).

Cabe destacar a importância da escuta e, nela, considerar que as mulheres são as principais usuárias do SUS na busca do cuidado em saúde. Gonze (2009) destaca que o acolhimento, a produção de vínculos e a escuta, negligenciados diante das tecnologias duras, são resgatados por meio do princípio da integralidade que sustenta que o usuário é um sujeito complexo e suas necessidades devem ser acolhidas sob um olhar ampliado.

Na literatura, algumas expressões são utilizadas para nomear a escuta como processo terapêutico, como escuta ativa, escuta integral ou atenta, escuta qualificada e escuta terapêutica (Souza, Pereira, & Kantorski, 2003). A escuta tem uma função terapêutica atrelada à inclinação do profissional em proporcionar acolhimento, cuidado e atenção (Rinaldi, 2000) e depende da valoração da "dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura para um autêntico interesse em ouvir o outro" (AYRES, 2004, p. 23).

Essa escuta proporciona um cuidado em saúde que reconhece as necessidades da mulher para além das especificidades reprodutivas, com base no pressuposto da integralidade, considerando as especificidades de saúde da população feminina e as diversas implicações de "ser mulher" na atualidade (BRASIL, 2004).

A relação entre profissional de saúde e usuário são, de acordo com Merhy (2000), o espaço de encontro onde ocorre a produção do cuidado em sua singularidade. Um processo ao qual, segundo o autor, é conduzido pelas chamadas tecnologias leves, que pode apresentar como resultados: o acolhimento, a vinculação e a responsabilização.

O conceito de cuidado vem sendo discutido para além da atitude de atenção a alguém que se beneficia, mas também pelos componentes ético, político e emocional que ele envolve, conforme trazido no trecho abaixo:

O cuidado não é só uma atitude de atenção em relação a um beneficiário; é também uma prática e um trabalho. Não só um trabalho, mas, como diz Pascale Molinier, é também ética e política, porque todo trabalho de cuidado implica numa relação ética e numa relação que é de caráter político. Eu acho que é possível definir o cuidado dizendo que é um trabalho material, técnico, e ao mesmo tempo um trabalho emocional (HIRATA, 2021, pág. 33)

As participantes manifestam em suas falas o acolhimento nas consultas individuais, bem como a escuta qualificada quando citam que existe um encontro entre as partes e que este é permeado pelo diálogo e esclarecimento das dúvidas e reconhecendo, além do comprometimento profissional, o componente emocional e afetivo.

Acho que o cuidado mesmo (referindo-se ao que chama atenção no atendimento). Conversa bastante, tira nossas dúvidas. Tem aquele carinho, que a gente percebe que não é uma coisa assim forçado, eu acho que é o amor mesmo pela profissão. (G1S)

[...] Se ela (enfermeira) pudesse, ela passava a manhã inteira lá. (G3S)

Como pode se inferir das falas, as gestantes assistidas pelos serviços que são objetos desse estudo, demonstraram satisfação com o tempo de consulta que lhes é dispensado e que conseguem ser escutadas e acolhidas, além dos esclarecimentos às dúvidas colocadas. Em seu estudo, Souza e Silveira (2019) trazem a reflexão de que os próprios profissionais vinculam o tempo dispensado ao atendimento a escuta qualificada e que a mesma passa tanto pelo tempo quanto pela disponibilidade em querer escutar o outro, pontuando também que a alta demanda de pacientes é relatada por alguns profissionais como um obstáculo que muitas vezes impossibilita a prática da escuta.

As gestantes associam o pré-natal como uma experiência positiva quando as abordagens são dialógicas com informações sobre os procedimentos, exames e orientações, bem como a capacidade de ouvi-las, principalmente quando se trata das mulheres que irão parir pela primeira vez (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017)

Quando eu comecei meu pré-natal, não comecei aqui, eu comecei em outra cidade, e eu tive um sangramento, fui ao hospital e a médica 'obstétrica' falou que eu 'tava' com início de aborto. Só que depois eu fui entender que têm

mulheres que sangram por um estresse, alguma coisa assim, só que, do jeito que ela me falou, ela não me explicou [...]eu comecei a me tratar dentro de casa, como uma doente. [...] E aí quando eu cheguei aqui, que eu vim pra minha primeira consulta do pré-natal, que eu conversei com a ENF1[...] foi totalmente diferente [...], foi uma conversa, que eu acho que a gente passou, eu e meu esposo, mais ou menos umas três horas de relógio na sala com ela, ela conversando direitinho, explicando. E eu fui pra casa diferente, até ele mesmo falou "você já tá bem diferente, agora sim tá aquela pessoa ativa que você é", [...] ela foi explicando "isso é normal, gravidez não é uma doença, enjoo é normal", foi tratando tudo o que eu 'tava' sentindo como uma coisa normal. [...] se deixasse acho que eu ia levar os 9 meses desse jeito. (G2S)

[...] Aquela ansiedade em relação a isso, mas eu não acho que é uma coisa ruim porque eu consigo esclarecer aqui mesmo. Ela consegue tirar essas dúvidas tanto minha quanto do meu esposo, porque às vezes ele fica com dúvida também, ele pergunta logo, gosta de tá participando disso tudo. É o primeiro filho da gente, então... pergunta tudo, sobre tudo. (G2S)

[...] eu gosto assim o tratar dela né...o tratar com a gente [...] ela conversa bastante né, conversa bastante comigo. Eu gosto muito de ENF2 ... assim, do atendimento dela [...]. Quando eu tenho dúvida assim eu falo com ela, ela consegue resolver assim....só com ela mesmo. (G8BV)

Em relação ao atendimento, não tenho o que falar não, porque ENF2 atende a gente bem, dá bastante atenção, procura saber o que a gente 'tá' sentindo. [...] eu gosto bastante, ela conversa bastante, procura saber nossas dores, procura saber nosso ponto de vista. (G7BV)

As principais vantagens citadas pelas gestantes do estudo atendidas no serviço indicam satisfação com o acolhimento e a escuta dispensada pelas enfermeiras nas consultas individuais. De acordo com Amorim e colaboradores (2022), o enfermeiro possui como diferencial a prestação da assistência integral e o acolhimento das gestantes e suas famílias, ferramentas indispensáveis para a construção do vínculo profissional-usuário, que garante a continuação do cuidado pré-natal. Importante considerar, diante dessa colocação, que o acompanhamento pré-natal de risco habitual pode ser realizado integralmente pelo médico ou enfermeiro, visto que ambos têm a qualificação necessária para proporcionar um pré-natal de qualidade (MENEZES *et al.*, 2020).

É importante dar destaque que a Política Nacional de Humanização preconiza que os campos de saberes não devem ser rígidos, principalmente no que tange ao Acolhimento, que deve ocorrer de forma multidisciplinar, visto que o conceito de Transversalidade trazido por essa política busca estabelecer um ponto de convergência entre os diferentes modos de fazer saúde por meio da interlocução dos diversos saberes, visando um cuidado mais integral e contribuindo com o vínculo dessa mulher à rede de saúde (MENEZES *et al.*, 2020; SOUZA e SILVEIRA, 2019).

O acesso ao atendimento médico à gestante é disponibilizado na ESF a qual esse estudo foi realizado. Percebe-se porém, pela fala das gestantes, que se trata de um atendimento mais prescritivo e pontual, como também foi relatado pelas gestantes em Livramento *et al.* (2019), na qual muitas referem preferência pelo acompanhamento com as enfermeiras por se tratar de um profissional que se importa mais com a gestante, buscando ouvir mais e promover acolhimento.

[...] ele é ginecologista e obstetra. Toda segunda-feira ele atende[...]. Inclusive qualquer queixa... ele passa prescrição pra exame, eu consigo marcar lá pelo posto também. Vou fazer, hoje mesmo vim levar um atestado pra ele, porque eu 'tava' sentindo muita enxaqueca, e aí ele passou outro hemograma e outro exame de urina pra mim, e aí eu fiz [...]. Eu passei nele 20 desse mês, fiz exame 20 desse mês, e hoje eu fui levar pra ele os resultados. Não tem do que reclamar não. (G2S)

Em um estudo no qual foi considerada a perspectiva das enfermeiras que exercem função na APS, os relatos ressaltam que o olhar humanizado é um diferencial na qualidade do cuidado dispensado às gestantes e destacam a atenção dispensada, companheirismo e vínculo estabelecido durante o período gestacional. Ressalta a importância da consulta pré-natal como um espaço importante para realização da educação em saúde, priorizando as necessidades das mulheres gestantes e das suas famílias nas atividades educativas (SEHNEM *et al.*, 2020).

5.1.1.3 Subcategoria “Acesso facilitado para consultas e exames”

O acesso aos cuidados pré-natais, que deve ocorrer logo no primeiro trimestre da gestação, se constitui em um importante indicador para avaliar a qualidade da APS (SEHNEM *et al.*, 2020). No estudo de Gaíva, Palmeira e Mufato (2017), os pesquisadores também se depararam com o relato de mães associaram que o acesso aos serviços de saúde, consulta e diagnósticos à boa qualidade do pré-natal.

[...] E o horário também, ela mesmo sempre pergunta aqui, independente, pergunta se a gente pode naquele horário. Não é uma coisa "você vai ter que vir naquele horário!", ela perguntou se pode. [...] se não puder você marca pra outro dia. (G1S)

Na USF, todas as participantes relataram facilidade no acesso a consultas, inclusive na pactuação de horários com os profissionais do serviço da APS de referência. O mesmo foi relatado no trabalho de Grzybowski e colaboradores (2020), que realizaram uma pesquisa com

as gestantes de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Chapecó (SC), o qual identificou como um dos pontos positivos, dentre os relatos das gestantes em sua pesquisa, a facilidade de acesso ao atendimento e marcação de consulta em uma das unidades estudadas, que fazia o agendamento das consultas.

O acesso oportuno à própria atenção básica e a outros níveis de atenção deve ser coordenado para garantir o cuidado necessário para a manutenção da saúde na gestação e no parto, com ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes e seus filhos (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

[...] eu moro na zona rural, toda vez que eu passo por aqui eu venho aferir a pressão bonitinho, pra ver se tá tudo ok, com o bebê também. Em relação aos exames também, marquei os exames numa facilidade. Fui na clínica, fui bem recebida. Então, foi maravilhoso, não esperava que seria, tipo assim, tão completinho[...] uma facilidade maravilhosa de marcar os exames. (G2S)

[...] esse incômodo que eu tava sentindo nos meus dentes, se não tivesse o pré-natal odontológico, com certeza, eu teria que procurar em particular, e já têm as ultrassons que é particular. Então ter como minimizar esse gasto aí com dentista é muito bom, que aí eu já consegui cuidar (G2S)

[...] eu tinha lido na carteira de gestante que tinha a parte odontológica, só que eu achei que era de praxe, que deveria ter a consulta. Aí depois quando a ENF 1 falou [...] viu que eu tava grávida e me arrastou pra sala (de odontologia) [risos](G3S)

As falas das gestantes acima corroboram com o que foi detectado de forma similar por Mesquita, Torres e Vasconcelos Filho (2022), no qual a maioria das gestantes considera importante o acesso a assistência odontológica. A assistência durante o período gestacional pode ganhar impulso a partir do “Previne Brasil”. Se trata de uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria Ministerial nº 2.97920, de 12 de novembro de 2019. As transferências intergovernamentais para os municípios passaram a contabilizar o número de pessoas cadastradas em serviços da Atenção Primária e por resultados alcançados por meio de um grupo de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes em um município (MASSUDA, 2020). O conjunto de indicadores engloba as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Com relação aos indicadores relativos ao componente Pré-Natal, podemos citar: gestantes com 6 consultas de pré-natal, atendimentos odontológicos realizados em gestantes e teste de sífilis e HIV em gestantes (LARÊDO *et al.*, 2022).

Apesar de todas as controvérsias existentes acerca dessa nova política de financiamento, é possível que os esforços dos municípios se concentrem na atenção a esses indicadores, promovendo um maior acesso das gestantes ao Pré-Natal (MASSUDA, 2020). De acordo com o trabalho de Silva L., Silva S. e Andrade (2022), os indicadores superaram a meta proposta pelo Ministério da Saúde no 2º quadrimestre de 2020, alcançando 71% de gestantes com pelo menos 6 consultas de Pré-natal realizadas porém em 2021, superando a meta de 60% estabelecida para este indicador do Previne Brasil; porém, em 2021, esse número foi de apenas 47%. A queda na adesão foi atribuída por esses autores pelo medo da contaminação pela Covid-19, visto que as gestantes foram incluídas pelo Ministério da Saúde como grupo de risco para essa infecção.

Foi destacado também nas falas a facilidade de acesso às consultas com a profissional de nutrição na equipe da Estratégia de Saúde da Família na resolutividade das ações.

[...] no início eu tive muita azia, muito enjoo e tudo mais, aí eu passei... eu não tava conseguindo me alimentar direito, aí eu passei por (nutricionista), ela trocou minha alimentação e eu não sinto mais enjoo, nem azia, não sinto nada, na verdade; melhorou bastante. (G4S)

A facilidade de acesso das gestantes à nutricionista já não foi evidenciada na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde a maioria desconhece se existe profissional na unidade e, também, como as marcações são realizadas.

Lá no posto disse que tem acesso a nutricionista, se quiser ir, procurar ela lá. Não cheguei a ir não. Antes ‘tava’ que você indo lá cedo todo dia tem, porque ela ‘tava’ todo dia. Aí eu não sei se ela ainda tá assim ou tá dia de sexta-feira pegar ficha pra ela. (G6BV)

[...] aqui no posto eu não sei nem se tem [...] não sei não quem é. Se não passava por ela, pra ela falar, né, o que eu não posso comer, o que eu posso, né, porque é bom a gente saber. (G7BV)

5.1.1.4 Subcategoria “Dificuldade de acesso na marcação de consultas e exames”

Importante refletir que, a despeito das orientações para que se efetive a qualificação do Pré-Natal, o cenário de práticas da Atenção Primária à Saúde encontra-se fragmentado, o que dificulta o acesso e gera descontinuidade da assistência, comprometendo a integralidade do atendimento às gestantes (COSTA *et al.*, 2022). O acesso a outras redes da assistência como, por exemplo, as Redes Média e Alta Complexidade, deve também ser garantido por meio das

referências e contra referências pactuadas, bem como a garantia de acesso aos exames de imagem e laboratoriais (BRASIL, 2013).

A resolutividade das equipes esbarra na escassa tecnologia disponível, visto que ferramentas essenciais como: fluxos de encaminhamento, computadores, telefones e prontuários eletrônicos, são insuficientes nos municípios dificultando a garantia do acesso nas demais redes de atenção e a continuidade das ações (COSTA *et al.*, 2022).

De acordo com o estudo de Guimarães e colaboradores (2018), existe precariedade também na infraestrutura da rede básica do país, onde “quase metade (43%) das unidades de saúde pesquisadas não dispõe de infraestrutura adequada, revelando uma expressiva barreira de acesso a um pré-natal de qualidade.” (pág. 9).

Outras dificuldades relatadas para o acesso e adesão ao pré-natal se referem a falta de informação ou mesmo insatisfação, quanto falta de acolhimento dos profissionais (LEAL *et al.*, 2018). O tempo de espera para marcar as consultas e exames também se torna um obstáculo fazendo com que não queiram mais ou adiem a marcação por não conseguirem o agendamento na data em que o profissional fez o apazamento (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). Fatores considerados de muita dificuldade estão relacionados ao acesso aos exames laboratoriais. Os obstáculos encontram-se na morosidade encontrada em todo processo: solicitação, fornecimento do resultado pelo laboratório, avaliação e marcação de outros exames (SANTANA *et al.*, 2019). Logo, os desafios refletem também no acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Os fatores acima relatados poderiam ser contornados caso a Rede de Atenção à Saúde estivesse estruturada da forma adequada, todavia, muitas vezes faltam agentes comunitários de saúde, que poderiam estar realizando essas marcações e faltam também enfermeiros na Equipe de Saúde da família, de acordo com os relatos das gestantes participantes do estudo realizado por Menezes e colaboradores (2020).

Além disso, desafios relacionados à formação profissional devem ser superados como por exemplo: profissionais despreparados, baixa qualificação, ausência de cursos de capacitação profissional (SANTANA *et al.*, 2019), bem como o estabelecimento de fluxos de encaminhamento, protocolos importantes para garantir o acesso aos usuários, visto que determinam o encaminhamento dos mesmos dentro da rede de assistência (COSTA *et al.*, 2022).

Necessário considerar o contexto pandêmico que se instalou com a Covid-19 e seu impacto na assistência pré-natal, em virtude da qual constatou-se uma queda significativa nos atendimentos tanto pela priorização da assistência ao tratamento da COVID-19, quanto pela

determinação de medidas de contenção de isolamento e afastamento social preconizados pelo Ministério da Saúde e receio da contaminação pelo vírus das gestantes que foram consideradas grupo de risco da doença (SILVA *et al.*, 2021).

A dificuldade de acesso às consultas pré-natais foi observada nos relatos das gestantes na Unidade Básica de Saúde pois as mesmas relataram só conseguir marcação da consulta após solicitar diretamente à enfermeira, conforme pode se observar nas falas abaixo:

Eu só tive essa (dificuldade) que eu vim pra marcar aí disseram que não tinha vaga [...] vim pela manhã disseram que não tinha vaga mais...Aí disseram: “ah vai lá, rapaz, vai lá...fala com ela mesma, com a própria ENF2 que ela vai olhar pra você”. Aí eu fiz isso, vim falei com ela e ela marcou, disse q tinha vaga e tudo. (G6BV)

[...] Porque eu já tenho um pouco de intimidade com ENF2. Virei amiga dela. [...] quando aqui eles falam como é o caso dela aí... aí eu vou e falo com ela, ela sempre passa a gente. Ela dá um jeitinho e passa a gente. Por isso que eu gosto muito dela porque se fosse outra pessoa e quando o caso dela aí, ela não ia fazer pré-natal agora, né? (G8BV)

O acesso das pessoas à atenção primária continua sendo muito afetado mesmo após passados dois anos da pandemia. A prestação dos serviços de saúde continua enfrentado dificuldades com contínuas interrupções em mais de 90% entre os 129 países pesquisados, afetando as principais áreas da saúde, incluindo a saúde materna, neonatal e infantil, de acordo com a pesquisa global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a continuidade dos serviços prestados na atenção básica, realizada de novembro a dezembro de 2021 (PAHO, 2022a).

Os principais problemas de saúde enfrentados para o acesso à atenção primária são pré-existent à pandemia tendo sido exacerbados pela mesma, estando entre os principais obstáculos citados: exaustão dos profissionais de saúde, bom como sua contaminação pelo vírus da COVID-19, falta de insumos e equipamentos, falta de financiamento, falta de dados, informações e orientações (PAHO, 2022a)

Uma a cada três gestantes ficou impossibilitada de acessar os cuidados necessários durante o período da pandemia, levando a um aumento da mortalidade materna devido à falta de acesso e a interrupção dos serviços de pré-natal nesse período, mesmo sendo as gestantes um dos grupos mais vulneráveis à COVID-19, devido a maior fragilidade relacionada ao sistema imunológico (PAHO, 2022b).

Um estudo pré-publicado pela OPAS sobre mortalidade materna em oito países mostrou que das 447 mulheres grávidas que morreram entre 1 de março de 2020 e 29 de novembro de 2021, 90% já apresentavam sintomas de risco devida quando internadas no hospital. Quase 77% tiveram seus bebês prematuros e 60% dos bebês nasceram com baixo peso – um problema que pode afetar a saúde de uma criança por toda a vida (PAHO, 2022b).

Em 2021, o Ministério da Saúde publicou o *Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19*, com objetivo de orientar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como o manejo assistencial da referida doença. De acordo com esse manual, a infecção por COVID-19 se associa a desfechos adversos para a mãe, como “hipertensão gestacional, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, uso de antibioticoterapia e admissão em UTI neonatal, o que aumenta consideravelmente o risco de óbito nessas mulheres” (p.15). Para o feto, a prematuridade seria o desfecho mais importante (BRASIL, 2021).

Ainda de acordo com esse manual (BRASIL, 2021) e reforçados no trabalho de Estrela e colaboradores (2020), alguns ajustes foram recomendados para que o acompanhamento pré-natal não fosse comprometido como, por exemplo, organização de fluxos diferenciados para gestantes e puérperas com sintomatologia viral de forma separada dos atendimentos de rotina, triagem com classificação de risco, adiamento de consultas e procedimentos para as gestantes que apresentassem sintomas gripais por 14 dias, espaçamento entre as consultas e que os exames fossem coletados no mesmo momento da consulta para maior otimização das consultas. Nos períodos de restrição de circulação e para pacientes com dificuldade de locomoção recomendou-se que o pré-natal se desse por teleatendimento dessas gestantes, com algumas exceções que as presenciais deveriam ser mantidas, como no caso de gestantes em períodos específicos para realização dos exames necessários ao período.

