



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE DA
MULHER: INTERVENÇÕES EM NÍVEL COMUNITÁRIO COM GESTANTES**

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Brasília, março de 2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE DA
MULHER: INTERVENÇÕES EM NÍVEL COMUNITÁRIO COM GESTANTES**

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de Brasília, como requisito
parcial à obtenção do título de Doutora em
Psicologia Clínica e Cultura.**

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, março de 2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB238d Barbosa, Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Desenvolvimento de tecnologias sociais na área da
saúde da mulher: intervenções em nível comunitário com
gestantes / Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Barbosa; orientador Tereza Cristina Cavalcanti
Ferreira de Araujo Araujo. -- Brasília, 2016.
225 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica
e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. ensino na saúde. 2. saúde materna. 3.
comunicação. 4. empoderamento. 5. educação
comunitária. I. Araujo, Tereza Cristina Cavalcanti
Ferreira de Araujo, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**INSTITUTO DE PSICOLOGIA****Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

Tese de doutorado aprovada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia

Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais - Membro

Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS / Universidade Católica de Brasília - UCB

Profa. Dra. Marília de Queiroz Dias Jácome - Membro

Faculdade de Ciências e Saúde - Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Profa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Membro

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Oviromar Flores - Membro

Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Áderson Luiz da Costa Junior - Suplente

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia

Universidade de Brasília - UnB

Brasília, março de 2016

DEDICATÓRIA

A toda minha família, especialmente a minha mãe, Nice,
meus filhos Vítor e Marinice, pela compreensão a mim
transmitida para a elaboração desta tese.

Às mulheres desta pesquisa, por sua sensibilidade às questões
afetas à melhoria da saúde materna.

AGRADECIMENTOS

A consecução de um trabalho científico requer vários olhares e mãos, por isso não faltam agradecimentos a muitos que de algum modo contribuíram para elaboração desta tese que é o coroamento de uma trajetória de numerosos encontros profícuos.

Agradeço à Profa. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira pelo incentivo, há algum tempo atrás, para meu ingresso no doutorado do Projeto Pró-Ensino na Saúde da Universidade de Brasília (UnB), e por ter aceito participar de minha banca examinadora. Meus imensos agradecimentos por seus sábios ensinamentos nas aulas, nos diálogos sobre a indicação de técnicas para aplicação nas oficinas educativas, e nas sugestões dadas por ocasião do exame de qualificação.

Agradeço à Profa. Patrícia Maria Fonseca Escalda pela oportunidade de participar do grupo de pesquisadores das investigações sob sua coordenação na área de saúde materno-infantil, subsidiadas pelas agências de fomento à pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF) e pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PRÓ-SAÚDE/PET/Saúde), projetos todos desenvolvidos junto à Faculdade de Ceilândia (FCE) da UnB. Meus sinceros agradecimentos por ter apresentado a mim sua concepção do projeto que gerou esta tese de doutorado, por todas as orientações dadas para desenvolvimento da pesquisa de campo, pelas aprendizagens construídas em suas aulas, por todo apoio dado ao longo do meu caminhar no curso do doutorado.

Agradeço à Profa. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo por ter me acolhido como orientanda, por todo seu respaldo propiciado para a minha chegada ao fim do doutoramento, por seus ensinamentos nas aulas e orientações, alertando sempre a cuidados esmerados quanto à cientificidade e à formatação editorial para adoção neste trabalho.

Agradeço ao Grupo Gestor do Projeto Pró-Ensino na Saúde da UnB, nas pessoas das Profas. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Diana Lúcia Moura Pinho, Elizabeth Queiroz e Gardênia da Silva Abbad, por todo empenho colocado na formação de seus mestres e doutores, por seu espírito de pioneirismo e de determinação para promover a produção do conhecimento no ensino na saúde.

Agradeço aos meus colegas de turma do Projeto Pró-Ensino na Saúde com quem tive a alegria de assistir aulas, pensar juntos, produzir trabalhos e formar novas visões. Meu especial agradecimento à Denise de Lima Costa Furlanetto pela amizade e pelas palavras de estímulo para a conclusão deste trabalho.

Agradeço aos professores / pesquisadores que prontamente aceitaram o convite para compor a banca examinadora desta tese: Áderson Luiz da Costa Junior, Alessandra da Rocha Arrais, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Marília de Queiroz Dias Jácome e Oviromar Flores.

Agradeço à direção, aos colegas professores, aos técnicos e aos motoristas da minha FCE da UnB, por todo o apoio técnico-operacional na realização desta pesquisa. Meus cordiais agradecimentos aos motoristas Carlos André Ferreira Silva, Delano Pereira Maia, Fábio Luis de Jesus Soares, José Ribamar de Souza, Manoel Claudio de Lima e Marcelo Félix Elias, pela disponibilidade para tantas idas e vindas em dias de sábado ao local da pesquisa.

Agradeço às mulheres de movimentos sociais locais de Ceilândia que colaboraram tanto com o recrutamento das gestantes e das mulheres após o parto para fazerem parte desta pesquisa como com sua participação nas oficinas em dinâmica de grupo: Iracema Gomes da Silva e Lucineide Maria da Silva do projeto social Luz do Amanhecer, e a promotora legal popular Magnólia Maria José Gomes.