Somada à necessidade de se manter a assistência devido aos aspectos biológicos inerentes a gestação que vulnerabilizam a mulher, os receios foram somados à incerteza do que poderia acontecer à própria mãe e ao bebê frente a uma iminente infecção pelo coronavírus, estando também sujeita à desinformação, alimentada por notícias falsas, gerando maior ansiedade nesse período. Além disso, durante o ano de 2020, algumas maternidades e hospitais não permitiram o acompanhante durante o parto, ferindo um direito das gestantes, garantido pela Lei do Acompanhante, de nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005), que deve ser respeitada mesmo em cenários adversos (ESTRELA *et al.*, 2020).

O acolhimento das gestantes foi unanimidade entre as falas no que se refere à abordagem e escuta qualificada. Entretanto, algumas fragilidades foram apontadas por algumas usuárias no que tange a realização dos exames necessários durante o período gestacional e recomendados pelo Ministério da saúde.

[...] talvez o problema daqui não seja tão interno; o atendimento é legal realmente; médico... toda vez que eu venho aqui parece que aparece mil coisas pra fazer, é vacina, eu consigo fazer tudo. Tem dias que eu fico aqui o dia inteiro. (G3S)

Os exames são também essenciais para garantir a qualidade da assistência pré-natal e indicados para acompanhar o estado de saúde da mãe e do bebê (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017). A Rede Cegonha se organiza a partir de quatro (4) componentes que se referem a uma série de ações de atenção à saúde. Um deles se refere ao componente “pré-natal”, que dentre várias outras ações destaca “realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno” (BRASIL, 2011a, pág. 2).

De acordo com os relatos das enfermeiras do estudo de Sehnem *et al.*(2020), a demora na realização dos exames no SUS compromete o atendimento, comprometendo a adesão ao pré-natal comprometendo também o objetivo preventivo desses exames, com identificação de danos e consequências, o que cria obstáculos para a garantia de um pré-natal qualificado para as usuárias. Essa demora na entrega de exames foi considerada um aspecto negativo do pré-natal também pelas gestantes (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Em relação aos exames eu tive muita dificuldade, talvez pela questão da minha gestação não ser tão fácil, e os exames serem difíceis. Então, o único exame que eu consegui marcar realmente foi o de sangue, ultrassom até hoje não consegui nenhum, meus exames do coração... então pra mim eu tive essa dificuldade, porque eu tive que fazer tudo no particular. Então a parte financeira pesou bastante. Então talvez não seja algo interno né, realmente não é um problema daqui, porque a culpa não é deles. Em relação aqui, parabéns, mas fora daqui eu achei bem complicado [...]. Tentam aqui, mas não conseguem, porque não tem vaga, porque não tem médico, então, foi uma coisa que me prejudicou. (G3S)

Conforme verificamos no relato da gestante acima, algumas mulheres do território têm dificuldade na marcação de exames e acabam por pagar exames particulares para acesso aos resultados em tempo ágil, um grande problema para as gestantes visto que a maioria tem renda muito baixa, conforme levantado no Diagnóstico Situacional pelo método da Estimativa

Rápida Participativa no ano de 2020, com dados obtidos a partir dos ACS e dos informantes-chaves, que indicou a maior parte dos moradores vive com renda abaixo de um salário mínimo. Um estudo realizado por Santos, Barreto e Carvalho (2018) evidenciou que os índices de pobreza são multidimensionais nos bairros e distritos do município de Ilhéus e que os locais mais distantes e localizados em zonas rurais, assim como os bairros do Salobrinho e o Banco da Vitória, possuem menor assistência das políticas públicas de saneamento, educação, saúde, entre outras. Os autores relacionam que os maiores índices de pobreza são os que apresentam menos desenvolvimento. O Banco da Vitória apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH = 0,549) dentre os bairros ilheenses, reunindo assim, os piores índices de renda e educação. Diante de tantos problemas socioeconômicos que dificultam a realização de exames de rotina, algumas gestantes desconhecem, inclusive, o direito de realizar exame de ultrassom pelo SUS (SEHNEM *et al.*, 2020).

Corroborando ainda com a fala da gestante acima, os relatos trazidos pelas gestantes no estudo de Grzybowski e colabores (2020) referiram que o Sistema Único de Saúde deveria disponibilizar a ultrassonografia morfológica, por trazer tranquilidade à futura mãe com relação à saúde do seu filho, sendo necessário, ter que realizar esse exame no âmbito privado.

A morosidade na entrega dos exames acaba tendo como consequência a invalidação dos resultados encontrados, visto que já estariam desatualizados (SEHNEM *et al.*, 2020).

Percebe-se nessa discussão a importância do acesso à assistência pré-natal com ênfase para uma aproximação nas relações entre profissionais, gestantes e suas famílias que tenha o diálogo como base, para que seja estabelecido vínculo e escuta das necessidades em saúde, esclarecendo dúvidas (SEHNEM *et al.*, 2020). Necessário que se rompa com o modelo assistencial vigente, de uma postura medicamentosa, hospitalocêntrica e pontual para um cuidado acolhedor e ético, com responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado e que sejam garantidos os direitos de acesso, consultas e exames com qualidade às gestantes e puérperas e que as tecnologias relacionais preponderem sobre as outras garantindo a integralidade do cuidado, bem como promovendo saúde e autonomia às mulheres assistidas.

[...] além do aspecto prático, o cuidado possui também um aspecto ético, a questão da responsabilidade. A cuidadora ou o cuidador se considera responsável pela vida e pelo bem-estar do outro, daquele que se está cuidando [...]. Essa relação não é um trabalho prático, um trabalho físico no sentido estrito, mas é aquilo que a gente chama de ética do cuidado. (HIRATA, 2021, pág. 34)

5.2 ANÁLISE COM BASE NOS VETORES DE AVALIAÇÃO DOS GRUPOS OPERATIVOS DE PICHON-RIVIÈRE

Levando em conta as considerações anteriores relativas à humanização dos serviços de acompanhamento pré-natal a qual ressalta a importância do aumento de vínculo entre profissionais e usuários, a promoção de acesso qualificado com escuta ativa para as necessidades em saúde das gestantes dos territórios para redução de anseios e esclarecimento de dúvidas, numa relação horizontal, é que surge a proposta dos grupos. Importante deixar claro que essa proposta é mais uma alternativa para as práticas assistenciais que deverá se articular com as outras ações já existentes na atenção básica, não pretendendo se tornar uma proposta única e isolada (AFONSO, 2019, p. 8).

A formação de grupos na Atenção Primária é uma ferramenta facilitadora na promoção da saúde, prevenção de agravos e prestação de cuidados específicos e que promove a interação de pessoas que possuem problemas ou situações semelhantes com o objetivo de incentivá-las na busca de possibilidades para melhoria das suas condições de vida, utilizando ações de educação em saúde com vistas à autonomia e protagonismo para seu autocuidado, trazendo ainda como benefícios associados, a otimização do trabalho com a possibilidade de redução das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e aumento do vínculo entre profissionais e usuários (MENEZES e AVELINO, 2016; MOREIRA *et al.*, 2020).

Segundo trabalho de revisão integrativa realizado por Lucchese e colaboradores (2014), a utilização dos Grupos Operativos na educação em saúde ocupa local de destaque dentre as publicações sobre o tema, visto que “foi frequente sua associação com referenciais didático-pedagógicos em processos de ensino-aprendizagem, como o construtivismo, ou em práticas didáticas interativas, própria das pedagogias ativas” (p. 830).

Diante disso, “a dinâmica dos grupos operativos, elaborada por Pichon-Rivière, surge como uma alternativa, pois considera a procedência da dialética e do processo grupal a concepção de sujeito como determinante do processo e por ele determinado” (MOREIRA *et al.*, 2020, p. 2). Esses grupos estabelecem práticas de discussão coletiva com base em problematizações que geram possibilidades de aprendizado significativo (MENEZES e AVELINO, 2016).

A técnica do grupo operativo proposto por Pichón-Rivière (2005, p. 125) no seu livro *O Processo Grupal* se baseia no conjunto de experiências, conhecimentos e afetos que cada indivíduo traz de sua formação a partir dos relacionamentos familiares e sociais, o qual denomina de Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO). De acordo com o autor, a

partir da interação nos grupos é construído um referencial operativo comum dos esquemas prévios visto que esses acabam assumindo uma unidade.

Para a avaliação das formas de interação ocorridas nos grupos, construiu-se um esquema denominado de “*cone invertido*”, no qual são registrados como modalidades de interação os processos de “afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 253). Em outras palavras, esses processos constituem-se como indicadores/vetores para avaliação do processo grupal, podendo auxiliar as equipes de saúde na análise das suas dinâmicas (FORTUNA *et al.*, 2005).

A partir da análise e interpretação obtidas com os vetores de avaliação dos processos grupais identificados nos grupos operativos de gestantes realizados de forma remota nos territórios dessa pesquisa é que teve origem as categorias que serão discutidas a seguir.

5.2.1 Categoria “Comunicação”

Em seu livro “*O Processo Grupal*”, o psiquiatra Enrique Pichon-Rivière (2005) definiu a comunicação como sendo um “contexto que inclui um mundo de sinais que todos os que se comunicam saber codificar e decodificar da mesma maneira” (p. 131). De acordo com o autor, esses processos de codificação e decodificação de sinais pertencem aos esquemas referenciais individuais e dos grupos e que possibilita que ocorram circunstâncias de “entendimento” ou “mal-entendido” – que se configura quando elementos entram em contradição (p. 175).

Cada indivíduo, durante seu crescimento, desenvolve a comunicação nos seus relacionamentos sociais. Quando esse indivíduo interage em determinado grupo, a comunicação toma a forma da chamada “*espiral dialética*”, seguindo-se da aprendizagem. De acordo ainda com o autor, a comunicação e a aprendizagem são processos que coexistem, se inter-relacionam e são cooperativos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 132).

A *comunicação* é um importante indicador/vetor dos momentos vivenciados no grupo, podendo ser instrumento de crescimento e troca, ou gerar mal-entendidos e situações paralisantes. A comunicação pode ser implícita ou explícita, visto que, nos grupos muitas coisas podem estar sendo faladas, sem estar sendo ditas explicitamente, precisando também ser esclarecidas (FORTUNA *et al.*, 2005; PICHON-RIVIÈRE, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007). Para Pichon-Rivière não se deve levar somente em conta o conteúdo da mensagem, mas também de que forma e quem está passando essa mensagem, denominando esse movimento de “*metacomunicação*” (p. 175).

Nesse sentido, Vincha, Bógus e Cervato-Mancuso (2020) avaliaram em sua pesquisa as potencialidades da técnica de grupo operativo em grupos de educação alimentar e nutricional, por meio dos vetores de avaliação de Pichon-Rivière. No aspecto relativo à comunicação não-verbal atentou-se nas expressões de interesse e concordância com o que estava sendo discutido por meio do olhar, sorriso, balanço da cabeça e toque dos participantes. Já na comunicação verbal, voltou-se à escuta, comparação entre situações que foram ditas e situações reais, aceitação e também interesse.

Dessa forma, no decorrer das nossas análises com as gestantes, observamos que a comunicação não-verbal com base nas expressões faciais e corporais nos encontros realizados de forma remota foi limitada em função do uso do celular pelas participantes, visto que, a fim de garantir melhor conexão de internet, necessitavam manter as câmeras desligadas. Podemos verificar nos discursos abaixo que a conexão à internet, em alguns momentos, se constituiu em uma dificuldade para a comunicação.

A única dificuldade aqui é só o meu (referindo-se ao celular) que tá aqui ruim, a tela, tô enxergando quase nada (G6BV)

Até então não achei nenhuma dificuldade não. A maior dificuldade que tivemos hoje foi a internet. (G7BV)

Realmente, é como eu falei, a conexão atrapalha um pouquinho, porque... como hoje e a semana passada, que eu não tive como participar da reunião por conta da internet. (G7BV)

[...] às vezes a internet não tá boa e tudo mais, minha internet trava o tempo todo aqui. (G4S)

Tá conseguindo me ouvir? Meu telefone travou aqui. (G7BV)

[...] mas eu acho que minha internet tá ruim, tá tudo travando, nem escutei as respostas anteriores. (G7BV)

Não, não tem ponto negativo não, só quando, assim, eu tenho que sair mesmo, tenho que ir na rua. Ontem mesmo o poste caiu aqui, tava sem internet, aí eu tava fazendo minha unha. Hoje eu tava na rua, aí na rua não tenho internet, que é bem difícil eu colocar crédito no celular, e aí eu não gosto de ficar pegando no celular na hora. Mas a maioria do tempo eu fico em casa, então não tenho não. (G5S)

Como contraponto, vemos discursos também que a comunicação é facilitada pelo fato do grupo acontecer de forma remota diante das dificuldades de locomoção encontradas pelas

gestantes, pelo fato de morarem distante do posto de saúde ou pela própria condição física no avançar da gestação com as modificações corporais.

E colocando no ponto positivo também, pelo fato de ser online é melhor, porque conforme as semanas vão passando, a gente anda bem devagar, começa a sentir bastante dores, então a forma remota é um lado bem... como se fosse de conscientização, de pensar no próximo, entendeu? No caso, a gestante. Porque da onde eu moro pro posto não é longe, geralmente, eu gasto em torno de uns minutos, mas gestante eu gasto uns vinte...vinte e cinco (risos)...não vou mentir, porque é bem complicado. Tanto que no meu pré-natal mesmo, eu saía de casa uns trinta minutos mais cedo pra chegar lá no horário certinho. (G7BV)

O meu pré-natal na semana passada era 8 horas, eu saí 7 horas e ainda cheguei atrasada ainda (risos) (G3S)

Com certeza. Já fico cansada (com relação ao deslocamento até a unidade de saúde) porque eu trabalho, minha única folga é dia de segunda, aí... hoje mesmo saí do hospital e já fui logo entrando aqui (na reunião remota). Então é uma facilidade que a gente tem. (G7B)

Eu falei que pra mim também, por conta dessa... maior acessibilidade pras meninas esse horário, pra mim também, só que se não fosse remoto, se fosse presencial, pra mim ia ficar difícil, porque só da fazenda que eu moro pra BR são 7km, então eu ia chegar aqui muito tarde, né, em casa de volta. Então seria um ponto muito negativo, e quase nunca ia dar pra mim ir. Ainda mais depois dessa fase que tá agora, eu não ia conseguir, porque eu sinto muita dores nas costas, então... Pra mim tá saindo de casa não ia ser bom, não ia conseguir participar e ia perder muita coisa, né, porque, realmente, são temas discutidos muito interessantes e que agrega bastante, né... eu ia ficar de fora disso tudo, então seria muito chato, ia me sentir bastante desconfortável. (G2S)

Foi até melhor (acontecer no formato remoto), porque disse que a pessoa que tivesse internet, podia participar... e eu acho bem melhor também porque é mais facilidade pra mim. (G5S)

Eu não tenho pontos negativos, porque é remoto, a gente vê em casa, até o dia que eu fui pro hospital eu cheguei a assistir, então pra mim, tava lá no tédio, comecei e vim terminando. (G3S)

Então, pra mim não teve nenhuma dificuldade, nenhum ponto negativo, muito pelo contrário, porque por online eu tive bastante conforto da minha casa, [...] e também a minha barriga cresceu bastante, ficou bastante pesada. Então, eu não moro muito longe do posto pra ir até essa reunião, mas com o passar do tempo o posto ia ficar difícil, porque eu ando muito devagar, então isso seria muito cansativo pra mim, porque um percurso que eu iria fazer em vinte minutos, eu faria em quarenta, cinquenta e cinco (minutos). (G7BV)

Seguindo essa lógica, é interessante destacar um estudo que teve como objetivo compreender os motivos pelos quais as gestantes da ESF da cidade de Sete Lagoas não compareciam às atividades de educação em saúde realizadas em grupo operativo na unidade.

Como resultado, as participantes relataram fatores como horário de trabalho e dificuldade de locomoção (BRAGA *et al.*, 2019), apresentando semelhança com o que foi relatado pelas gestantes nas falas acima.

Ainda em relação à comunicação, foi realizada uma pesquisa na qual foi criado um grupo virtual com 14 gestantes da cidade de Uruguaiana (RS). Os encontros remotos ocorreram com periodicidade quinzenal, discutindo e sanando dúvidas sobre temas pertinentes à gestação e medidas de prevenção à Covid-19. Por meio de questionário de percepção dessas gestantes, os autores buscaram descrever e avaliar as percepções sobre a estratégia de educação em saúde utilizada. Apesar de somente 5 gestantes terem respondido o questionário, o resultado foi considerado positivo pelos pesquisadores. Os mesmos concluíram que, apesar da interação das gestantes ter diminuído no decorrer do projeto, a rede social é um efetivo canal de comunicação e diálogo entre a ESF e a comunidade capaz de realizar promoção e educação em saúde (NERY *et al.*, 2020).

Segundo Afonso (2019, p. 62) a comunicação deve ser incentivada entre os participantes dos grupos operativos para o enfrentamento das circunstâncias da vida que sofrem influências sociais, culturais e psíquicas, e que requerem mudanças no seu cotidiano de práticas, mentalidade e relações.

Esse trabalho considerou as redes de comunicação do grupo verificado na existência de trocas de experiências significativas e processo compartilhado de reflexões (AFONSO, 2019, p. 313), o que fez emergir a subcategoria que se segue.

5.2.1.1 Subcategoria “Diálogo e Trocas de Experiências”

O *Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) salienta que a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional ocorre por meio das trocas de informações entre profissionais de saúde e gestantes, no compartilhamento dos conhecimentos e das experiências em suas diferentes vivências, sendo de fundamental importância a criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal (p. 146).

Consoante Oliveira e colaboradores (2019), o grupo de gestantes é uma ferramenta importante para a promoção de saúde por possibilitar essas trocas de vivências e experiências e favorecer a realização de atividades educativas dialógicas, fundamentadas em necessidades contextualizadas ao invés das práticas prescritivas e genéricas que hegemonicamente são dispensadas aos usuários (p. 115).

Nos grupos, cada integrante tem a possibilidade de adquirir um “novo estilo de vida”, baseado em adaptações na qual o sujeito ao mesmo tempo que é transformado por meio do grupo, se torna também um “agente de mudança social”, seguindo o curso da chamada espiral dialética, promovida pelos diálogos estabelecidos nas interações grupais (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 153-154).

Retomamos, nesse momento, a proposta pedagógica idealizada por Paulo Freire nos chamados Círculos de Cultura, no qual são detectados pontos de intersecção com o conceito de grupo operativo do Enrique Pichon-Rivière. Este último cita no seu livro *Processo Grupal* (2005), a espiral dialética estabelecida nos processos grupais a partir dos diálogos entre seus integrantes e baseada na qual se derivam as reconstruções de pensamento, conforme citado acima.

Freire (1987), no livro intitulado *Pedagogia do Oprimido*, aborda sobre a importância do diálogo quando se refere ao que denomina “educação problematizadora” que leva à ação e reflexão - possibilitando a transformação da realidade das pessoas -, não podendo existir uma sem a outra (p. 44).

Os Círculos de Cultura ganharam visibilidade a partir da proposta de Educação Popular que permite incorporar os aspectos da subjetividade dos sujeitos, além de oferecer oportunidade de potencializar construções e experiências coletivas. A partir da linguagem freireana é possível trabalhar alguns conceitos, como consciência, independência, autonomia e prática educativa que contêm uma clara caracterização do processo educativo popular. Os Círculos de Cultura, tal como estruturado por Paulo Freire, e que fizeram parte do movimento de educação popular proposto pelo educador, realizado no Brasil no início dos anos 1960, favorecem trocas de experiências, conquista da linguagem e saberes fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo “caráter libertador” propõe uma aprendizagem que rompe com a fragmentação do conhecimento e que requer tomadas de decisão perante os problemas vivenciados em determinado contexto. Os Círculos de Cultura, enquanto experiência coletiva de diálogo em diversos espaços educativos, é uma proposta metodológica cuja concepção freireana prevê a transformação social (FARIA e GUIMARÃES, 2021).

Freire propunha uma educação integral e libertadora, na qual as relações estabelecidas entre educador e educando são de horizontalidade e caracterizando-se como “locus” privilegiado de comunicação-discussão embasadas no diálogo, nas experiências dos atores-sujeitos, na produção teórica da educação e na escuta” (DANTAS e LINHARES, 2014, p.73-74), com as conseqüentes problematizações advindas sobre a fala do outro e sobre si mesmo.

Para Freire (2003), o diálogo possibilita a ampliação da consciência crítica sobre a realidade ao trabalhar a horizontalidade, a igualdade em que todos procuram pensar e agir criticamente com suporte na linguagem comum, captada no próprio meio onde vai ser executada a ação pedagógica e que exprime um pensamento baseado em uma realidade concreta. Diálogo, nessa perspectiva, tem a amorosidade como dimensão fundante, contrapondo-se a ideia de opressão e dominação. Situa a humildade como princípio no qual o educador e o educando se percebem sujeitos aprendentes, inacabados, porém jamais ignorantes (DANTAS e LINHARES, 2014, p. 75).

Desta forma, o grupo de gestantes se constitui em estratégia educativa importante onde o diálogo e as trocas de experiências facilitam uma vivência mais segura e humanizada pelas gestantes durante o processo gestacional (OLIVEIRA *et al.*, 2019, p. 118), bem como estas se tornam também agentes de mudança social, conforme conceito trazido por Pichon-Rivière, visto que podem multiplicar as informações discutidas, contribuindo assim, para uma promoção de saúde e melhoria de qualidade de vida do meio em que vive e se relaciona. Podemos constatar a percepção positiva acerca do compartilhamento das experiências conforme as falas das gestantes abaixo:

Tudo tem uma troca de experiência boa, porque sempre alguém tem algo a ensinar um pro outro, né?! Pra mim foi tudo bom. (G6BV)

Concordo com G6BV. Sempre temos algo pra compartilhar uma com a outra, né?! Uma informação... E os conhecimentos que a gente tem, podemos compartilhar com as outras colegas (G7BV)

[...] eu acredito que todas as reuniões foram trocas de experiências [...] tipo, em levar o neném pra olhar os dentes, os segredos da amamentação, alimentação, essas coisas. Todas as trocas que tivemos foram bem importantes. (G7BV)

É bom, que nem eu disse anteriormente, porque adquire conhecimento né, o que uma não sabe, aprende com a outra, o que a outra já sabe, já passa pra outra. Aí isso aí é bom. (G5S)

Freire (1979) apresenta no seu livro *Educação e Mudança* a concepção de uma reestruturação social na qual a transformação do indivíduo se dá com outros atores em uma dialética permanente na qual, somente dessa forma pode “entender ou explicar a si mesmo” (p. 26), influenciando seu modo de agir, nos remetendo ao conceito de ECRO de Pichon-Rivière.

No “círculo de cultura” os educandos encontram-se e reencontram-se nas situações que compartilham em seus contextos de vida e nos objetivos em comum, a partir dos quais surge a comunicação e o diálogo que favorece a reflexão entre os participantes do círculo e a recriação do seu mundo, onde suas crenças podem se modificar (FREIRE, 1987, p.6), conforme

pode ser inferido nas falas abaixo, onde as participantes relatam a identificação com o outro e mudança nos modos de pensamento a partir das interações ocorridas no grupo.

Ajuda bastante (a trocar experiências), porque a gente até se espelha um pouco. (G4S)

[...] o que aprendi e conversei com vocês, inclusive sobre a ‘pega’ vai me ajudar bastante, que é bom que aqui o que a gente não sabe a gente aprende, e o que a gente já sabe ou pensa que já sabe a gente vê o que realmente é e o que não é [...] (G5S).

[...] eu realmente achava o oposto das meninas, agora não lembro mais qual que eu achava verdadeiro ou falso, mas depois delas esclareceram o ponto (de vista) delas, foi muito bom, porque me ensinaram coisa que eu não sabia; já achava ao contrário, e achava o mito do que o verídico, então foi muito bom. (G2S)

[...] então isso é muito importante, também pra tipo, quando eu tenho uma opinião e outra pessoa tem uma opinião diferente, mostrar o porquê da opinião diferente dela, isso é muito importante. Tanto se a minha estiver certa, posso mostrar onde que estão os pontos pra ser discutido, ou se eu ver realmente que a dela faz mais sentido que a minha [...] (G2S)

O desenvolvimento desse ECRO comum aos membros do grupo constrói esquemas referenciais semelhantes permitindo uma maior compreensão na transmissão e recepção das mensagens favorecendo assim, o estabelecimento da comunicação intragrupal (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 178-179).

Um dos conceitos básicos trazidos por Pichon-Rivière nos grupos operativos é a chamada *verticalidade*, onde cada membro traz consigo sua bagagem de experiências e conhecimentos e referindo-se a sua história pessoal e durante a comunicação intragrupal vai assumindo a *horizontalidade*, que se refere ao “processo atual que acontece no aqui e agora” junto com os demais componentes do grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.180).

As falas abaixo ilustram os conceitos trazidos por Pichon-Rivière relacionados a verticalidade, no sentido em que trazem experiências vividas anteriormente no núcleo familiar, em buscas realizadas em pesquisas pessoais na internet, com o estabelecimento da horizontalidade no momento das trocas realizadas no grupo.

[...] minha mãe teve 3 (filhos) [...] ela sempre empurrava o peito na boca dos meus irmãos e feria bastante o peito dela, lembro uma vez que o peito dela ficou em carne viva, chega me dá agonia de lembrar. Então eu vi que ela não tinha muita experiência [...]. Ela não tinha tanta experiência com amamentação como a gente tem hoje aqui. (G7B)

[...] a maioria aqui, ou quase todo mundo, é mãe de primeira viagem. Então acaba que a experiência já vem de terceiros, que uma mãe ensinou, que uma avó... Então, como G7B falou, todos tiveram, né. Quando falou de amamentação, quando falou dos dentes, cada um tinha algo pra falar. (G3S)

Quando G2S falou da pega, a gente trocou bastante. Acho que só, porque as outras coisas também eu já tinha muito em mente, pela questão das pesquisas, que a gente acaba fazendo na curiosidade. (G3S)

As narrativas das gestantes acima citadas expressam estudos, como o realizado por Silva, M. e colaboradores (2018), que indicam a importância do compartilhamento de experiências nos grupos operativos. O estudo com primigestas nos grupos incentivou discussões sobre ações de educação e promoção em saúde, de forma a significar os assuntos debatidos e favorecer a exposição de experiências complementares que aconteceram no seio familiar ou no círculo de amizades como forma de construir atitudes futuras.

Importante assinalar que o conceito de verticalidade discutido por Pichon-Rivière remete ao pensamento de Paulo Freire e a “relação dialógica”, ou seja, o respeito às diversidades culturais e às complexidades históricas das sociedades como eixo fundamental para a prática pedagógica (FREIRE, 1991, p. 82). Para Freire, o trabalho pedagógico a partir do conhecimento prévio do educando deve levar em conta o contexto social do educando e tornar seu conhecimento relevante e significativo.

5.2.1.1.1 Um espaço de interseção entre os pensamentos de Enrique Pichon-Rivière e Paulo Freire

Si tuviera que sintetizar en unas palabras lo común entre Freire y Pichon diría: la práctica y el protagonismo de los sujetos que conocen. (QUIROGA, 2001, p.8)

Na percepção de Quiroga (1989) muitos são os pontos de encontro nas propostas dos autores Paulo Freire e Enrique Pichon-Rivière, principalmente no que concerne à prática pedagógica, que se referem ao um “processo de transformação e de conquista de uma consciência crítica” (p. 15). Nesta parte, portanto, serão discutidas as percepções dos autores do ponto de vista da “verticalidade” de Pichon-Rivière, ou seja, as experiências e conhecimentos dos indivíduos, e a valorização dos saberes prévios das histórias pessoais e das experiências de vida de Freire.

Oliveira (2008) também evidenciou as aproximações conceituais entre os dois. Segundo a autora, ambos os autores partem do entendimento de que o conhecimento é fruto das

interações sociais e não um produto de ação individual. As transformações do homem em um ser social se dão a partir das relações estabelecidas com outros homens, com a natureza e o contexto cultural.

Importante destacar que os autores partem de objetos de investigação diferentes, mas com pontos de interseção comuns; o interesse inicial de Pichon era pela doença mental, significando-a como uma disfunção de aprendizagem. Já a preocupação de Freire era com a educação popular e o papel do educador (Quiroga, 2001), uma educação popular que, como processo educativo, rompe com a tradição educacional – ocupada apenas por uma minoria social - e confere à educação um conteúdo social e uma dimensão política.

As relações que são estabelecidas nos grupos sociais de origem forjam a essência dos indivíduos com “tendências afetivas, estéticas, conceituais e de ação” (p.17) para a solução dos problemas que são apresentados em outras relações sociais estabelecidas e com o meio em que se vive. Pichon-Rivière parte da teoria dos esquemas referenciais e conceituais prévios dos indivíduos, ao qual se estabelecem relações de continuidade, descontinuidade e ruptura (QUIROGA, 1989).

A atitude crítica diante da realidade social e história e a problematização fomentadas por Pichon-Rivière apresenta como consequência a desmistificação e a superação dos fatos, com a transformação do sujeito em um “sujeito cognoscente”, em um processo de consciência e reflexão em oposição ao que Freire chamava de “burocratização da mente” (OLIVEIRA, 2008, p. 2).

Uma das ideias-chave de Freire é que não é possível ensinar sem aprender, sem refletir, sem desenvolver senso crítico. Diante disso a necessidade de se conhecer os saberes prévios, pois não é possível, segundo o autor, ensinar sem conhecer os tipos de instrumentos que o grupo já possui para enfrentar as situações-problemas existentes na realidade em que estão inseridos, assim como, conhecer outras formas de conhecimento e saberes (OLIVEIRA, 1989, p. 31).

[...] me refiro a isso dizendo que há uma leitura do mundo que precede a leitura da palavra e que toda leitura da palavra implica uma releitura do mundo. Há, portanto, uma relação dialética entre a leitura do mundo, a leitura da palavra e a releitura do mundo e a “escritura” do mundo. Entendo por “escrever” o mundo, transformá-lo. (FREIRE, 1989, p. 47)

Neste sentido, é possível inferir do pensamento de Paulo Freire acima explicitado que a leitura de mundo equivale aos saberes prévios, que devem ser considerados e valorizados como pontos de partida no processo dialético de estruturação e reestruturação, uma vez que

possibilitam posterior transformação da realidade. Com esta percepção, Freire constrói um projeto educacional, que promove a discussão e a reflexão sobre a situação vivida pela pessoa que não detinha a leitura da palavra, mas que antes deveria ler a sua realidade (FREIRE, 1996).

Na mesma linha argumentativa tem-se a afirmação de Silva, M. e colaboradores (2018) salientando a importância do diálogo aberto na construção de uma cultura participativa, que “acolhe e legitima a contribuição do saber popular ao lado do saber técnico científico” proporcionando aprendizado “tanto de quem ‘ensina’ como de quem ‘está disposto a aprender’.” (p.8)

Na obra intitulada *Pedagogia dos Sonhos Possíveis*, Freire (2015) anuncia que é necessário que, “ao lado do domínio dos saberes técnicos e científicos [existam sujeitos que estejam] vocacionados para saber o mundo de outra forma, através de tipos de saberes não preestabelecidos” (p. 213), ao passo em que o contrário disso, se estabelece um processo hegemônico de tentativa de dominação, ou seja, o que as classes dominadas podem e devem saber.

Em *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, Paulo Freire (1996) destaca que “ensinar exige respeito aos saberes dos educandos” (p. 17) e ressalta a importância de respeitar o saber do Outro - construído nas suas práticas comunitárias, por meio de suas experiências para discussão da realidade.

Na experiência de Silva, M. e colaboradores (2018) as práticas educativas se desenvolvem com respeito à realidade dos indivíduos por meio da interação entre saberes técnicos e saberes populares. Segundo as autoras, a palavra “mês” era utilizada pelas gestantes para se referir ao período gestacional. Em respeito a essa informação, o tema desenvolvimento fetal foi discutido mês a mês, e não por semanas de gestação conforme realizado pelos profissionais de saúde, com destaque a um diálogo aberto em uma abordagem mais participativa, legitimando a importância do saber popular atrelado ao saber científico.

Essa ideia é reforçada em sua obra *Medo e Ousadia: o cotidiano do professor*, quando afirma que a educação dialógica parte da compreensão dos sujeitos a partir das suas experiências de vida diárias, tendo como base o senso comum para uma maior compreensão da realidade (FREIRE, 1986, p. 69).

Pichon-Rivière (1998) no livro *Teoria do Vínculo*, expressa que para a realização de uma investigação de situação da saúde é necessário abordar três dimensões, sendo elas:

[...] a investigação do indivíduo, a do grupo e a da instituição ou sociedade -, permitindo três tipos de análise - a psicossocial, que parte do indivíduo para

fora; a sociodinâmica, que analisa o grupo como estrutura; e a institucional, que toma todo um grupo, toda uma instituição ou todo um país como objeto de investigação. Não existe uma separação clara entre os campos de investigação psicossocial, sociodinâmica e institucional: são campos que vão se integrando sucessivamente. (PICHON-RIVIÈRE, 1998, p.2)

A partir do pensamento do autor referido no texto acima, verifica-se a importância dos conceitos que o indivíduo traz consigo e da inseparabilidade desse campo de investigação individual para o esclarecimento de todo seu contexto social.

Todavia, em sua obra *Medo e Ousadia: o cotidiano do professor*, Freire (1986) salienta que o aspecto individual não é suficiente para a explicação dos processos vivenciados. Na opinião do autor, apesar da importância do conhecimento da dimensão individual, é com o estabelecimento da comunicação entre os sujeitos que é possível conhecer e transformar a realidade socialmente. O estabelecimento do diálogo neste momento de comunicação, de conhecimento e de transformação social que “*sela* o relacionamento entre os sujeitos cognitivos” (p.65), possibilitando a atuação de forma crítica para transformar a realidade.

Paulo Freire (1986, p. 64-65) fala ainda que o diálogo não deve ser entendido somente como uma técnica a ser utilizada para obtenção de resultados ou como uma “tática para aproximação”, visto que isso iria se configurar como uma técnica de manipulação. O diálogo é uma postura que deve ser assumida cada vez mais no processo de transformação dos seres humanos adotando uma comunicação crítica.

O diálogo é o momento em que os humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e re-fazem. Outra coisa: na medida em que somos seres comunicativos, que nos comunicamos uns com os outros enquanto nos tornamos mais capazes de transformar nossa realidade, somos capazes de *saber que sabemos*, que é algo *mais* do que só saber. De certa maneira, por exemplo, os pássaros *conhecem* as árvores. Eles até se comunicam entre si, usam uma espécie de linguagem oral e simbólica, mas não usam a linguagem escrita. E eles não sabem que sabem – pelo menos até agora, cientificamente, não temos certeza de que eles sabem que sabem. Por outro lado, *nós*, seres humanos, sabemos que sabemos, e sabemos também que não sabemos. Através do diálogo, refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade. (FREIRE; IRA, 1986, p. 64-65)

Pichon-Rivière (2005) enfatiza que para que se estabeleça a comunicação é prioritário que se elabore um esquema referencial comum – o ECRO grupal -, cuja evolução implicará um processo de aprendizagem. A base da construção desse Esquema Conceitual, Referencial e Operativo comum partirá sempre das “fontes vulgares (cotidianas)” (p. 144) dos esquemas referenciais que cada integrante leva ao grupo o que, por analogia, podemos estabelecer relações

com o conceito relativo aos saberes prévios, de Freire, e que se transformarão após sucessivas ‘voltas de espiral’ no processo de construção e reconstrução até constituir o ECRO grupal.

De forma prática, cada integrante do grupo chega com sua história pessoal - ou seja, sua *verticalidade* – passa a compartilhar suas necessidades em torno de um objetivo comum (questões relativas ao período gestacional, por exemplo) e criam uma nova história – constituindo a *horizontalidade* do grupo. A horizontalidade não é apenas a soma das verticalidades dos integrantes, é também a nova história do grupo, com suas particularidades e identidades, produto da construção coletiva gerada pela interação dos aspectos da verticalidade (PALMA, 2020).

No momento em que a verticalidade e horizontalidade se juntam, nesse momento determinado, constitui-se a operação do grupo, juntam-se os dois vetores que constituem o essencial do grupo operativo. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 260).

Na realidade, verticalidade e horizontalidade são unidades de trabalho. Chamam-se em geral unidades de trabalho quando operam de um modo complementar, quando verticalidade e horizontalidade coincidem num momento dado pelo somatório dos elementos que constituem a unidade; trata-se de todo um conjunto operativo (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 260).

Para Freire, não basta reunir pessoas conversando para que se dê o processo pedagógico. E é interessante observar que o autor não coloca o educando como centro da educação, ou seja, o sujeito da educação não é só o educando, mas educando e educador interagindo, trocando saberes e experiências por meio de conteúdos compartilhados (BARRETO, 1989, p.59).

Nas falas das gestantes abaixo é perceptível que o estabelecimento do diálogo gera maior interesse e participação nas discussões realizadas entre as integrantes do grupo.

É porque como tá todo mundo dialogando, acabou que a hora acaba passando que a gente nem percebe. (G1S)

[...] porque a gente acaba conversando, o tempo vai passando rapidinho, aí já tem meia hora que a gente tá aqui e parece que tem dez minutos, então acaba que vai passando o tempo mais rápido. Porque é interativa, aí acaba passando rápido. (G3S)

Nesse aspecto, é importante discutir a construção de temas geradores que tenham significado para os indivíduos. Em *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1987) ressalta que o conteúdo a ser trabalhado deve ser refletido coletivamente, visto que a proposta é uma educação

dialógica que reflete anseios, ou seja, que considera as ambiguidades, contradições e imprevisibilidades como aspectos constituintes do mundo para que o processo pedagógico não se concretize com base em ideias preconcebidas – o caráter “bancário” da educação.

Neste sentido, Freire (1991, p.83) defende a pedagogia crítico-dialógica em oposição à chamada pedagogia bancária e considera que é necessário o estímulo ao educando, para que o mesmo possa perguntar, criticar, criar e construir coletivamente o conhecimento articulado aos saberes populares e científicos.

Então, a estrutura dialógica, uma vez que ela caracteriza todas as pessoas, é forçosamente um ingrediente necessário à formação, ao desenvolvimento da pessoa. Portanto, não é senão através do diálogo que se pode progredir. (FREIRE, 2013, p. 144)

Dito isto, o autor traz a experiência de um jovem chileno, Gabriel Bode, que em atividade de educação com camponeses, observou que os mesmos somente se interessavam pelas discussões quando estas diziam respeito às necessidades vivenciadas e quando o diálogo priorizava temas que se desviavam dos seus interesses, os camponeses ficavam indiferentes à discussão (FREIRE, 1987, p. 63).

Necessário destacar que durante os encontros com as gestantes foi possível notar que uma das integrantes, apesar de estar presente na maioria dos encontros, não participava tão ativamente do diálogo quanto as demais e, surpreendentemente, esse ponto é abordado por Paulo Freire (1986) quando afirma que a situação dialógica está implicada com os temas de interesse das pessoas e também com a flexibilidade na condução do diálogo; participar do debate não significa que as pessoas têm que falar ou se manifestar. Segundo o autor “o diálogo não tem como meta ou exigência que todas as pessoas da classe devam dizer alguma coisa, ainda que não tenham nada a dizer!” (p. 67).

É porque eu não gosto de falar muito mesmo, mas eu aprendi bastante coisa. (G4S)

De fato, o diálogo e a escuta qualificada constituem importantes ferramentas para o processo de produção de saúde e favorecem a coleta de “informações, histórias e experiências” (p. 264) relativas ao processo saúde-doença; essas duas ferramentas foram contribuições trazidas pela Sociologia e Antropologia para o campo da Saúde por meio da técnica de *coleta das narrativas* (BRASIL, 2014). Essa coleta e estudo de narrativas por meio do diálogo demonstra que o itinerário terapêutico é muito mais amplo e complexo do que o preconizado

oficialmente pelos sistemas de saúde devido à multiplicidade de escolhas (BRASIL, 2014), e especificamente no caso de estudo, em função das diversidades das gestações (SEHNEM *et al.*, 2020).

5.2.2 Categoria “Aprendizagem”

Certamente um fenômeno tão substancial e complexo como aprendizagem enfatiza interligações de comportamentos complexos de redes de motivações e interações sociais. Autores como Pichon-Rivière e Freire apresentam posições e argumentos enfatizando a comunicação como elemento decisivo no processo de aprendizagem.

Nos grupos operativos, a comunicação tende a assumir a trajetória de uma espiral/lógica dialética entre seus integrantes na qual ocorre a evolução do conhecimento que coincide com o percurso da aprendizagem. Os processos de comunicação e aprendizagem são coexistentes e cooperam entre si (PICHON- RIVIÈRE, 2005, p. 132).

Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna (dimensão ecológica), configura uma situação grupal. Essa situação está sustentada por uma rede de motivações e nela interagem entre si, por meio de um complexo mecanismo de assunção e adjudicação de papéis. É nesse processo que deverá surgir o reconhecimento de si e do outro, no diálogo e no intercâmbio mais adequado para essa aprendizagem de papéis (aprendizagem social) em que consiste a internalização operativa da realidade (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 163)

Nesse sentido, a aprendizagem é definida por Pichon-Rivière (2005) como um processo de “apropriação instrumental da realidade para modificá-la” (p.163) e que toda aprendizagem é aprendizagem social, fruto das interações sociais.