Agradeço às auxiliares de pesquisa por sua contribuição ao desenvolvimento das oficinas e dos grupos focais: Jeane Kelly Silva Santos e Fabiana Maria Bezerra Barbosa.

Agradeço à psicóloga Karine Wlasenko Nicolau, por sua revisão dos roteiros de discussão dos grupos focais e por colaboração na condução dos referidos grupos.

Agradeço a Késia Rodolfo de Queiroz, Sara Ketlen Maria da Silva e Zilmar Alves Franco de Melo, pelo apoio logístico para a realização das oficinas e dos grupos focais.

Agradeço ao geógrafo Rafael de Castro Catão, pela elaboração do mapa de Ceilândia, destacando o SHSN e a posição geográfica de suas unidades básicas de saúde de referência.

Agradeço à minha prima Gertrudes Meireles Gomes por sua ajuda no tocante à construção de tabelas e à digitação e formatação geral desta tese.

Agradeço aos meus colegas da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nas pessoas das minhas amigas Cícera Borges Machado e Lindélia Sobreira Coriolano, que contribuíram para a minha formação profissional em serviço, e mesmo distantes, sempre ajudaram e torceram pelo meu sucesso no doutorado.

Agradeço a todas as pessoas aqui não citadas, mas que direta ou indiretamente colaboraram nesta minha jornada acadêmica.

Por último, mas não menos importante, agradeço a Deus por ter permitido meu encontro com as oportunidades e as pessoas anteriormente mencionadas, a mim tão especiais, para encorajar e auxiliar na concretude deste trabalho.

Uma mulher é a história dos seus atos e pensamentos, de suas células e neurônios, de suas feridas e entusiasmos, de seus amores e desamores. Uma mulher é, inevitavelmente, a história de seu ventre, das sementes que nele foram fecundadas, ou não, ou deixaram de fazê-lo, mas aquele momento é o único que ela é deusa. Uma mulher é a história do pequeno, do trivial, do cotidiano, da somatória dos silêncios. Uma mulher é sempre a história de muitos homens. Uma mulher é a história de seu povo e de sua raça. E é a história de suas raízes e de sua origem, de cada mulher que foi alimentada pela anterior, da qual nasceu: uma mulher é a história de seu sangue. Porém é também a história de uma consciência e de suas lutas interiores.

Uma mulher é também a história da sua utopia.

História de mulher, Manuela Serrano

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.

Organização Mundial da Saúde

Ser mãe não é uma profissão; não é nem mesmo um dever: é apenas um direito entre tantos.

Oriana Fallaci

RESUMO

Assegurar a atenção integral à saúde reprodutiva, em tempo oportuno e de forma aceitável, por meios das ações de promoção à saúde, proteção, assistência e recuperação da saúde, contribui expressivamente para o bem-estar das mulheres e a redução da morbimortalidade materna e da infantil. Dentre os muitos determinantes sociais das mortes maternas e infantis, destacam-se a educação, a renda e a participação social. A restrição de acesso a esses bens sociais compromete o bem-estar materno e eleva o risco da morbidade e mortalidade materna e da infantil, especialmente em populações vulneráveis, representando um grande problema de saúde pública. Nas regiões de condições socioeconômicas desfavorecidas, as tecnologias baseadas no modelo biomédico da saúde, centrado na prevenção de doenças e na responsabilização individual, não são suficientes para produzir impactos desejados na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. Desse modo, torna-se importante o desenvolvimento de intervenções tecnológicas sociais, com a perspectiva da promoção da saúde, em nível comunitário junto às gestantes visando à melhoria da saúde materna. Assim realizou-se uma pesquisa-ação emancipatória com o objetivo geral de elaborar, aplicar e avaliar uma tecnologia social específica na área da saúde materna, com mulheres residentes no Setor Habitacional Sol Nascente, uma localidade de alta vulnerabilidade social, situado em Ceilândia, uma das regiões administrativas do Distrito Federal. No primeiro momento da intervenção formaram-se três grupos de 32 gestantes, em encontros de sessões educativas de oficinas em dinâmica de grupo, abordando temas da saúde da mulher e da criança. No segundo momento da investigação, quatro meses após o primeiro, desenvolveram-se dois grupos focais, com um total de 15 mulheres no seu período pós-parto, sendo um constituído de mulheres que haviam participado da etapa anterior e o outro não. Para a construção do perfil sociodemográfico das mulheres estudadas, foram utilizados dados da ficha B GES do Sistema de Atenção Básica em Saúde e do cartão da gestante. Participaram da pesquisa mulheres nulíparas, primíparas e múltíparas, com idade entre 15 e 42 anos. Foi feita avaliação comparativa dos grupos focais, visando identificar as contribuições da construção do conhecimento compartilhado, a partir de relatos de gestantes e pesquisadores acerca de questões relacionadas à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, na indução de práticas transformadoras na promoção do bem-estar da mulher e na prevenção da mortalidade materna e da infantil. Os relatos dos grupos foram submetidos à análise de conteúdo. Destacam-se alguns resultados dos grupos de oficinas: desconhecimento de direitos da gestante por uma parte das mulheres; profissionais com perfis comunicacionais distintos, uns que incentivam à participação, e outros com deficiências de habilidades comunicacionais; abusos verbais dos profissionais de saúde. A análise dos dois grupos focais identificou o cumprimento parcial de direitos da gestante em todas as etapas da linha de cuidados maternos e infantis, sobretudo em relação ao direito de acesso a informações e orientações. Mais relatos de situação de empoderamento foram evidenciados em mulheres egressas das oficinas educativas. Recomendam-se pesquisas que avaliem o empoderamento ao longo da evolução do ciclo gravídico-puerperal e os fatores que o favorecem em relação ao desenvolvimento de tecnologias sociais de intervenção na área da saúde materna.