Quiroga (1989, p.44), discute a complementaridade entre os modelos de Paulo Freire e Pichon-Rivière ao abordarem o tema *aprendizagem*. Segundo a autora o ponto de partida do psicanalista Pichon-Rivière se dá a partir da sua investigação sobre a doença mental e a relaciona com o transtorno do aprendizado compreendendo, a partir disso, o que acontece com o processo de aprendizagem. Enquanto Freire traz a aprendizagem como um problema político, sendo um denominador comum “tanto no que diz respeito à saúde como no que diz respeito à educação” (p.44).

[...] alguma coisa que em mim não sobra porque eu a tenho exatamente na medida correta, que é a compreensão da *politicidade* da educação [...]. A

preocupação pedagógica jamais aparece neutra, jamais aparece em *si*. A educação é sempre um momento político. (FREIRE, 2015, p. 174)

A leitura do livro *O Processo Educativo Segundo Paulo Freire e Enrique Pichon-Rivière* nos leva a concluir que ambos pensadores dão ênfase ao processo de educação como uma libertação da alienação, estabelecendo relações dialéticas em reflexão com o meio em que vivem estabelecendo a práxis como caminho para o conhecimento. Nesse livro, produto da transcrição de um seminário no qual Freire estava presente, Quiroga (1989) complementa seu pensamento em relação ao tema:

A aprendizagem é um problema político, o conhecimento é um problema político porque o que nos constitui como sujeitos cognoscentes, é sermos sujeitos de uma práxis. O fato de ser essencialmente sujeito da práxis é que define o homem como sujeito essencialmente cognoscente. [...] (QUIROGA, 1989, p. 44)

Ambos convergem ainda, de acordo com Quiroga (1989), no ponto em que concordam que a ordem social vigente e as relações nela estabelecidas geram modelos de aprendizagem que são internalizados, no intuito que os indivíduos deem continuidade a essa ordem, reproduzindo formas de pensamento e modos conceituais que possam garantir o desenvolvimento dessas relações sociais. Os sujeitos são constituídos também pelas relações sociais. Logo, a subjetividades do sujeito são um “problema histórico-social e político” (p. 45) e está diretamente implicado com seu modo de aprender.

Paulo, a partir dos problemas da alfabetização, chegou à educação de adultos; Pichon-Rivière, a partir do problema também de uma marginalidade, a do doente mental, chegou a descobrir que a única maneira de lutar contra a doença mental, de fazer prevenção, era promover a aprendizagem em toda sociedade, não exclusivamente no doente mental. (QUIROGA, 1989, p. 44)

Posto isso, o pensamento de ambos emerge do encontro dos sujeitos com a realidade em que se encontram de forma que possam romper ou elaborar obstáculos na estrutura social que se encontre submerso para que haja a promoção do aprendizado.

Segundo Afonso (2019) a “aprendizagem não se limita a ação de informações e pressupõe da capacidade de criar alternativas” (p.109). Para a autora, a aprendizagem surge quando conseguimos articular a informação recebida com o que fazemos, pensamos e sentimos. Essa afirmativa coaduna com o pensamento trazido por Paulo Freire e Pichon-Rivière conforme apresentaremos na sequência.

Uma das etapas primordiais para o desenvolvimento das inter-relações no grupo operativo pode ser destacada por Pichon-Rivière (2005) quando ocorre a integração da teoria e da prática numa práxis verdadeira, favorecendo a transformação dos esquemas conceituais e referenciais de cada indivíduo de acordo com sua participação na interação grupal, possibilitando a transformação da sua realidade e produção de vida (p. 131).

A concepção da aprendizagem como práxis permite-nos a possibilidade de conceber esse processo como um *aprender a aprender* e um *aprender a pensar* – concepção de caráter instrumental que se apoia numa teoria do pensamento e do conhecimento que opera num contexto social (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.162).

Com base nessa referência, podemos afirmar que o sujeito parte para uma teoria que dê conta da situação/problema da prática vivenciada, retornando à situação/problema com nova visão e capacidades. A este movimento de ação, teoria e reflexão, configura-se a práxis. Para Freire (1987) a práxis é a “reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (p. 21). Ainda com base nesse pensamento, o novo esquema conceitual e referencial grupal referido no processo grupal do Pichon-Rivière se organiza a partir da espiral dialética gerada nos grupos, que dá origem a uma nova lógica de pensamento e criando soluções alternativas frente a realidade existente.

Nos grupos operativos de aprendizagem, ao qual o objetivo coincide com o propósito do nosso estudo, a tarefa consiste na resolução das ansiedades relacionadas ao tema de modo a facilitar para que as informações sejam assimiladas produtivamente pelo grupo, tendo como meta principal esclarecer ansiedades trazidas pelos processos que estejam sendo vivenciados com a criação de novos esquemas referenciais (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 135).

Segundo Pichon-Rivière, (2005), durante o processo de aprendizagem enfrentamos algo novo que precisamos aprender e abandonamos outras formas de ver a realidade, mesmo que de modo inconsciente, sendo que quando esse processo ocorre num grupo, isso acontece de forma dialética, desconstruindo padrões dilemáticos que se constituem como obstáculos para a mudança (p.276-277).

A tarefa nos grupos operativos é de promover esse destravamento, situações de estancamento que impedem a transformação do indivíduo por meio da aprendizagem, sem o sentimento de perda dos antigos padrões que “fica deslocado diante da possibilidade de um aprender operativo” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 277).

Uma das direções assumidas pelo processo grupal é a “construção ou planejamento de um projeto” que consiste, como já dito anteriormente, em um “novo estilo de vida” na qual o

sujeito ao mesmo tempo em que é influenciado pelo ambiente se transforma em um “agente de mudança social” nas reações dialógicas e dialéticas nas quais está implicado (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 153).

À medida em que as pessoas vão se comprometendo com sua transformação por meio da práxis, sua realidade também vai sendo transformada passando por um “processo de permanente libertação” (FREIRE, 1987, p. 23). O autor ressalta ser essencial “a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia” (FREIRE, 1996, p. 48-49).

Nesse sentido, a aprendizagem possibilita a transformação da realidade dos cotidianos e a construção da autonomia. Essas percepções emergiram das falas das gestantes que geraram subcategorias que serão estudadas a seguir.

5.2.2.1 Subcategoria “Autonomia, autocuidado e cuidado com o outro”

Autonomia e autocuidado são “capacidades do sujeito, que o tornam apto a agir sob sua liberdade de escolha com o propósito do seu bem-estar” (p.50), de forma a desenvolver uma certa independência dos serviços de saúde, transformando as práticas hegemônicas biomédicas, que institui o curativismo e medicalização da vida numa lógica que atende aos interesses mercantilistas do sistema capitalista ao qual estamos submersos. Com o desenvolvimento da autonomia a pessoa assume a responsabilidade que vem com a liberdade da escolha, não delegando de forma deliberada ao profissional de saúde (ARAGÃO e ALVAREZ, 2020).

Sehnm e colaboradores (2020) corroboram com essa ideia enfatizando que a autonomia diz respeito a possibilidade das mulheres decidirem acerca de questões que influenciam seu modo de viver e agir de acordo com suas próprias escolhas.

A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. [...] Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, aos 25 anos. A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade. (FREIRE, 1996, p. 55)

A maior parte das relações entre profissional e gestantes ocorre de forma vertical, fazendo-as sentirem-se menos capacitadas em promover seu autocuidado e em fazer valer suas escolhas e desejos dificultando um diálogo mais participativo diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde. O acesso à informação sobre sua própria saúde e do

seu filho é um direito assegurado à gestante e a sua família fortalecendo sua capacidade de decidir sobre o cuidado do seu corpo (SEHNEM *et al.*, 2020).

Em concordância com o assunto discutido na categoria anterior, as abordagens horizontalizadas e dialógicas promovidas com base no estabelecimento do vínculo e escuta qualificada favorecem o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde e as gestantes, constituindo-se em um direito a elas assegurado, capacitando-as a tomar decisões sobre seu próprio corpo e cuidado (SEHNEM *et al.*, 2020), conforme podemos inferir nas falas abaixo.

Pra mim foi (importante) saber dessas coisas em relação aos alimentos processados e não processados, porque agora consigo até escolher melhor. Quando eu ter meu bebê, com certeza, eu não vou dar vinte colheres de açúcar pra ele (risos). (G2S)

É isso aí realmente o que ela falou, sobre a escolha do alimento agora, aí a gente já tem mais ou menos uma ideia do que vai escolher. (G1S)

Na percepção de Tavares e Rodrigues (2018) sobre os resultados encontrados em seu estudo, as gestantes se sentem com mais autonomia quando, em uma roda de conversa, têm liberdade para expressar sentimentos e opiniões em um ambiente dialógico, o que também favorece a compreensão dos temas abordados.

No entanto, o modelo hegemônico biomédico vigente, associado aos avanços tecnológicos e científicos empregados na assistência às gestantes e puérperas, tornou o processo natural de parto e nascimento em um procedimento hospitalar e médico-centrado convertendo o parto em uma doença e a mulher vista como uma paciente frágil e submissa e não protagonista da própria gestação e puerpério (BRASIL, 2014; ZIRR *et al.*, 2019), conforme era vivenciado antes da medicalização da assistência ao parto e ao nascimento, quando os partos ocorriam nos domicílios e se centravam no “fazer feminino, com reconhecimento no empoderamento e autonomia da mulher” e na tomada de decisões sobre seu próprio corpo, segundo Zirr e colaboradores (2019, p.2). O parto não era considerado um ato médico e era compartilhado por outras mulheres, as parteiras, que prestavam assistência, cuidavam da saúde da mulher, pré-parto, puerpério, doenças femininas e davam conselhos e orientações referente à questões sobre fertilidade e cuidados com o recém-nascido (PALHARINI e FIGUEIRÔA, 2018).

Os primeiros discursos sobre a necessidade de criação de maternidades no Brasil estiveram ligados diretamente a necessidade encontrada nos cursos para formação de parteiras e ao ensino médico, visto que até o final do século XIX o ensino de Obstetrícia era exercido de

forma precária “o que fez com que a maioria dos estudantes se formassem sem ter assistido a um parto sequer!” (MOTT, 2002, p. 200), consolidando dessa forma a institucionalização do parto no país.

Existiu também uma motivação humanista de caridade no cuidado as mulheres mais carentes, visto que não havia instituição pública que amparasse as mulheres pobres e gestantes, mas a principal motivação estava relacionada à crença de que a riqueza e o poder de uma nação estava diretamente proporcional ao número populacional de habitantes (MOTT, 2002) para que pudessem “suprir a falta da mão de obra, ampliar o contingente do exército e da marinha e preencher dos espaços vazios do Brasil” (LIMA, 1924, p. 46-48 apud MOTT, 2002, p. 201).

Nas primeiras décadas do século XX, os partos normais, na sua maioria, eram realizados pelas parteiras legais e diplomadas porém, começaram a aumentar o número de médicos realizando partos. O parto começou a ser visto como um procedimento médico e potencialmente perigoso; a obstetrícia com suas novas técnicas prometiam partos mais seguros e com menos sofrimento; os exames clínicos contavam agora com aparelhos de raios X, aparelhos e exames laboratoriais. Diante desses avanços existia o aconselhamento que os partos ocorressem nos hospitais em condições mais higiênicas, com aparatos, materiais esterilizados, equipes especializadas (MOTT, 2002).

Segundo Mott (2002) as maternidades e hospitais atendiam dois tipos de clientela: gestantes pobres e indigentes, as quais os partos normais ou complicados serviam para estudos clínicos de estudantes de Medicina e parteiras; gestantes abastadas que, em caso de complicação, tinham acompanhamento de médicos e/ou parteiras particulares. Mas as mulheres que tinham condições de ter uma melhor estrutura continuavam sendo atendidas em domicílio em caso de partos sem intercorrências.

A partir da década de 30, as recomendações começaram a se dar no sentido de que qualquer intervenção obstétrica deveria ocorrer nas maternidades, sendo necessário “vencer a natural relutância da família” (BRAGA, 1937, p. 1937 apud MOTT, 2002, p. 206) e aconselhar a gestante para tal. A justificativa era embasada pela necessidade de um ambiente que houvesse conforto para o obstetra, bem como a presença de uma equipe de enfermagem especializada para estabelecer cuidados baseados em conhecimentos de assepsia e antissepsia obstétrica e que pudessem prestar para as mães orientações sobre os primeiros cuidados com o bebê (SIQUEIRA, 1939, p. 15 apud MOTT, 2002, p. 206).

Posto isso, buscou-se esclarecer como a autonomia das mulheres no momento do parto foi afetada diante do percurso histórico acima evidenciado.

Segundo Zirr e colaboradores (2019) a carência de informações adequadas às mulheres sobre a maternidade e a precariedade das consultas de pré-natal fortalecem o fenômeno acima e levam a reflexão de que a consulta pré-natal é um espaço que não favorece o empoderamento da mulher no processo gestacional, sendo necessário assegurar a autonomia para que a humanização nas práticas da assistência pré-natal seja legitimada, conforme podemos inferir no trecho colocado abaixo.

Para assegurar a autonomia é preciso colocar a mulher no controle do trabalho de parto e nascimento, instrumentalizando-a para decidir ativamente sobre seu próprio cuidado, proporcionando-lhe um sentimento de segurança durante esse processo. Essas ações são fundamentais para que a mulher consiga identificar e decidir quais práticas assistenciais podem favorecer ou limitar sua autonomia. (ZIRR *et al.*, 2019, p.2)

Para os autores, os grupos de gestantes se constituem em espaços dinâmicos para realização da promoção da saúde de forma integral, complementando e dando subsídios às consultas no intuito de resgatar a autonomia das mulheres (ZIRR *et al.*, 2019). Para melhor informação e orientações às mulheres é preciso que se estabeleçam dentro dos modelos pedagógicos dialógicos e que sejam emancipatórios, partindo sempre das experiências das gestantes (SEHNEM *et al.*, 2020).

Os autores Rodrigues e colaboradores (2021) reforçam que as orientações prestadas pelos profissionais de saúde não implicam custos adicionais para o SUS, dependendo exclusivamente do protagonismo e mudanças de atitude destes profissionais.

5.2.2.1.1 Autonomia e direitos das gestantes durante o processo do pré-natal, parto e puerpério

A autonomia e empoderamento da mulher deve possibilitá-la fazer suas escolhas, bem como defender seus direitos. Assim, deve poder exercer seu poder de decisão durante os momentos de pré-natal, parto e puerpério sobre todas as dimensões, desde a escolha do local do nascimento do bebê e do acompanhante (BRASIL 2014).

Logo, para o estabelecimento de uma assistência humanizada qualificada ao parto, os profissionais devem basear sua atuação de forma a respeitar o processo fisiológico feminino, o que significa a não utilização de intervenções desnecessárias, reconhecimento dos aspectos socioculturais do parto e nascimento, oferecimento de suporte emocional à mulher e familiares e a disponibilização de métodos de alívio de dor não farmacológicos (MOUTA *et al.*, 2017).

Ao serem questionadas sobre temas que gostariam que fossem abordados em atividades de educação em saúde pelos profissionais das unidades de saúde emergiram algumas declarações como as que se segue:

Poderia ser isso, um plano de parto, a visita à maternidade, que também inclui, não inclui? Então, a visita a maternidade, o acompanhante que a gente pode ter, que nosso marido pode acompanhar a gente. (G7BV)

De forma semelhante ao encontrado no estudo de Rodrigues e colaboradores (2022), as declarações feitas pelas gestantes dos territórios do Salobrinho e Banco da Vitória demonstram a fragilidade de informações trocadas entre profissionais de saúde e gestantes com relação aos seus direitos, prejudicadas por não conhecerem os benefícios durante todo o período gestacional e a forma de reivindicá-los.

Um dos pontos que despertaram maior interesse pelas gestantes se referem a importância da participação do pai nas rotinas de acompanhamento pré-natal, bem como do parto e puerpério, sendo um diferencial positivo ao verificarem que tem esse direito contemplado na assistência prestada pela atenção primária à saúde, conforme podemos verificar em suas falas:

[...] Então gostei bastante, foi uma coisa que eu me surpreendi, gostei, muito, muito mesmo, do fato dele poder estar participando e tudo, que já me ajuda dentro de casa também, a entender quando os hormônios sobem, ele entende por causa dela (a enfermeira) ter explicado pra ele, em que isso poderia vim acontecer. São várias mudanças que a gente não tá acostumada acontecer com a gente, então... [...] (G2S)

[...] Aquela ansiedade em relação a isso, mas eu não acho que é uma coisa ruim porque eu consigo esclarecer aqui mesmo. Ela (a enfermeira) consegue tirar essas dúvida tanto minha quanto do meu esposo, porque às vezes ele fica com dúvida também, ele pergunta logo, gosta de tá participando disso tudo. É o primeiro filho da gente, então... é tudo... pergunta tudo, sobre tudo. (G2S)

Entretanto, no que se refere a garantia desse direito ao acompanhante nas maternidades, em nível hospitalar, o cenário se modifica e começam a surgir as dúvidas e anseios.

[...] por que homem não pode entrar na sala do parto, só apenas uma mulher, e nosso esposo não pode? Na maternidade daqui de Ilhéus, não pode entrar o companheiro homem, só pode ficar mulher. Homem, tipo, se for irmão, se for namorado, marido, não pode, só pode se for mulher. Caso eu não tiver minha mãe, não tiver minha sogra por perto, aí eu vou ter sozinha? (G7BV)

Muito importante porque tem muita mulher que nem mãe tem, né?! não tem nem família... (G6BV)

Conforme as declarações das gestantes a maioria delas escolhe o pai da criança como acompanhante, o que também foi encontrado no estudo realizado por Souza e Gualda (2016) que buscou conhecer a experiência de mulheres e de seus acompanhantes no processo de parto, realizado em uma maternidade pública do Paraná. O período no qual a gestação foi vivenciada por essas mulheres foi marcado por um momento no qual se instalou um quadro sanitário mundial da pandemia do COVID-19, o que fez com que algumas maternidades e hospitais adotassem o isolamento no momento do parto alegando ser uma medida de prevenção contra a doença.

Estrela e colaboradores (2020) ressaltam que os direitos das gestantes devem ser respeitados mesmo com cenários adversos e a medida acima citada diz respeito à não permissão do acompanhante antes, durante e após o parto, direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Então, em 2020, foi lançado o *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) que estabeleceu as seguintes orientações a serem seguidas durante a pandemia e ressaltando que seria uma medida transitória durante a vigência da pandemia, no intuito de não ferir os direitos das gestantes:

[...] os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante. Para as gestantes e puérperas assintomáticas e que não testaram positivo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante é aceita sem restrições. (BRASIL, 2021, p. 29).

Ainda segundo Estrela e colaboradores (2020) a presença do acompanhante é essencial para fornecer apoio para as mulheres, principalmente as primigestas, que é o caso da maioria das gestantes que estiveram no nosso estudo, sendo que, diante dos benefícios proporcionados seria de urgente necessidade que se repensassem as medidas voltadas a esse isolamento no momento do parto. Assim como verificado em outros estudos (SOUZA E GUALDA, 2016) a presença de uma pessoa conhecida propicia sensação de segurança e bem-estar emocional e físico, além de ser capaz de amenizar a dor, conforme relatada pela participante na fala descrita abaixo:

[...] a gente se sente confortável, saber que tem alguém ali do nosso lado que pode confiar. Minha mãe, por exemplo, teve um acidente, graças a Deus ela

ficou comigo esperando, mas se fosse um pouquinho a mais? Ela não poderia me acompanhar na sala do parto, acredito que daqui dois meses ela possa, mas antes ela não poderia. Então quem ia me acompanhar? Eu ia entrar sozinha? Em Itabuna eu não sei ainda se o esposo pode entrar junto com a gestante, mas aqui em Ilhéus não pode. (G7BV)

Outrossim, de forma a corroborar com essa declaração, as pesquisas (MITTELBACH E ALBUQUERQUE, 2022) também revelam que a ausência de acompanhante aumenta o desgaste emocional para as mulheres e o número de solicitações das puérperas para a equipe de enfermagem, especialmente as que foram submetidas a cesarianas. Essa proibição impacta de forma negativa nos primeiros momentos com seu filho, visto que se sentiram desassistidas pelos profissionais de saúde sobrecarregados e inseguras para o autocuidado e o cuidado de seu bebê, o que interfere diretamente na sua autonomia.

Estudos apontam (GOIABEIRA *et al.*, 2022) que após a implantação da Rede Cegonha se constatou um aumento por região geográfica da presença do acompanhante em tempo integral nas maternidades em comparação com o estudo “Nascer Brasil”, realizado em 2011, quando apenas 18,8% das mulheres tiveram esse tipo de acompanhamento. Predominantemente nas regiões Norte e Nordeste as mulheres foram privadas de ter esse acompanhamento no momento do parto. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, as mulheres pretas, de baixa escolaridade e solteiras, todavia, o estudo demonstrou que as mulheres pardas, com maior nível de escolaridade e casadas puderam ter o acompanhamento.

O estudo de Goiabeira e colaboradores (2022) constatou que o motivo principal das puérperas não terem acompanhante nas regiões Sul e Sudeste se deu por não ter quem as acompanhassem, todavia nas regiões Norte e Nordeste existiu uma proibição da maternidade, o que levou os pesquisadores a concluir que existe uma hierarquia socioeconômica e cultural, somado às inadequações estruturais das instituições relativas à questão da admissão dos acompanhantes.

Mittelbach e Albuquerque (2022) também chamam a atenção no seu estudo para um viés racial na seletividade para o direito ao acompanhante. Estudo esse que foi realizado com puérperas na cidade de Curitiba, Paraná, entre os anos de 2020 e 2021 e apresentou entre seus resultados o fato em que 86% das mulheres brancas puderam ter acompanhante de livre escolha em algum momento da internação para o parto e somente 33% das mulheres negras entrevistadas conseguiram autorização para exercer este mesmo direito.

Ao serem questionadas nos encontros sobre quais as orientações que acreditam que os profissionais podem contribuir para a saúde das gestantes surgiram demandas referentes ao Plano de Parto e a visita à maternidade. Esses pontos são importantes estratégias para garantir

a autonomia dos sujeitos, possibilitando a gestante a ser protagonista manifestando suas escolhas em relação ao seu próprio corpo e com relação ao nascimento do seu filho e merece ter atenção dos profissionais de saúde dos territórios. A participante abaixo demonstra sua preocupação afirmando que não tem respostas nas consultas individuais para essas questões conforme vemos a seguir:

[...] em relação a visita à maternidade, o que deve ser feito no plano de parto, o que não deve ser feito, quais as medidas que eu tenho que tomar...essas informações a gente não tem aqui...é mais mesmo a consulta, o que a gente tá sentindo, o que tá passando... é tipo o básico. (G7BV)

A falta de vinculação à rede de saúde do município pode ser percebida na declaração da participante abaixo que, por receio de como seria o fluxo de atendimento e por ter inseguranças e receio quanto à vida do seu bebê, demonstra preferir realizar seu parto no município vizinho:

[...] maior medo é da gente chegar lá e dizer que não tá no tempo ainda de ter o bebê mandar pra casa e a gente perder...várias questões de pessoas que disseram, no meu trabalho mesmo, que foram ter o bebe na maternidade daqui e o bebê tava morto já porque passou do tempo de nascer. Fez a primeira necessidade na barriga, engoliu a aguinha da bolsa e tal. Eu acho que eu vou ter o meu em Itabuna... exatamente por isso, porque algumas visitas que eu fiz na maternidade... por sentir dores... por não estar me sentindo bem... eu não fui bem recebida [...] (G7BV)

[...] Aí eu vou ter em nome de Jesus nessa maternidade aí. Eu vejo tanta gente falando dessa maternidade, mas a gente sente que a gente tá grave né. A gente sente, eu mesmo sinto medo, na hora do parto e tudo, mas a gente se pega com Deus, (G8BV)

[...] e tem muito caso que as meninas passam do tempo... as criança passam da hora de nascer...ocorre muito isso. Eu já tive isso na família já... por não ser atendida logo...a criança acabar falecendo. Aí tem mais assim porque vai...aí “volta pra casa”. (G6BV)

As gestantes dos territórios do nosso estudo relatam não ter realizado o Plano de Parto e a maioria até desconhecia a existência do mesmo. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Rodrigues e colaboradores (2022) em que a maioria das gestantes não realizou plano de parto e reflete a necessidade de identificar o motivo do baixo número de planos de parto realizados, como também necessidade de instrumentalização dos profissionais de saúde e das gestantes sobre o referido tema.

A escolha do tipo de parto é um direito, assim como receber informações sobre os possíveis riscos, benefícios e repercussões futuras decorrentes da sua escolha para que possa escolher com autonomia e segurança entre as duas vias de parto, mesmo em se tratando de gestação de alto risco (JUNQUEIRA *et al.*, 2019).

Uma atividade que pode ser programada e que estimula a construção do plano de parto da gestante é a visita à maternidade. Durante essa visita, as gestantes e os acompanhantes conhecem as dependências do hospital e recebem informações das rotinas da unidade e de métodos não farmacológicos para alívio da dor. É uma ação estratégica para que possibilita diminuir a ansiedade e insegurança em relação ao parto, aumentando o protagonismo da gestante com a definição do seu local de parto (BRASIL, 2014).

Apesar da vinculação da gestante à maternidade em que será realizado o parto estar regulamentada desde 2007 pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde e compreender um dos quatro componentes na qual são organizadas as ações de atenção à saúde da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), as gestantes declararam também não ter tido acesso a esse direito, conforme discurso abaixo de uma das participantes:

[...] eu tenho uma dúvida em relação ao o que eu ouvi no nosso primeiro encontro presencial, que a gente tem direito de visitar o hospital onde vai ganhar neném, eu não sabia disso e eu tenho muita dúvida em relação a isso e queria saber mais, entendeu? Tenho muita dúvida em relação a isso... como que faz pra chegar; se tem, vamos supor, que fazer um cadastro, esperar, enfim... tenho dúvida em relação a tudo nesse ponto, e eu gostaria muito de saber em relação a isso. Acho que já passa mais confiança né, e muita gente tá me perguntando “e aí, seu parto vai ser normal ou vai ser cesárea?” eu falo “não sei, ainda não sei”, aí a pessoa fala “ah, mas agora você tem um plano de parto, pode escolher”, mas eu acho que assim, como que eu posso dizer... vai da necessidade, do momento, não sei, e aí eu queria saber em relação a isso, ao plano de parto como é que é, como é que funciona. Essas duas coisas eu gostaria muito de ter essas informações em relação a isso. (G2S)

Da mesma forma, o estudo em que Livramento e colaboradores (2019) relatam a subcategoria “Visita à Maternidade”, na qual afirmam que encontraram como resultados de suas pesquisas que nenhuma das gestantes recebeu orientações relativas ao plano de parto, nem foi orientada/convidada a conhecer a maternidade em que iria realizar o parto. As decisões das gestantes sobre o local de parto se basearam de sugestões e preferências de amigos e familiares sem que a mesma tenha tido a oportunidade de escolher com base nas suas próprias percepções

e critérios. Apesar de regulamentada a vinculação da gestante à maternidade não consiste em uma realidade no município.

Outras questões levantadas relacionadas aos direitos das gestantes se relacionaram aos direitos trabalhistas, as quais suscitaram dúvidas e receios. O estudo de Junqueira e colaboradores (2019) salienta a importância dos profissionais de saúde durante as consultas pré-natal, chamando a atenção para que uma importante ferramenta para ser utilizada com informações sobre o período gravídico-puerperal e que deve ter sua leitura incentivada é a Caderneta da Gestante, por possuir informações importantes dentre as quais se destacam os direitos das mesmas.

A minha cunhada mesmo quando ela teve a neném, depois que ela teve, ela descobriu que ela tinha direito a várias coisas no período que ela tava grávida, que ela não sabia e que não foi atrás, e simplesmente foi deixando levar. E, por mais que a gente escute esse tipo de coisa ou veja na internet, sei lá "tal mãe tem direito a tal...", é diferente você ouvir de uma pessoa que conhece e tem propriedade pra falar sobre aquele assunto e explicar, né, porque poderia ter aquele entendimento maior. [...] eu não trabalho fora, eu trabalho pra mim mesmo, no caso, mas ainda assim é bom ficar sabendo das coisas, informação que agrega. E é uma coisa que a gente pode passar adiante também o conhecimento pra outra pessoa. (G2S)

As gestantes possuem direitos trabalhistas assegurados nas Normas Especiais de Tutela do Trabalho da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (BRASIL, 2017b) capítulo III, seção V, que trata da Proteção da Maternidade, artigo 391 a 400, bem como licença à gestante com duração de cento e vinte dias assegurada no artigo 7 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Outro fator que fere a autonomia das gestantes são as violências obstétricas e que também surgiram nas discussões dos grupos, conforme podemos inferir nas falas citadas abaixo:

Eu fui e disseram que era dor de facão... aí eu fui no...com Dr .(Médico) e ele disse que não, que eu estava machucada por dentro. Tanto que to passando remédio, tô passando remédio, tô passando pomada e melhorou. Então não era dor de facão. Sempre é assim diminuindo... dizendo que grávida sente dor mesmo, que grávida tem isso, e grávida tem aquilo e nunca procura uma solução. E foram várias poucos casos que eu fui atendida pelo médico e ainda ele não me orientou. Verificou que o batimento do bebê estava bem, mas não perguntou o que eu, a mãe, tava sentindo. Então, por esse motivo, eu vou ter ele na maternidade de Itabuna [...] (G7BV)

[...] E aí chega vem um fala “aah... mas não foi...não gostou de fazer?”. Sempre tem essa (inaudível). “Cês não gostaram, fique aí”. E eu também no caso dela também, eu tive um filho também, meu medo também... morto. Passei muita coisa na minha vida, mas eu tô aqui. (G8BV)

Importante considerar nesse momento uma definição de violências ao tratar das violências institucionais ocorridas nas maternidades que se encontra no *Caderno HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento*. O referido documento define violências como

“a invasão da autonomia, da integridade física ou psicológica e à vida do outro. No senso comum, entende-se pelo uso de palavras ou ações que constroem e machucam as pessoas, causam danos; o uso abusivo do poder, que resulta em ferimentos, sofrimentos, torturas e mortes” (BRASIL, 2014, p. 137).

Define ainda como violência institucional aquela que ocorre nos próprios serviços públicos por ação ou omissão, podendo assumir vários aspectos como, por exemplo, a peregrinação da gestante por atendimento; falta de escuta/tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, entre outros.

Apesar de serem feitos investimentos na humanização do parto e do nascimento, persiste ainda uma cultura estabelecida na relação profissional-usuário que discrimina e pune, sendo direcionada às mulheres, assumindo contornos autoritários e discriminatórios e que se constitui em desafios tanto para a transformação das desigualdades quanto para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo da mulher (BRASIL, 2014).

Junges (2018) sobre violência institucional em maternidades diz que existe uma cultura institucional de banalização dos desrespeitos e maus-tratos que reflete a própria banalização do sofrimento do paciente. Para Junges, estereótipos de classe, gênero e etnia influenciam na conduta profissional e resultam na invisibilização das pessoas que estão ali para serem acolhidas.

A questão étnico-racial é um desafio pois são as mulheres pobres, negras, pardas, indígenas e marginalizadas as mais atingidas pelas discriminações que acontecem também dentro dos serviços de saúde materno-infantil. Para Quintino e Faria (2020), essas mulheres estão na base da pirâmide hierárquica da reprodução e, por isso, não podem ser mães sem sofrerem ameaças ou vivenciarem violações. As autoras apontam as práticas de humanização da saúde durante a maternidade como uma porta de entrada para que as políticas públicas alcancem e cuidem dessas mulheres (QUINTINO; FARIA, 2020).

Cabe ressaltar, contudo, que a violência obstétrica tem se conformado como um fenômeno próprio e, mesmo atrelada ao debate das violências contra, principalmente, mulheres pobres, negras, pardas, indígenas e marginalizadas, parece estar longe de ser um consenso na sociedade. Santos (2021) resume a multiplicidade de conceitos já formulados: há aqueles que focam nas violações que ocorrem durante o parto, enquanto que “outros são mais abrangentes, envolvendo todos os processos que envolvam um sofrimento desnecessário imposto por profissional de saúde, desde o início da gestação até o pós-parto” (SANTOS, 2021, p. 25).

Essa discussão pode ser inserida em um debate mais amplo, visto que todos esses fatores se configuram num processo histórico de dificuldades de acesso das classes populares à justiça, além da morosidade, altos custos, escassez de defensores públicos, promotores, juízes e aspectos relacionados a própria estrutura (SADEK, 2014), apresentando-se como obstáculos a serem enfrentados. Apesar desses desafios relativos à estrutura física e dos custos estarem sendo superados com o advento da informatização dos processos judiciais, de acordo com o relatório do Conselho Nacional de Justiça publicado em 2022, existem no Brasil gargalos que consistem em uma relação de 1 magistrado(a) para cada 11.764 pessoas - a título de comparação, na Europa a relação é de 1 magistrado para cada 5.690 pessoas-, bem como uma taxa de congestionamento de 74,2% - que se refere a um “indicador que mede o percentual de casos que permaneceram pendentes de solução ao final do ano-base, em relação ao que tramitou” (p. 103) - ainda considerada alta (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022).

Outra adversidade que merece ser pontuada é referenciada no trabalho de Cruz e colaboradores (2020), o qual destaca os desafios da operacionalização e implementação de políticas públicas em contextos de vulnerabilidade social, onde se convive com os “impasses, sofrimentos e situações concretas de alienação dos direitos sociais e humanos”, demandando o estabelecimento da Intersetorialidade. Segundo o autor, “tal situação acarreta, em muitas ocasiões, cansaço por parte dos profissionais, pois se avolumam as necessidades de empenho e de dedicação no cotidiano de trabalho” (p. 372). Aponta também fragilidade no que tange aos profissionais em instituir a cultura do trabalho interprofissional, de forma a convergir o trabalho com os profissionais e de outros serviços.

Diante do exposto, as gestantes precisam ampliar seus conhecimentos acerca dos seus direitos conquistando empoderamento e autonomia para que possam usufruir dos benefícios garantidos por lei. O papel do profissional de saúde é contribuir com ações de educação em saúde que as auxiliem nesse processo de construção do conhecimento no sentido de qualificar a atenção no intuito de garantir integralidade e humanização da assistência pré-natal.

5.2.2.1.2 Autocuidado e cuidado com o outro

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que enseja a modificação progressiva do modelo de atenção centrado na doença para um modelo não fragmentado em que sejam incorporadas ações de promoção e prevenção articuladas com as ações curativas e reabilitadoras (BRASIL, 2013, p. 121). Dentre a promoção de saúde, destacamos a prática do autocuidado que favorece a manutenção da saúde dos indivíduos (SANTOS *et al.*, 2018).

Importante mencionar a associação encontrada no estudo de Souza e colaboradores (2018c) entre o perfil sociodemográfico da população e as práticas de autocuidado, o qual obteve como resultado que indivíduos com maior nível de escolaridade possuem maior adesão a essas práticas. Logo, é imperativo o estímulo dos profissionais à prática do autocuidado como parte do seu processo de trabalho no intuito de promover saúde.

O trabalho realizado por Silva, D. e colaboradores (2018), no qual seu objeto de estudo foram grupos operativos de gestantes, destaca na sua discussão a importância dos encontros grupais durante a gestação em uma melhor compreensão do processo gravídico, de forma a favorecer um melhor desenvolvimento do feto. Conhecer as necessidades em saúde das gestantes é considerar a importância da gestante na instituição do seu autocuidado. Os profissionais de saúde devem investir na estratégia grupal como uma forma de favorecer a aquisição da autonomia, aumentando assim sua capacidade de resolver situações-problemas.

[...] Alguns alimentos que, talvez lá na frente, eu daria, depois dessa reunião não vou dar mais [...]. E também as coisas que vai banana processada, também não acho muito legal não. (G7B)

Começar olhando mais o que a gente vai comer, pensar direitinho na alimentação mesmo, da gente em si mesmo, que a gente, às vezes, fica nessa correria, não presta atenção; no mercado, vai e pega qualquer coisa. (G6B)

Como G2S falou, que no início ela comprava várias coisas e agora ela pode analisar e perceber que talvez essas coisas não sejam tão necessárias (G3S)

Quando eu for fazer minhas compras, agora eu vou ler os rótulos (G7B)

Pode-se inferir nas falas acima a práxis estabelecida na ação-teoria-reflexão, proposta por Freire, quando as gestantes vislumbram a necessidade de colocar em prática o tema que foi trabalhado na tarefa do grupo remoto.

Faz-se mister a valorização das relações entre gestantes e profissionais que participam da assistência pré-natal, parto e puerpério, promover informações à gestante e sua rede de apoio,

de forma a possibilitar maior envolvimento, favorecendo a autonomia e autocuidado (RODRIGUES *et al.*, 2022).

Nessa lógica, um estudo de caso com puérperas que participaram de oficina educativa durante o pré-natal nos grupos operativos em uma ESF na cidade de Sete Lagoas (MG) buscou conhecer os significados do cuidado com o bebê na percepção das puérperas que participaram das oficinas. O estudo de caso, com abordagem qualitativa e natureza descritiva, abordou sete mulheres por meio de estrutura semiestruturada. A análise dos dados foi realizada pela Análise de Conteúdo, com base nos conceitos de Laurence Bardin se aproximando a técnica de análise utilizada nesta pesquisa. Como resultado, as participantes reconheceram os benefícios obtidos com a realização das oficinas, relatando o significado do cuidado do bebê como experiência incrível e amorosa. Os autores concluíram que a promoção do cuidado através das oficinas educativas favoreceu as práticas de amamentação, banho, cuidados com o coto umbilical, abordagem do engasgo e vacinação (MARTINS; RODRIGUES, 2017).

Logo, além da importância da instituição do autocuidado, podem ser realizadas estratégias que estimulem o interesse da mãe para cuidar de si e do bebê, sendo a amamentação uma das formas de cuidado que devem ser incentivadas (MAGALHÃES; BARROS, 2022). O pensamento da gestante na fala abaixo revela a preocupação do cuidado com o outro, expandindo e disseminando conhecimentos tornando-se um vetor multiplicador dos novos conhecimentos construídos nos encontros:

[...] chegar uma criança na minha casa, agora vou saber o que dar pra merenda, de uma forma que não seja prejudicial à saúde dela. Porque antes, com certeza, “quer um Toddyinho? quer um suquinho?” é a primeira coisa... é um Danoninho, difícil “ah, quer uma frutinha?”, a frutinha é por último. Se caso a criança não quiser comer nada “ah, dá uma frutinha”, como se fosse uma coisa pra amenizar quando a criança tá doente, “ah, dá uma frutinha pra ele”. Como que, tipo, deixa a frutinha por último de tudo. (G2S)

Similarmente, Mota e colaboradores (2021) realizaram estudo com gestantes em Salvador (BA) e constataram que a educação em saúde realizada em grupo estimula a autonomia das mulheres e favorece o entendimento da sua responsabilidade enquanto mãe, contribuindo para o empoderamento em relação ao seu autocuidado e ao cuidado com seu/sua filho/a.

O autocuidado está relacionado com a forma que indivíduo compreende sobre o que significa o cuidado e o cuidar de si, favorecendo a decisão da melhor maneira de agir para

promoção do seu autocuidado. As autoras Aragão e Alvarez (2020), colocam a necessidade de estabelecer estratégias na qual o sujeito seja protagonista na produção da sua própria saúde.

Estudos apontam (MOTA *et al.*, 2021) desconhecimento das gestantes sobre a preparação para o autocuidado no puerpério, demonstrando uma lacuna de informação/orientação que deveria ocorrer durante o pré-natal. Entretanto, nesta pesquisa, de forma similar ao trabalho produzido por Domingues, Pinto e Pereira (2018) no qual realizaram grupos de pré-natal com as gestantes em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Sorocaba, São Paulo, pode-se observar que o vínculo estabelecido no grupo além de cumprir com a construção do conhecimento, promoveu a necessidade do autocuidado, possibilitando mudanças favoráveis na atitude das gestantes.

5.2.2.2 Subcategoria “Informações e reflexões: o cotidiano das gestações”

Conforme discutido anteriormente, os autores Vieira e colaboradores (2020) afirmam ser de extrema importância que os profissionais estabeleçam a aproximação dos conhecimentos técnicos aos conhecimentos vivenciados pelos indivíduos dentro da sua realidade, trabalhando com temas relacionados ao seu cotidiano -a exemplo da dificuldade de acesso à saúde-, estabelecendo a práxis, em conformidade com o pensamento de Freire na valorização do processo de aprendizagem e construção do conhecimento desenvolvido a partir da interação da teoria com a prática, estimulando a reflexão sobre o ambiente ao qual o indivíduo está inserido. Os autores ressaltam a importância de uma aprendizagem significativa, visto que ao estabelecer significado os indivíduos “conseguem perceber a assimilação e ressignificação” (p. 8) dos conteúdos abordados, sendo impossível dissociar as relações estabelecidas entre os sujeitos e entre estes com o mundo.

Cabe aqui destacar o aporte da **Teoria da Aprendizagem Significativa** que, consoante Moreira (2012) - ancorado nas contribuições de David Ausubel, psicólogo estadunidense -, se caracteriza

pela *interação* entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos, e que essa interação é *não-litera*l e *não-arbitrária*. Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva. (MOREIRA, 2012, p. 2)

A teoria de aprendizagem significativa produzida por Ausubel se põe em harmonia com os conceitos trazidos por Enrique Pichon-Rivière e Paulo Freire, na medida em

que alude aos *saberes prévios*, valorizados por Freire e que são equivalentes aos *esquemas conceituais e referenciais operativos* (ECRO) iniciais descritos por Pichon-Rivière, referenciando que os mesmos, de forma análoga a este autor, são construídos e reconstruídos adquirindo novos significados a partir das interações ocorridas entre os sujeitos.

Ao se referir ao termo “ideia prévia” no seu trabalho, o autor (MOREIRA, 2012, p.2) esclarece que não se trata de qualquer concepção anterior, mas de “algum conhecimento especificamente relevante já existente na estrutura cognitiva do sujeito que aprende.” (p.2). Este conhecimento pode ser um conceito, imagem ou modelo mental ao qual David Ausubel (1918-2008) chamava de “subsunçor” ou “idéia-âncora” (p.2). A disposição de significados a novos conhecimentos depende da existência dos conhecimentos específicos estabelecidos previamente e da interação com eles.

De forma progressiva, o subsunçor vai ficando mais abrangente e rico em significados podendo facilitar novos aprendizados construídos a partir de sucessivos encontros com os conceitos em questão, sendo relevante para a aprendizagem significativa de novos conhecimentos.

Na busca por entender se as participantes conseguiram situar os novos conhecimentos na sua vida cotidiana e na realidade vivenciada, as mesmas foram indagadas em relação a se as informações discutidas nos encontros do grupo operativo fizeram sentido para o cotidiano delas. Através do conteúdo das palavras das integrantes do grupo foi demonstrada a contribuição dos temas abordados para instrumentação e reflexão das gestantes, permitindo escolhas assertivas no dia-a-dia vivenciado na gestação, reforçando de forma concomitante o conceito de autonomia:

Vai (ajudar) sim, na forma de conhecimento, do modo que eu vou lidar com a criança, do modo que eu vou alimentar a criança, do modo que eu vou saber a questão da mamadeira, sobre os cuidados com a mama, sobre tudo, sobre os conhecimentos mesmo, que cada um vai adquirindo pra colocar em prática quando a criança nascer, e agora também. (G5S)

Eu acho que sim, a gente acaba pegando algumas coisas que a gente não sabia. O dia (da discussão) do dente mesmo, a questão mesmo de levar a criança (ao dentista), que tinha gente que achava que era só quando (risos) já tinha dente. Eu não fazia a menor ideia, eu não sabia que tinha que levar logo recém-nascido, mas aquilo ali pra mim já foi uma experiência, porque eu já sei que vai ser uma coisa que eu vou mudar na minha vida. (G3S)

Hoje foi umas informações que ainda não tinha acesso, aí dessa forma você já contribuiu bastante, com certeza, [...] agora, pra mim, não se trata apenas do fato de eu tá grávida, entendeu? É todo mundo. Com certeza pra todo mundo faz bem, ter uma alimentação mais saudável. E às vezes... tipo, Mucilon

mesmo, “ah não, Mucilon é coisa boa”, a pessoa lê aquilo ali na frente [...] com aquele monte de vitamina (na frente do rótulo), ninguém vai olhar atrás pra ver a quantidade de açúcar que tem aí, bota e pronto. Acho que tá fazendo um bem danado. (G2S)

Logo, essas declarações demonstram uma reconstrução dos saberes prévios diante das reflexões induzidas por meio da interação grupal a qual demonstram que irão incorporar ao seu cotidiano. Nas falas abaixo pode-se entender que as trocas de informações fizeram parte de um aprendizado significativo mediante questionamentos já elaborados ou possíveis de serem elaborados em períodos posteriores, que irão compor o cotidiano das práticas no papel exercido na maternidade:

A forma de levar no dia a dia, porque a conversa ou a troca de informação seriam dúvidas que eu teria durante o dia. Então, “ah, como é que vou fazer isso? Como é que vou fazer aquilo?” e apesar de ter essa pequena reunião, todo mundo trocar suas experiências e tal, já é uma forma de dizer o que eu devo fazer lá na frente. (G7B)

Sim, é como eu falei anteriormente, porque ajudou bastante. Tinham coisas mesmo que eu não sabia e aqui eu ouvi e acabei aprendendo, porque não é tudo que a gente acha na internet. Você trouxe bastante informação, assim, que eu mesma tinha pesquisado e não tinha achado sobre. (G3S)

Eu sei que não é fácil, a gestante sente dor o tempo inteiro, tá com ânsia, tá com enjoo, mas a gente tem que [...] tirar um tempinho pra participar da reunião, porque através dessas informações que vamos dar uma didática melhor pro nosso filho, que vai vim...ou filha. (G7B)

[...] só tenho pontos positivos em relação aos nossos encontros e eu queria agradecer pela troca de informações, pela experiência [...], porque, como, várias vezes comentamos aqui, a nossa dificuldade em relação à alimentação, amamentação... então foi tipo, uma porta que se abriu e que a gente pôde entrar a fundo, ter novos conhecimentos e tal, então só tenho a agradecer a oportunidade. (G7B)

[...] Agora já sei que é uma coisa natural, e deixar acontecer natural vai favorecer muito quanto a mim quanto ao bebê. Muito importante, gostei bastante. (G2S)

É, na mudança dos hábitos, porque, às vezes, assim, a gente precisa de um incentivo, aí como tá tendo essas reuniões, por mais que a gente sabe o que a gente tem que fazer, às vezes quando tem aí essa ajuda sua, aí tem interação das meninas também, que fica uma ajudando a outra, já é um incentivo né, pra gente levar no dia a dia. (G5S)

Portanto, revelam-se nessas declarações que a abordagem com temas do cotidiano - conforme tratados nos encontros sobre amamentação, importância da alimentação da gestante

e do bebê, bem como relacionado a saúde bucal-, contribuíram para a reflexão crítica do conteúdo, uma vez que estão mediando discussões sobre as causas e consequências dessas e de outras situações advindas do cotidiano das gestantes.

Nesse sentido, os autores Maron *et al.* (2014) buscaram conhecer as motivações de mulheres e familiares de um município do Rio Grande do Sul (RS) para a participação em grupos operativos de gestantes e as repercussões ocasionadas por essa estratégia. Os grupos operativos aconteceram semanalmente ao longo de 1 mês e meio, totalizando 6 encontros, com duração de duas horas cada. Encontraram como resultado que os motivos para a participação se davam pelas dificuldades em relação ao processo gestacional e que o grupo se efetivou como um preparatório para a maternidade, espaço de diálogo e reflexão, construção de novas relações interpessoais, bem como mudanças de hábitos.

Um outro aspecto assertivo nas análises realizadas aponta a constatação de avanços no aprendizado em relação aos temas discutidos, onde é notável a percepção positiva das gestantes frente às informações técnicas inseridas nos diálogos. Importante destacar que, ao tecerem comentários sobre o fato de não saberem de alguns pontos que foram refletidos, estão se referindo ao conhecimento técnico.

Tudo, todos foram positivos. Teve coisas que eu não sabia, que passei a saber, e foi muito bom, muito bom mesmo. (G2S)

Todos os pontos discutidos são de extrema importância, porque conhecimento que não tínhamos conseguimos obter através dessa reunião. (G7BV)

Na verdade, eu aprendi, porque eu não tinha conhecimento nenhum sobre o que foi passado, então acaba que é uma coisa que eu vou usar no meu cotidiano, porque eu sei que isso é necessário. (G3S)

Eu também concordo, principalmente porque eu não sabia dessas coisas que foram passadas, não fazia a menor ideia, inclusive. (G3S)

Outro ponto relevante é levantado por Mesquita, Torres e Vasconcelos Filho (2022) que estudaram a percepção das gestantes sobre o pré-natal odontológico em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Crateús, no estado do Ceará. Os pesquisadores observaram em suas práticas que havia desconhecimento e desinteresse das gestantes na realização do acompanhamento odontológico durante o pré-natal. Os autores afirmam que as gestantes justificam a recusa em aceitar o tratamento devido ao medo e traumas atrelados. As principais causas desse afastamento referem-se a pouca informação e/ou distorção desta sobre os procedimentos realizados, sendo necessário a instrumentação das gestantes nesse sentido.

Eu não sabia que tinha que levar o bebê no dentista antes de ter dente, mas agora como eu já sei. (G5S)

Eu, na verdade, nem achava que tinha problema nenhum, tanto que até fiquei surpresa quando passei pela mulher lá que fiz o meu primeiro pré-natal. Daí falou que eu tinha que passar pela dentista, pela nutricionista. Nutricionista tudo bem, eu tô enjoando muito, mas dentista eu fiquei assim sem saber até agora né, aí eu quero saber isso aí mesmo, já que a aula é sobre isso, aí eu vou saber hoje. (G5S)

[...] você passou o creme dental, que inclusive eu já tinha em casa; mas só que, por conta de não ter as informações não fazia uso dele, fazia uso de forma irregular, junto com outros creme dentais, aí comecei a usar só ele, e consegui melhorar isso aí. [...] tem gente que tem... tipo, minha mãe, que sentiu dor em todos os dentes. Então eu acho que deve ter mais pessoas que sintam dessa forma por aí. E se tivesse um auxílio maior, com certeza... porque ela deduz o que seja, deduz, só que ela não teve um pré-natal odontológico, pra dizer assim “não, foi isso, isso e aquilo”. É tanto que ela me passou dessa forma “possa ser que sim, possa ser que não”, porque ela teve informação, assim, aleatória, de gente que já tinha mais conhecimento do que ela, né, só que pode ser uma informação que venha a ser verídica ou não, que ela não teve esse acesso ao conhecimento, esse suporte que eu tô tendo agora, que eu acho muito importante. (G2S)

Acima as gestantes declaram que não tinham conhecimento da necessidade de passar pelo atendimento odontológico assim como constatado pelo estudo anteriormente citado. Isso impacta diretamente o cotidiano das mulheres, visto que são evitados problemas relacionados à saúde bucal que envolve a saúde geral, parto prematuro e episódios de dor e favorece o estabelecimento de ações de promoção de saúde tanto para a mulher quanto para o seu/sua filho(a).

Então, isso foi um dos pontos que eu mais gostei, que, com certeza, não vou passando essa informação falsa a frente, [...] eu vou saber explicar o que de fato acontece. (G2S)

Verificamos acima que contribuição da aprendizagem a partir das reflexões em grupo podem favorecer também que as gestantes se tornem vetores de multiplicação das informações discutidas no grupo de aprendizagem, constituindo-se em importante fator para a promoção de saúde.

Então todos os tópicos são de extrema importância, principalmente da amamentação. Porque como eu disse, a maior parte da amamentação é um tabu ou então é romantizada. (G7BV)

Eu acho o tema importante. É como eu falei, a romantização ela é muito absurda em relação a amamentação, de que mulher que não consegue amamentar, é menos mãe do que as que conseguem, então acaba que prejudica já que o puerpério é uma parte muito difícil na gestação, na pós-gestação. Então, quando eu vejo algum curso, alguma coisa, tô vendo, assistindo. (G3S)

Das narrativas acima podemos extrair a importância do aprendizado construído com os temas abordados no grupo operativo para a redução de mitos e anseios. Como enfatizado anteriormente, a gestação e o puerpério são momentos significativos na vida da mulher que passa por diversas alterações de ordem biológica, subjetivas, familiares e sociais. Essas alterações podem causar impacto direto na saúde sendo um fator desencadeante para o sofrimento mental (BRASIL, 2013).

Então isso é muito importante[...] pra eu saber dosar as minhas expectativas. Por exemplo, que nem G3S falou, ela já começou desde antes a ter um acompanhamento... assim, trabalhar o psicológico dela, e eu não pensava dessa forma “ah, vou trabalhar meu psicológico”, até porque a gente nunca entende assim “ah eu tô precisando trabalhar meu psicológico” até ver que tá precisando e dizer “não, calma, respira, tá ultrapassando aí, tá muito ansiosa”. [...] Aí eu falei “não, tô muito ansiosa. Vou ter que dar uma pausa”. E, depois disso, fui com calma e consegui ver. Então acho que a questão disso também aqui, acho que a gente consegue trabalhar também a ansiedade da gente aqui porque, querendo ou não, quando a gente conversa é uma forma de terapia. Uma forma que ajuda muito, que a gente consegue expor nossa opinião, consegue desabafar, saber o que tá certo e o que tá errado. Então é muito importante, gostei bastante. Desde o início, quando você falou, eu falei “não, quero participar, que eu gosto”, e sabia que seria uma das maiores fontes de informação, como de fato é. (G2S)

Essa reflexão nos remete à proposta do grupo operativo, segundo Afonso (2019, p.9), que tem como fundamentação teórica a operação do grupo em 3 dimensões articuladas: a psicossocial, clínica e educativa; este grupo específico trazido na pesquisa deu maior ênfase ao componente relativo à educação em saúde, visto que a condução foi realizada por uma profissional odontóloga, não sendo, portanto, específica da área da psicologia. Porém, busca articular essas dimensões, conforme colocado pela autora supracitada, com objetivo de compreender a realidade de saúde e do ser humano como indivíduo biopsicossocial. Em suma, apesar do grupo ter objetivos mais voltados para a dimensão educativa é importante destacar que sempre existe co-relação com a dimensão terapêutica ou clínica (p.29).

A importância das reflexões construídas nos grupos impacta diretamente no cotidiano das gestantes, na medida em que, quando embasados em um modelo dialógico e com metodologias ativas que favorecem a participação das integrantes, contribuem para a redução

do parto prematuro e do baixo peso ao nascer, aumentando também as taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, dentre outras contribuições relativas a promoção de saúde. (SEHNEM *et al.*, 2020).

Assim sendo, as atividades dialógicas realizadas com as gestantes e seus familiares durante o pré-natal produzidas nos grupos operativos de educação em saúde, favorecem a construção do aprendizado de forma significativa, aproximando a teoria da realidade vivenciada pelas gestantes, o que vem a favorecer o estabelecimento de uma práxis e diálogos participativos no pré-natal, resultando em relações mais horizontalizadas entre gestantes e profissionais de saúde.

A partir de relações horizontalizadas podem emergir das gestantes o sentimento de empoderamento com relação ao cuidado com o próprio corpo, gerando autonomia e protagonismo, desconstruindo crenças limitantes arraigadas na sociedade, oriundas de um modelo hegemônico vigente centralizado em práticas curativistas, medicamentosas e hospitalocêntricas que visam atender a interesses mercadológicos.

É fundamental que o processo de aprendizagem em saúde para as gestantes seja, então, mediado por um modelo educativo que utilize uma concepção pedagógica de diálogo e respeito, partindo do conhecimento da realidade sociocultural, favorecendo as mulheres a construção de aprendizado e práticas condizentes com sua realidade, possibilidades e potencialidades (SEHNEM *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do tema relativo aos cuidados primários em saúde estar em pauta desde a década de 60 e uma série de políticas, programas e protocolos voltados para a assistência pré-natal, a partir da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, avanços importantes no intuito de assegurar acolhimento à mulher e a criança, com qualificação e humanização das ações voltadas para a gestação, parto e puerpério, são visíveis e faz-se cada vez mais necessário que os profissionais de saúde estejam em constante análise e avaliação das suas práticas para que as transformações necessárias se efetivem nos campos de ação.

É importante ressaltar o fato de que a presente pesquisa partiu da percepção das gestantes como ponto essencial e necessário no intuito de promover um melhor entendimento sobre o serviço oferecido. Os resultados trazem a perspectiva das gestantes sobre o cuidado estabelecido nas consultas individuais em que buscamos entender como percebem o acolhimento as suas demandas, vínculo e facilidade de acesso às consultas e que se constituíram como pontos positivos na avaliação das gestantes, o que favorece maior reflexão sobre a qualificação da atenção. As insatisfações relatadas contribuíram para evidenciar pontos que se tornam obstáculos para a promoção da integralidade das ações, como observado em alguns atendimentos mais prescritivos e, também, na dificuldade de acesso aos exames necessários e que necessitam ser discutido pelos profissionais.

Levando em conta os resultados encontrados na perspectiva das gestantes sobre as consultas individuais, assim como a necessidade de ampliar a capacidade de acesso e humanização relativas ao serviço de acompanhamento pré-natal, é que se confirmou a necessidade dos grupos de educação em saúde. A utilização das ferramentas digitais com efetivação dos encontros de forma remota como uma proposta de atenção viável em complementação aos cuidados já estabelecidos de forma presencial, atendendo inicialmente a uma demanda imposta pelo contexto sanitário de pandemia vivenciado do COVID-19 e demonstrou que também pode ser aplicada em outros contextos como forma de ampliar o acesso aos cuidados em saúde das gestantes.

Os resultados que emergiram em relação aos grupos remotos foram produtos da análise realizada com base nos vetores de avaliação dos processos grupais de Enrique Pichon-Rivière articulando com os a concepção pedagógica de Paulo Freire, o que proporcionou condições de identificar as possibilidades e limitações desse modo de atenção. Dentre os aspectos negativos podemos relatar a limitação no estabelecimento da comunicação não-verbal por meio das

expressões faciais e corporais e o impedimento ou interrupção da comunicação devido a problemas inerentes a conexão. Já entre os aspectos positivos percebe-se a facilitação para o estabelecimento da comunicação em situações que de outra forma seriam dificultadas ou até impossibilidade a participação diante de questões relativas a locomoção das gestantes. O diálogo e a troca de experiências foram percebidas de forma positiva sendo fundamentais na construção e reconstrução dos conhecimentos sobre os temas discutidos, reforçando e constituindo pontos de interseção da fundamentação teórica de Pichon-Rivière e Freire.

Por se tratar de um grupo com enfoque educativo, a aprendizagem foi ponto de destaque. As trocas dialógicas ocorridas entre as participantes e profissional de saúde sobre os temas discutidos estimulou que as mulheres compreendessem a necessidade de serem protagonistas nas decisões sobre o seu próprio corpo e de seus direitos desenvolvendo o sentimento de autonomia, autocuidado e cuidado com o outro, envolvendo desde o seu filho até outras pessoas. Por consequência, surgiram temas de interesse como plano de parto, visita a maternidade, direito ao acompanhante, direitos trabalhistas e violência obstétrica.

Enfatizo nesse momento, algumas limitações do estudo referentes a devolutiva adequada sobre esses temas de extrema relevância. Em primeira instância, há que se considerar o curto tempo limitado pelo prazo da pesquisa a ser realizada durante o período do mestrado e para o estabelecimento de parcerias com outros dispositivos que possibilitem acesso aos mecanismos de justiça, visto que os profissionais das equipes não se sentiam preparados para a demanda que surgiu nas discussões realizadas no território, sendo necessário o estabelecimento de processos formativos nesse sentido.

Somado a isso, apresento como dificuldades a serem transpostas a necessidade de rompimento de barreiras configuradas num processo histórico de dificuldades de acesso das classes populares à justiça e a necessidade de criação de fluxos e protocolos não estabelecidos no município, como plano de parto e visita a maternidade, que demanda ações de interlocução com a gestão.

Espera-se com esse estudo estimular a discussão acerca das práticas e abordagens do cuidado e educação em saúde em ações de promoção utilizando fundamentação teórica adequada com abordagens dialógicas, significativas, que promovam acolhimento e escuta qualificada no intuito de qualificar a assistência pré-natal, promovendo autonomia e melhora na qualidade de vida. Ao mesmo tempo, conclui com a reflexão de que ao evidenciar demandas que no momento não foram atendidas, mas que possam ser objetos de estudos futuros para a qualificação dos profissionais por meio da educação permanente, importa qualificar a

assistência e promover um cuidado ético e acolhedor baseado nas reais necessidades das gestantes do território.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2019.
- ALMEIDA, M. O.; PORTUGAL, T.M.; ASSIS, T. J. C. F. de. Gestantes e COVID-19: isolamento como fator de impacto físico e psíquico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 599-602, 2020.
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.
- ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019.
- ARAGÃO, Mariana Machado; ALVAREZ, Rocío Elizabeth Chavez. Autonomia/autocuidado: triálogo na atenção básica. *In*: PINHO [org] *et al.* **Saúde da família em terras baianas**. Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. p. 39 - 56.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, 8(14),73-91, 2004.
- BALSELLS, M. M. D. *et al.* Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 247-254, jun. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, J. C. O agente social nos grupos operativos e nos círculos de cultura. p.58-79. *In*: FREIRE P, QUIROGA AP. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. Petrópolis: Vozes. 1989. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/1622>. Acesso em: 30 set. 2022.
- BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.
- BECERRA, G. Enrique Pichon-Rivière: los orígenes de la psicología social argentina. **Revista latinoamericana de metodología de las ciencias sociales**, v. 5, n. 1, 2015.
- BRAGA, L. S. *et al.* Motivos que levam ao não comparecimento de gestantes em atividades educativas realizadas por uma estratégia de saúde da família na cidade de sete lagoas-MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 7, n. Especial, p. 29-33, 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [recurso eletrônico] - Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2022. Ebook (257 p.). Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoconstituicao/anexo/cf.pdf>. Acesso em: 30 de out. de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 569/2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. **Dispõe sobre acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 30 de out de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11634.htm. Acesso em: 30 de out de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013. Acesso em: 13 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, v. 183, n. 1, 2017a.

BRASIL. Senado Federal. **Consolidação das leis do trabalho – CLT e normas correlatas**. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017b. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/ct_e_normas_correlatas_1ed.pdf. Acesso em: 30 de out. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual De Recomendações Para A Assistência À Gestante e Puérpera Frente à Pandemia de Covid-19** [Recurso Eletrônico] – 2. Ed. – Brasília: Ministério Da Saúde, 2021.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 7, n. 1, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em números 2022 / Conselho Nacional de Justiça. – Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/09/justica-em-numeros-2022-1.pdf>. Acessado em 09 de nov. de 2022.

COSTA, F. P. *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde para a Rede Cegonha: Avaliação da Estrutura e Processo. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 10, n. 2, 2022.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Os processos educativos em grupos comunitários como caminhos para a promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional na Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 23, n. 2, 2020.

DANTAS, V. L.; LINHARES, A. M. B. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. *In: II Caderno de educação popular em saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 73-80.

DARON, V. Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. *In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 123-146.

DIAS, E. G. *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

- DINIZ, C. S. G. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Pós-Graduação em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.
- DOMINGUES, F.; PINTO, F. S.; PEREIRA, V. M. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 150–154, 2018. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i3a6. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/30648>. Acesso em: 11 set. 2022.
- DUARTE, M. de Q. *et al.* Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3401-3411, 2020.
- ESTRELA, F. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020.
- FARIA, Lina; GUIMARÃES, J. M. M. Diálogos com Paulo Freire sobre Envelhecimento e Educação: Roda de Conversa como Lugar de Produção de Conhecimento e Autonomia. In: BARROSO, A. E. S. B. *et al.* (Org.). **Velhices inéditas, envelhecimento e o estatuto do Idoso: diálogos com Paulo Freire**. 1ed.Itapetininga: Edições Hipótese, 2021, v. 1, p. 842-864.
- FARIA, L. *et al.* A saúde pública no Brasil: da educação sanitária à educação na saúde In: **Educação e Saúde na Atenção Primária: história e memória**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2022, v.1, p. 183-208.
- FAGUNDES, D. Q.; OLIVEIRA, A. E. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 223-243, 2017.
- FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. – 3.ed.. Artmed editora, 2008.
- FORTUNA, C.M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.
- FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 12ª Edição. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1979.
- FREIRE, P; SHOR, I. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso 27 de set. 2022.

FREIRE, Paulo. O sujeito no ato de conhecer. In: FREIRE P, QUIROGA AP. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. Petrópolis: Vozes. 1989. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/1622>. Acesso em: 30 set. 2022.

FREIRE, Paulo. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 1991.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, L. C. Pequena biografia de Paulo Freire. **Paulo Freire: memorial virtual**. 2012. Disponível em <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/3228>. Acesso em: 05 de nov. de 2022.

FREIRE, Paulo. **Educar com a mídia: novos diálogos sobre educação** (Paulo Freire e Sérgio Guimarães) - 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia dos sonhos possíveis** [recurso eletrônico] - 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GAÍVA, M.A.M.; PALMEIRA, E.W.M.; MUFATO L.F. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. *Esc Anna Nery*. 2017

GALLE, A. *et al.* Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. **BMC women's health**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2015.

GALLINERA, J. **The children think that if their parents manage to live like this, they can too: children's learning difficulties in Banco da Vitória/Ilhéus**, Brazil, 2013. Disponível em; <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:646270/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**: coordenado pela Universidade Aberta do Brasil–UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica–Planejamento e Gestão para o desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras**. Brasília: Região e Redes; 2015. (Nota Técnica, 5/2015).

GOIABEIRA, Y. N. L. A. *et al.* Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1581-1594, 2022.

GONÇALVES, A. K. The Real Impact of the Coronavirus Disease 2019 (covid-19) on the Pregnancy Outcome. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 303-304, maio 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032020000500303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2020.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: Tecendo saberes e práticas**. 2009. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG).

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 5

GRZYBOWSKI, L. S. *et al.* Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas. **Revista de APS**, v. 23, n. 2, 2020.

HIRATA, H. Cuidado: Teorias e práticas. *In*: ANGOTTI, B. A.; VIEIRA, R. S. C. (org.). **Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19**. – Joaçaba: Editora Unoesc, 2021. p. 31-40.

JUNGES, C. F. *et al.* Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, n.0, p.e2994, 2018.

LARÊDO, G. B. S. *et al.* Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do previne brasil. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, p. 1-12, 2022.

LEAL, N. J. *et al.* Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras. **Rev. Pesquisa (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 113-122, 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 823-835, 2021.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. 02 [Acessado 13 Junho 2022], pp. 483-491. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>>.

LIMA, J. R. *et al.* Estratégias de educação em saúde às gestantes e puérperas no enfrentamento à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

LIVRAMENTO, D.V. P. *do et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

LUCCHESI, R. *et al.* Uso do grupo operativo na atenção em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 823-832, 2014.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185-4195, 2020.

MAGALHÃES, M. S. S.; BARROS, M. M. A. Práticas de enfermagem de promoção à amamentação exclusiva na perspectiva da gestante na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10639-e10639, 2022.

MARON, L. C. *et al.* Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 519-528, 2014.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200098, 2020.

MARTINS, H. H. B. T.; RODRIGUES, M. S. O cuidado domiciliar do bebê sobre a ótica de puérperas que participaram de oficina educativa no pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 4, p. 22-22, 2017.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MEDEIROS, M.; SANTOS, F. A. dos. O conceito de Esquema Conceptual Referencial Operativo: ECRO e o processo de ressocialização de apenados: um estudo etnográfico-hermenêutico. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 4-22, jun. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2021.

MENEZES, K. K. P. de; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MENEZES, J. J. S. *et al.* Low-risk prenatal care: difficulty for pregnant women to perform prenatal care with the Nurse. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e912974497, 2020.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, p. 109-116, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2000.v4n6/109-116/pt>

MESQUITA, L. K. M.; TORRES, A. C. S.; VASCONCELOS FILHO, J. O. Percepções de gestantes sobre o pré-natal odontológico. **Cadernos ESP**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 49-56, 2022. DOI: 10.54620/cadensp.v16i1.570. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/570](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/570). Acesso em: 16 ago. 2022.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

MOREIRA, M.A. O que é afinal aprendizagem significativa? **Revista cultural La Laguna Espanha**, 2012. Disponível em: <http://moreira.if.ufrgs.br/oqueefinal.pdf>. Acesso em: 23 de out. de 2022.

MOREIRA, J. B. *et al.* Efeito do grupo operativo no ensino do autocuidado com os pés de diabéticos: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

MOTA, J. F *et al.* Saberes e Experiências de Gestantes sobre Autocuidado Puerperal e Cuidado do/a Recém-Nascido/A Mediante Práticas Educativas. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v35.41929. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/41929>. Acesso em: 22 out. 2022.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960. Projeto História, v.25, p.197-219. 2002.

MOUTA R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** 2017

NERY, J. *et al.* Grupo de gestantes virtual. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 12, n. 3, 20 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. D. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In: FREIRE P, QUIROGA AP. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. Petrópolis: Vozes. 1989. p. 27-39. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/1622>. Acesso em: 30 set. 2022.

OLIVEIRA, E. S. G. Paulo Freire e Pichon–Rivière: Aproximações Conceituais em torno da Educação e da Psicologia. **Vozes em Diálogo**, v. 2, n. 2, 2008.

OLIVEIRA, L.S. *et al.* Educação permanente em saúde como contribuição para atividades grupais com gestantes. In: OLIVEIRA, E.N. et al (org.). **Saúde e espaço social: a multirreferencialidade na produção de conhecimento**. Sobral: Edições UVA, 2019. p. 114-124.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social determinants of health**. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/un_platform_finaldc76b812-8164-4513-98ee-c7715edd0b28.pdf?sfvrsn=d4adf14_1&download=true. Acesso em: 20 ago. 2022.

PAHO. Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de Covid-19. **Paho**, 2022a. Disponível Em: < <https://www.paho.org/Pt/Noticias/7-2-2022-Servicos-Essenciais-Saude-Enfrentam-Interrupcoes-Continuas-Durante-Pandemia-Covid>> Acesso Em 11 de Setembro de 2022.

PAHO. Um terço das mulheres grávidas com covid-19 não consegue acessar cuidados intensivos que salvam vidas a tempo. **Paho**, 2022b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-um-terco-das-mulheres-gravidas-com-covid-19-nao-consegue-acessar-cuidados>>. Acesso em 11 de setembro de 2020.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela Covid-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2018.

PALMA, M. L. M. Enrique Pichon-Rivière e os Grupos Operativos. In: NECA/Associação de Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. **Projeto Inovações Metodológicas para o Trabalho Social com Famílias no SUAS**, p. 64-70, 2020 [Online]. Acesso em: 19 de out. de 2022. Disponível em: https://www.amures.org.br/uploads/1521/arquivos/1803395_caderno_de_textos_neca_trabalho_com_familias.pdf#page=62

PATTON, M.Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. 3 ed. London: SAGE, 2002.

PAULA, V. G. *et al.* Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização como estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Prática**, v. 7, n. 1, 2018.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista da SPAGESP**, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

PEREIRA, V. D. V. *et al.* A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 62890-62901, 2020.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1998.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, v. 18, n. 1, p. 77-82, 2017.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F.V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev Gaúcha Enferm.**, 2016; 37(esp):e2016-0029. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>.

QUINTINO; J. M. L.; FARIA, L. Violências de gênero, violações de direitos reprodutivos de mulheres gestantes em situação de rua e que usam drogas em Salvador. (p. 305-327). In: FARIA, L. (org.). **Violências e suas configurações: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais**. 1ª ed. – São Paulo: HUCITEC, 2020.

QUIROGA, A. P. de. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In: FREIRE, P., QUIROGA, A.P. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. Petrópolis: Vozes. 1989. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/xmlui/handle/7891/1622>. Acesso em: 30 set. 2022.

- QUIROGA, A. P. El universo compartido de Paulo Freire y Enrique Pichon Rivière. **Pañuelos en Rebeldía**, 2001. Disponível em: <https://xn--pauelosenrebeldia-gxb.com.ar/wp/wp-content/uploads/2020/05/Ana-Quiroga-El-universo-compartido-de-Paulo-Freire-y-Enrique-Pichon-Rivi%C3%A8re-2001.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2022.
- RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: Algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, 16,7-18, 2000.
- RODRIGUES, A. *et al.* Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS em revista**, v. 2, n. 2, p. 189-196, 9 jun. 2020.
- RODRIGUES, G. O. *et al.* Conocimiento, actitud y práctica de gestantes antes y después de una intervención grupal. **Enfermería Global**, 21(2), 235–273. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.478911>
- SADEK, M. T. A. Acesso à justiça: um direito e seus obstáculos. **Revista USP**, [S. l.], n. 101, p. 55-66, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i101p55-66. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/87814>. Acesso em: 30 out. 2022.
- SANTANA, T. C. P. *et al.* Dificuldades dos enfermeiros no atendimento ao pré-natal de risco habitual e seu impacto no indicador de morbimortalidade materno-neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e711-e711, 2019.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E.. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.
- SANTOS, E. I. dos; BARRETO, R. C. S.; CARVALHO, I. C. S. de. Pobreza multidimensional: uma análise espacial em Ilhéus–Bahia. **RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico**, v. 1, n. 39, 2018.
- SANTOS, T. O. G. *et al.* Práticas de autocuidado em saúde bucal de usuários do Programa Saúde da Família. **Revista Baiana De Saúde Pública** (Online), V. 42, P. 126-141, 2018.
- SANTOS, J. N. *et al.* **Desenvolvimento territorial e conflitos sociais no campo**. Seminário Gepráxis, Vitória da Conquista, BA. v. 7, n. 7, p. 2852-2867, maio, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229303591.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.
- SANTOS FILHO, S. B. dos; SOUZA, K. V. de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 26, núm. 3, 2021.
- SEHNEM, G. D. *et al.* Consulta de Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde: Fragilidades e Potencialidades da Intervenção de Enfermeiros Brasileiros. **Revista De Enfermagem Referência**, n. 1, p. E19050, 2020.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Ilhéus. 2017. Disponível em:
https://www.ilheus.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Plano_Municipal_0_2017?cdLocal=5&arquivo=%7BCA7C2E51-2BAB-A717-DC7C-48BEEEA0E515%7D.pdf

SILVA, D. D. da *et al.* Promoção do aleitamento materno no pré-natal: discurso das gestantes e dos profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

SILVA, M. A. M. *et al.* Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 1, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6406. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6406>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SILVA, A. L. M. *et al.* Os Impactos No Pré-Natal e na Saúde Mental de Gestantes durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão Narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, V. 34, 2021.

SILVA, L. A. da; SILVA, S. L. Q. da; ANDRADE, C. A. de. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRÉ-NATAL DO PROGRAMA PREVINE BRASIL NA APS. **Anais do II Congresso Nacional de Residências Em Saúde: resumos expandidos**: Volume 1 [recurso eletrônico] / coord. Andréa Telino Gomes- 1ª Edição – Triunfo: Omnis Scientia, 2022.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

SOLIMAN, F. E. S. Satisfaction of rural pregnant women as quality indicator of provided antenatal care. **International Journal of Scientific and Research Publication**, v. 5, n. 3, 2015.

SOUZA, R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade. **Texto Contexto Enfer**, v. 24, n. 1, e4080014, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>

SOUZA, S. A. L. de; SILVEIRA, L. M. C. da. (Re) Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 19-42, 2019.

SOUZA, R. C. de; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 92-97, 2003.

TAVARES, T. P. D.; RODRIGUES, M. S. Práticas Educativas no Pré-Natal. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, 2018.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, p. 777-796, 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2005, v. 39, n. 3 [Acessado 11 Novembro 2022], pp. 507-514. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>. Epub 30 Jun 2005. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.

VIEIRA, Silvana Lima *et al.* Diálogo e Ensino-Aprendizagem na Formação Técnica em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2020, v. 18, suppl 1 [Acessado 27 Setembro 2022], e0025385. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253>.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 949-962, 2017.

VINCHA, K.R. R.; BÓGUS, C. M.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Possibilidades de atuação profissional em grupos educativos de alimentação e nutrição. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

WAGNER, A. *et al.* Vulnerabilidades para gestantes e puérperas durante a pandemia da covid-19 no estado de Santa Catarina, Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p. 398 - 406, 25 jun. 2020.

ZIRR G.M. *et al.* Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **REME – Rev Min Enferm.** 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora:

A Senhora está sendo convidada como voluntária para participar da pesquisa intitulada **“PERCEPÇÕES DAS GESTANTES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS OPERATIVOS NA APS”**. Nesta pesquisa pretendemos analisar as percepções das gestantes acerca das estratégias de educação em saúde nos grupos operativos remotos no âmbito da APS.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: serão promovidos 4 encontros dos grupos operativos de gestantes, que se reunirão por meio de roda de conversa para trocas de saberes, informações e anseios, na tentativa de superar de angústias de forma compartilhada, bem como o estabelecimento de novos afetos e apoio, tendo como objetivo promover estratégias de cuidado e educação em saúde referentes ao período gestacional e compreender as percepções das gestantes sobre os temas abordados nos encontros. Ao final desses encontros será realizado um encontro de grupo focal, que é uma reunião onde, por meio de roda de conversa, são identificadas opiniões, percepções, expectativas, motivações do grupo. O Grupo Focal terá por objetivo compreender as percepções das gestantes sobre os grupos operativos remotos, bem como identificar as potencialidades e as fragilidades dos grupos remotos de gestantes realizados no território de abrangência da ESF Salobrinho I e II e da UBS Centro de Saúde Banco da Vitória, do município de Ilhéus. Bahia.

Os registros das falas das participantes serão gravados em áudio e vídeo, transcritos na íntegra e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Em decorrência da pandemia de Covid-19, o primeiro encontro ocorrerá presencialmente e os demais irão ocorrer de forma remota. O encontro presencial acontecerá na USF Salobrinho, localizado na Praça Santo Antônio, S/N, Salobrinho, Ilhéus/BA e na UBS Banco da Vitória, localizado na Rua Érica Alves, 30, Banco da Vitória, Ilhéus/BA, de acordo com o território em

que a Senhora se encontre cadastrada, em data e horário a ser definido. Será respeitado o distanciamento social, bem como será oferecido álcool gel e será exigido o uso de máscara. Caso não possa ou não queira comparecer pessoalmente ao primeiro encontro, terá a possibilidade de participar a distância, de forma virtual. Neste caso, será fornecido link de acesso a plataforma do Google Meet no mesmo horário em que acontecer a reunião presencial, bem como será disponibilizado link para leitura e assinatura do TCLE, que poderá ser acessado pelo endereço https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9VZ-RUQYGCHQsISNKe-DZpW1Ey4akgbG3q8W7OyW8N8DqCw/viewform?usp=sf_link.

O estudo trará como benefício para a população o retorno social e irá favorecer o trabalho das equipes de saúde da família por meio de maior entendimento da efetividade, potencialidades e fragilidades desses grupos, buscando o fortalecimento da estratégia de educação em saúde e na construção do vínculo dos profissionais da ESF com as gestantes do território, buscando minimizar os impactos causados pela epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica que: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, os riscos aos participantes poderão envolver constrangimento ou ansiedade gerados a partir da interação. Neste sentido, os grupos serão acolhidos pela pesquisadora e acompanhados por uma profissional Psicóloga. De todo modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da participação, estarão assegurados o direito à indenização e cobertura material para reparação do dano ou eventuais despesas para participação, pelo tempo que for necessário.

Para participar deste estudo a Senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Além disso, terá o esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados no final do estudo com seu consentimento e seu nome não será divulgado nas publicações.

Caso a Sra. tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo a qualquer tempo.

Pesquisadora Responsável – Tamine Habib Silva Camera Leal, domiciliada na Rua Itália, 2134, ap. 204, Bairro São Judas Tadeu – Itabuna – Bahia, contato: (73) 99911-0205, e-mail: taminehsc@hotmail.com.

Também em caso de dúvida, a Senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (CPE/UFSB). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O comitê de Ética em Pesquisa da UFSB está localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castello, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP – 45996-108 – Em frente ao Posto e Hotel Skalla. Horário de funcionamento: De Segunda – feira a Sexta – feira das 09h00 às 12h00 e de 14h00 às 17h00. Telefone: (73) 3291-2089 / 3292-5834. E-mail: cep@ufsb.edu.br.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, rubricadas em todas suas páginas, as quais serão assinadas, ao seu término, pela Senhora, assim como pelo pesquisador responsável. Uma das vias deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a Senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a Senhora e o material produzido nos grupos com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas. Ilhéus, ____/____/____.

Assinatura da participante da pesquisa ou Representante legal

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Planejamento dos Encontros, Fundamentação Teórica e Respetivos Roteiros.

REFERENCIAL TEÓRICO I: ALIMENTAÇÃO DA GESTANTE E DO BEBÊ

O estado nutricional da gestante influencia prognóstico da gestação, tendo grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê, visto que a gestação demanda grandes necessidades nutricionais que favoreçam o crescimento saudável do feto (BRASIL, 2012).

Devem ser incentivadas práticas de consumos de alimentos saudáveis como frutas, legumes, verduras, feijão, proteínas, em detrimento do excesso de alimentos industrializados com excesso de açúcar, sal, corantes artificiais e aromatizantes, sob o risco de desenvolver hipertensão, diabetes, doenças do coração e rins, causando ou aumentando o edema comum na gestação. Além disso, o excesso de peso favorece também partos prematuros, defeitos no sistema nervoso da criança e aumento do número de partos cesarianos (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, se fazem necessárias ações específicas para as gestantes realização de atividades educativas de prevenção a morbididades associadas à gestação, com destaque para “doenças hipertensivas específicas da gravidez, diabetes gestacional, anemia gestacional, obesidade e baixo peso” (BRASIL, 2009a, p. 38)

Mostra-se importante conhecer os rótulos e diferentes tipos de alimentos, de acordo com seu processamento, para escolher aqueles com menores teores de sódio e outros aditivos químicos. O acesso a alimentos adequados com a oferta de informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias (BRASIL, 2012).

A partir dos 6 meses, além do leite materno, outros alimentos deverão fazer parte das refeições da criança, tendo como base alimentar para toda família alimentos *in natura* ou minimamente processados. O excesso de alimentos com açúcar, sódio e aditivos químicos aumenta a chance de a criança desenvolver excesso de peso, diabetes e cárie (BRASIL, 2019).

ROTEIRO ENCONTRO 1: ALIMENTAÇÃO DA GESTANTE E DO BEBÊ

Objetivo: problematizar questões referentes a repercussão da alimentação na saúde da mãe e do bebê, no intuito de prevenir morbidades associadas à gestação bem como seu desfecho, favorecendo a escolha por alimentos mais saudáveis, buscando promover saúde.

Subtemas: instrumentalizar as gestantes com informações sobre os tipos de processamento dos alimentos, quantidade de açúcar e sal nos alimentos industrializados e sua repercussão na saúde da gestante e durante a vida do bebê.

MOMENTO 1:

Elaboração da proposta do dia (12 minutos)

Momento onde será explicado qual a tarefa que será realizada do dia e como se dará o encontro.

MOMENTO 2:

Roda de conversas com roteiro norteador de perguntas (30 minutos)

(solicitar antecipadamente que providenciem embalagem de alimento industrializado)

- Identificar ingredientes nos rótulos das embalagens que consideram ser naturais;
- Identificar ingredientes nos rótulos das embalagens que acreditam ser produtos químicos.
- Acreditam que a alimentação da mãe possa interferir no curso da gestação e na saúde do bebê?

De que forma?

- Quais as principais dificuldades que tem para se alimentar de forma mais natural? Como isso poderia ser contornado?

Atualização do tema: (9 minutos)

- Discussão da presença do açúcar, sal e aditivos químicos nos alimentos industrializados.
- Considerações sobre quantidade de açúcar e sal nos alimentos e como pode repercutir no curso da gestação e na saúde do bebe.

MOMENTO 3

Sistematização das informações (15 minutos)

Projetar fotos de alguns alimentos e retomar com as gestantes as considerações feitas anteriormente, refletindo sobre quais consideram produtos adequados ou não para o consumo da própria gestante e do bebê.

Avaliação (10 minutos)

1. Quais foram os pontos positivos desse encontro?
2. Quais os aspectos que consideraram como dificuldades ou pontos negativo?
3. Acredita que essa discussão possa auxiliar no seu cotidiano? De que forma?
4. Como vocês percebem que os profissionais de saúde podem contribuir com ações de educação e cuidado em relação à alimentação durante a sua gestação?

REFERENCIAL TEÓRICO II: AMAMENTAÇÃO

O leite materno é o alimento ideal para a criança, sendo muito importante nos primeiros 2 anos de vida, visto que é um período decisivo para seu crescimento e desenvolvimento, que geram repercussões ao longo de toda vida. É o único alimento que contém anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de infecções diversas como, diarreias, otites, infecções respiratórias e outras (BRASIL, 2019, p. 21)

A amamentação também é importante para a estruturação de laços afetivos, sendo um direito da mãe e do bebê. O exercício desse direito depende, porém, da participação de uma rede de apoio, envolvendo familiares, comunidade, empregadores, profissionais de saúde do Estado (BRASIL, 2019, p. 22)

Muitos são os desafios encontrados para a prática da alimentação adequada da criança, devendo se reconhecer e refletir sobre suas causas, contribuindo também para desenvolver senso crítico e cidadania (BRASIL, 2019, p. 189). Nesse sentido é importante a abordagem do indivíduo para se detectar “dificuldades existentes para futura adesão ao aleitamento” (BRASIL, 2009a, p. 33), na tentativa de buscar superação das mesmas

As reuniões em grupo são importantes no sentido de identificar conhecimentos prévios, crenças, experiências e condutas que a gestante possui em relação ao tema, oferecendo oportunidade de troca de experiências e informações sobre vantagens e formas de condução que facilitem a prática da amamentação (BRASIL, 2012)

É comum que haja trocas entre as gestantes e a comunidade e familiares que a cercam. Essa troca com pessoas em que confiam e possuem mais experiência é positiva e pode auxiliar no cuidado da criança. Deve-se ressaltar, entretanto, que cada experiência é única e o conhecimento sempre se atualiza, devendo haver também um suporte dos profissionais de saúde para esclarecer informações que sejam conflitantes para boas práticas (BRASIL, 2019, pág. 201)

ROTEIRO ENCONTRO 2: RODA DE CONVERSA SOBRE AMAMENTAÇÃO

Objetivo: refletir sobre a amamentação, suas dificuldades e receios, no intuito de detectar possíveis dificuldades na futura adesão ao aleitamento, na tentativa de buscar superação.

Subtemas: abordar os desafios presentes no retorno ao trabalho, refletindo também sobre a importância das redes de apoio.

MOMENTO 1

DINÂMICA INICIAL (10 minutos):

Utilizar como estratégia atividade de “Mito ou verdade” com afirmações as quais as gestantes irão avaliar e discutir em grupo de acordo com o que julgam ser mito ou verdade. Serão trazidas as seguintes afirmativas para discussão:

- Algumas mães produzem leite fraco.
- As fórmulas atuais são quase como o leite materno.
- Mamadeira e chupeta interferem no aleitamento.
- O bebê que mama no peito não precisa tomar água.
- Casca de banana e mamão ajudam a cicatrizar feridas nas mamas.
- Amamentação é um anticoncepcional.

As respostas que forem acordadas entre o grupo serão anotadas para que sejam retomadas no momento de sistematização.

MOMENTO 2

TAREFA (10 minutos):

Construção de quadro coletivo sobre o que consideram VANTAGENS (O que tem de bom...) e DESVANTAGENS (o que tem de ruim...) da amamentação.

Projetar em tela o quadro abaixo e ir acrescentando as questões trazidas pelo grupo.

Pensando sobre amamentação...	
O que tem de bom...	O que tem de ruim...
Com relação ao que penso de ruim, como posso melhorar?	

**Roda de conversas com roteiro norteador de perguntas (30 minutos)**

- O que sabe sobre a amamentação? A quem você recorre quando tem dúvidas sobre esse assunto?
- Quais as dificuldades e medos que tem/terá com relação a amamentação?
- Você acha que o aleitamento dificulta a volta ao trabalho? De que forma?
- Terá alguma rede de apoio, ou seja, alguém irá te ajudar no período em que estiver amamentando? Como gostaria que fosse essa ajuda?

Atualização do tema (4:43 minutos)

Exposição dos vídeos

Vídeo 1: Posições para amamentação. (Tempo: 2:30 minutos)

Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=yWte0rGZLXU>

Vídeo 2: Especial Amamentação: Por que o peito fere? O que fazer para melhorar quando machucar? (Tempo: 2:12 minutos)

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Eaxav7fh4P8>

MOMENTO 3**Sistematização das informações (6 minutos)**

Retomar as afirmativas utilizadas na estratégia de “Mitos e verdades” para que o grupo julgue após as discussões se a classificação feita anteriormente como mito ou verdade foi adequada.

Avaliação (10 minutos)

1. Quais foram os pontos positivos desse encontro?
2. Quais os aspectos que consideraram como dificuldades ou pontos negativos?
3. Acredita que essa discussão possa auxiliar no seu cotidiano? De que forma?
4. Como vocês percebem que os profissionais de saúde podem contribuir com ações de educação e cuidado em relação à amamentação durante a sua gestação?

REFERENCIAL TEÓRICO III: SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

O estado de saúde bucal da gestante influencia a sua saúde geral bem como a saúde geral e bucal do bebê, sendo que os problemas bucais mais comuns na gestação são a cárie dentária, a gengivite e a periodontite (BRASIL, 2012).

A alta incidência de cárie nas gestantes se dá por diversos fatores, que incluem o aumento da frequência de ingestão de alimentos, elevação da acidez bucal e devido a atenção menor que dão a saúde bucal, visto que a atenção, nesse momento se dirige para a gestação (BRASIL, 2012).

Com relação à gengivite, aproximadamente metade das mulheres que eram acometidas de forma pré-existente por essa doença apresentam um agravamento da mesma durante a gravidez, devido ao aumento dos níveis hormonais, em combinação com a mudança da flora bucal e redução da imunidade (BRASIL, 2012).

A periodontite é uma inflamação no periodonto causada por bactérias que produzem toxinas que causam bolsas infectadas. Esse processo pode induzir a produção de citocinas, prostaglandinas e interleucinas, que podem afetar a gravidez, com muitos trabalhos relacionando essa doença ao parto prematuro e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2012).

Logo, os profissionais de saúde precisam atuar na educação em saúde, estimulando o autocuidado do binômio mãe-filho, considerando que os bons hábitos serão extensivos ao futuro bebê, minimizando possíveis patologias, e desmistificando medos e mitos relacionados as alterações bucais e ao atendimento odontológico realizado durante a gestação (BRASIL, 2012).

ROTEIRO ENCONTRO 3: SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

Objetivo: a saúde bucal e suas repercussões na saúde geral da gestante e do bebê.

Subtemas: Doenças e agravos em saúde bucal que mais acometem a gestante, quais as repercussões desses agravos na gestação, traçar estratégias de prevenção junto às gestantes estimulando o autocuidado, discutir a importância do flúor presente na pasta dental e suas quantidades adequadas de acordo com a idade da criança.

MOMENTO 1

Dinâmica inicial: 12 minutos

Dinâmica inicial para “quebrar o gelo” na qual serão exibidas uma seleção de imagens para que os gestantes votem como estão se sentindo naquele momento com a seguinte pergunta: “Qual imagem ou GIF descreve seu humor?”

MOMENTO 2

Tarefa: roda de conversas com roteiro norteador de perguntas (30 minutos)

- Quais os principais problemas de saúde bucal podem acontecer com as gestantes?
- Acreditam que esses problemas podem trazer algum problema na gestação?
- O que causa e como posso prevenir a cárie na mãe? E no bebê?
- Quais as maiores dificuldades em se manter uma rotina adequada de higiene bucal?

Atualização do tema (9 minutos)

Exposição do vídeo: Gestantes precisam fazer o pré-natal odontológico (2:43’)
<https://www.youtube.com/watch?v=wtkhsqal8oe>

Aula interativa:

Demonstração da limpeza da boca do bebê que mama e da quantidade de pasta dental de acordo com a idade.

MOMENTO 3

Sistematização das informações (15 minutos)

Retomar as questões anteriores.

Avaliação (10 minutos)

1. Quais foram os pontos positivos desse encontro?
2. Quais os aspectos que consideraram como dificuldades ou pontos negativos?
3. Acredita que essa discussão possa auxiliar no seu cotidiano? De que forma?

4. Como você percebe que os profissionais de saúde podem contribuir com ações de educação e cuidado em relação à saúde bucal durante a gestação?

APÊNDICE C – Roteiro Grupo Focal



Introdução

Para uma melhor organização da dinâmica dos trabalhos do grupo, bem como aproveitamento e abordagem dos pontos principais, será utilizado roteiro norteador, constando perguntas semiestruturadas para abordagem dos vetores, que serão tomados como referência constituindo-se como indicadores do processo grupal, auxiliando a análise das dinâmicas na busca dos objetivos, sendo eles: “afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência” (FORTUNA *et al.*, 2005; SOARES e FERRAZ, 2007, p. 54).

As perguntas que constam no roteiro do GF foram estruturadas previamente com base nos vetores de Pichón-Rivière, que serão os indicadores que guiarão a pesquisa, ao passo em que trarão à tona a percepção das gestantes na correlação com os objetivos descritos nesse trabalho. As estratégias de cuidado e educação, bem como as potencialidades e fragilidades serão verificadas através de todos os vetores e a partir disso são criadas possibilidades de formular novas estratégias de ação nos grupos.

Serão avaliadas, então, de uma forma geral, as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e educação em saúde oferecidas nos grupos remotos na APS de acordo com os vetores de avaliação preconizados por Pichon-Rivière e levantamento de sugestões de melhorias para os próximos grupos.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO GERAL – baseado em Afonso (2019, p. 313).

Pertencimento:

- Sentiu-se confiante para conversar no grupo?

Comunicação:

- O grupo ofereceu a possibilidade de trocar experiências? Se sim, quais as experiências que foram compartilhadas?

Cooperação:

- A experiência do outro te ajudou de alguma forma?

Aprendizagem:

- As informações discutidas fizeram sentido para o cotidiano de vocês?

Tele:

- Confiou no grupo como um lugar para buscar diminuir seus anseios e dificuldades no processo da gestação?

Pertinência:

- As dúvidas que surgiram foram esclarecidas?

Avaliação com relação à coordenação:

1. Como a coordenação poderia melhorar sua atuação?
2. Quais foram os principais aspectos positivos dos encontros?
3. Quais os aspectos que consideraram como dificuldades ou pontos negativos dos encontros?

**APÊNDICE D - Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias - Gestantes da USF
Salobrinho – Encontro Presencial**

Unidades Significantes	Categoria	Subcategorias
(US1): Estratégias de cuidado, gestação e processo de trabalho	Ações de cuidado e educação em saúde na APS	Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS
		Acolhimento, Afetividade, Escuta qualificada
		Acesso facilitado para consultas e exames
		Importância da participação do pai nas rotinas de acompanhamento pré-natal
		Motivação para o autocuidado, protagonismo
(US2): Estratégias para qualificação do cuidado prestado durante o programa pré-natal na APS	Promoção de estratégias de educação em saúde no processo do pré-natal	Orientação das gestantes sobre possíveis intercorrências durante a gestação
	Promoção de estratégias que visem informar sobre os direitos das gestantes durante o processo do pré-natal, parto e puerpério	Ações de educação sobre os direitos na gestação, parto e pós parto

**APÊNDICE E: Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias - Gestantes da UBS
Banco da Vitória – Encontro Presencial**

Unidades Significantes	Categoria	Subcategoria
(US1): Estratégias de cuidado, gestação e processo de trabalho	Ações de cuidado e educação em saúde na APS	Percepções das gestantes sobre o cuidado na APS
		Acolhimento, Afetividade, Escuta qualificada.
		Dificuldade de acesso na marcação de consultas e exames
(US2): Estratégias para qualificação do cuidado prestado durante o programa pré-natal na APS	Promoção de estratégias que visem informar sobre os direitos das gestantes durante o processo do pré-natal, parto e puerpério	Ações de educação sobre os direitos na gestação, parto e pós parto
	Receio das gestantes no momento do parto	Necessidade de Humanização nos serviços de atendimento à gestante

**APÊNDICE F: Unidades Significantes, Categorias e Subcategorias - Gestantes da UBS
Banco da Vitória e ESF Salobrinho I e II**

Unidades Significantes	Categoria	Subcategorias
(US3): Vetores de avaliação da Teoria de Grupo Operativo de Pichon-Rivière	Pertencimento	Acolhimento e escuta
	Comunicação	Baixa participação
		Dificuldade devido à problema com celular
		Diálogo e Trocas de experiências
	Aprendizagem	Autonomia, auto cuidado e o cuidado com o outro
		Informações e reflexões: o cotidiano da gestação
	Tele	Diminuição da ansiedade
	Cooperação	Falta de cooperação entre os participantes
	Pertinência	Sensibilização e esclarecimento para novas dúvidas

ANEXO A- Termo de Anuência Institucional

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHÉUS
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ilhéus, concorda com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**PERCEPÇÕES DAS GESTANTES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NOS GRUPOS REMOTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, sob a responsabilidade de Tamine Habib Silva Câmara Leal, cirurgiã-dentista da ESF Salobrinho I e aluna do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAÚDE/UFSB), e sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Lina Rodrigues Faria, docente do PROFSAÚDE/UFSB, a se realizar durante os anos de 2021 e 2022, com as gestantes cadastradas e acompanhadas no território adscrito da Estratégia de Saúde da Família Salobrinho I e II e na unidade básica de saúde Centro de Saúde Banco da Vitória, município de Ilhéus, Bahia, após a devida aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia.

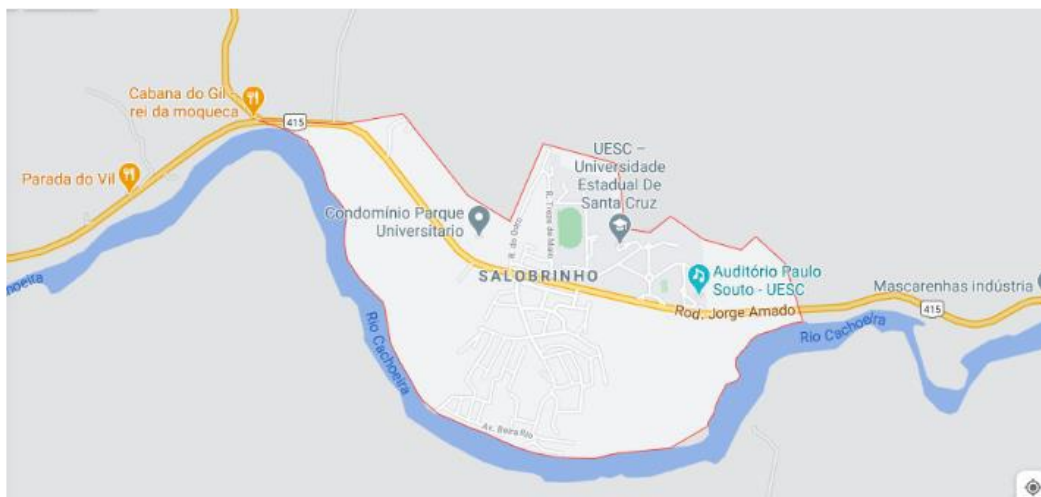
Ilhéus, 31 de AGOSTO de 2021.


André Luiz Cezário Campos
Secretário Municipal de Saúde

André Luiz Cezário Campos

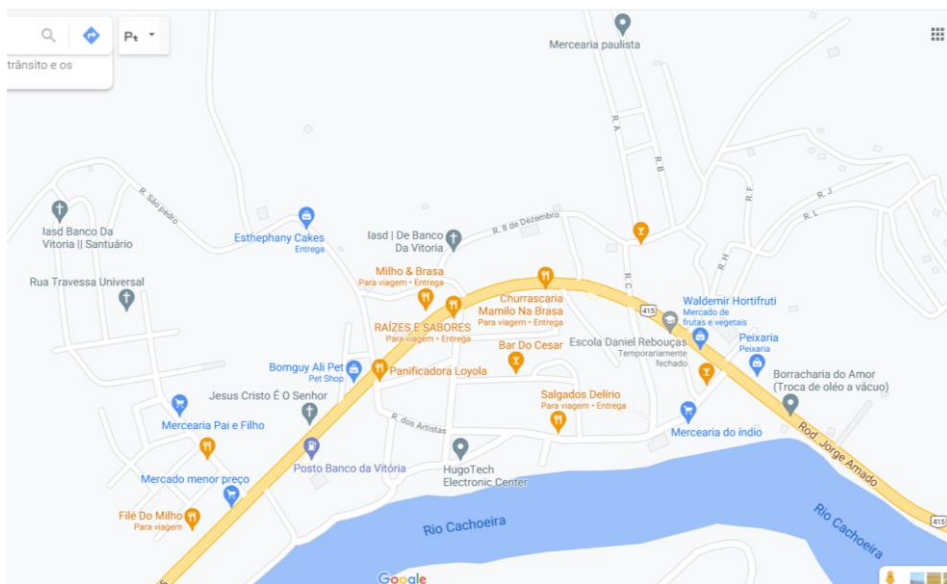
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B - Mapa Território ESF Salobrinho I e II



Fonte: <https://www.google.com/maps/place/Salobrinho>

ANEXO C - Mapa Território UBS Banco Da Vitória



Fonte: <https://www.google.com/maps/@-14.7803506,-39.1021195,17z?hl=pt-BR>

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
SUL DA BAHIA - UFSB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DAS GESTANTES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS OPERATIVOS NA APS

Pesquisador: TAMINE HABIB SILVA CAMERA LEAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53735621.0.0000.8467

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.282.952

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto"; Objetivos da Pesquisa"; Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa (27/01/22) e/ou do Projeto Detalhado (27/01/22). Trata-se de um protocolo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAUDE da UFSB. Esta versão busca atender as seguintes pendências:

Pendência 1: Termo de anuência da psicóloga que irá acompanhar a coleta de dados ou inseri-la na equipe de pesquisa.

Pendência 2: Anexar os 3 roteiros que nortearão os encontros.

Pendência 3: Orçamento

Pendência 4: Critérios de Inclusão

Pendência 5: link do TCLE para quem não vai participar do encontro presencial

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções das gestantes sobre as estratégias de cuidado e de educação em saúde nos grupos operativos remotos no âmbito da APS.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A
Bairro: Bairro Monte Castelo **CEP:** 45.996-108
UF: BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS
Telefone: (73)3291-2089 **E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 5.282.952

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TEIXEIRA DE FREITAS, 09 de Março de 2022

Assinado por:

Ana Paula Pessoa de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

Bairro: Bairro Monte Castelo

CEP: 45.996-108

UF: BA

Município: TEIXEIRA DE FREITAS

Telefone: (73)3291-2089

E-mail: cep@ufsb.edu.br