Palavras-chave: ensino na saúde, saúde materna, comunicação, empoderamento, educação comunitária

ABSTRACT

Ensuring full care to reproductive health in a timely and adequate manner through the promotion of health, protection, assistance and recovery of health, contributes significantly to women's well-being and the reduction of maternal and child mortality. Among the many social determinants of maternal and child mortality, education, income and social participation stand out. Restricting access to these social goods risks the maternal well-being and increases the risk of maternal morbidity and child mortality, especially in vulnerable populations, which represents a major public health problem. In regions deprived of socio-economic conditions, the technologies based on a biomedical health model that is centered on disease prevention and individual responsibility are not enough to produce the desired impact on improving maternal and child health indicators. Thus, it becomes important to develop social technological interventions having as a goal the perspective of health promotion at the community level towards pregnant women, and aiming at improving maternal health. So we held an emancipatory action research with the overall objective to develop, implement and evaluate a specific social technology in the area of maternal health, with resident women at the Setor Habitacional Sol Nascente, a place of high social vulnerability, situated in Ceilândia, one of the administrative regions in the Federal District. At first, three groups of 32 pregnant women were formed during the educational workshop sessions for the group dynamics. They addressed women and children's health themes. During the second stage of the investigation, four months after the first, two focus groups were developed with a total of 15 women in their postpartum period, and one of the groups was made up of women who had participated in the previous step. Record data from the B GES Primary Health Care System and the pregnant card were used for the construction of the socio-demographic profile of the women studied. The participants were nulliparous women, primiparous and multiparous, aged between 14 and 41 years. A comparative evaluation of the focus groups was made to identify the contributions of the construction of shared knowledge, using reports of pregnant women and researchers on issues related to women's health during pregnancy and puerperal period in the induction of transformative practices in promoting the well-being of women and prevention of maternal and child mortality. The reports of the groups were subjected to content analysis. Some of the workshop results were: the lack of knowledge of pregnant woman's rights by some women; professionals with different communication profiles, some who encourage participation and others who have disabilities concerning communication skills; verbal abuse from health professionals. The analysis of the two focus groups identified the partial fulfillment of the pregnant woman's rights in all of the line steps of maternal and child care, especially regarding the right of access to information and guidance. More women who participated in the educational workshops have reported situations featuring empowerment. It is necessary further research to evaluate the empowerment throughout the evolution of pregnancy and puerperal cycle and the factors that favor the development of social technologies of intervention in maternal health.

Keywords: health learning, maternal health, communication, empowerment, community education

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	vi
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	xvi
LISTA DE FIGURAS	xvii
LISTA DE SIGLAS	xviii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E INOVAÇÃO: ARTICULAÇÃO DE SABERES EM TECNOLOGIA SOCIAL APLICADA À SAÚDE 11	
1.1 Comunicação e Saúde.....	13
1.2 Educação em Saúde	21
1.2.1 Perspectiva Histórica.....	23
1.2.2 Educação Comunitária	27
1.2.3 Empoderamento	32
1.2.4 Educação Popular em Saúde	35
1.3 Avaliação de Intervenção Educativa	38
1.4 Inovação em Saúde	44
CAPÍTULO 2 - MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL: CONHECER PARA EVITAR.....	53
2.1 Mortalidade Materna e Infantil	53
2.1.1 Situação Epidemiológica.....	53
2.1.3 Evitabilidade das Mortes	63
2.1.4 Invisibilidade das Mortes Maternas	67
2.1.5 Violação dos Direitos Humanos	68
2.2 Cuidados Integrais de Atenção à Saúde Materno-Infantil	71
2.2.1 Rede Cegonha	71

2.2.2 Atenção Básica: Acompanhamento das Gestantes	78
2.2.3 Ações Educativas.....	80
CAPÍTULO 3 - PESQUISA DE CAMPO.....	86
3.1 Objetivos.....	86
3.1.1 Objetivo Geral.....	86
3.1.2 Objetivos Específicos.....	86
3.2 Método.....	87
3.2.1 Local de Estudo.....	87
3.2.2 Participantes.....	89
3.2.3 Instrumentos.....	95
3.2.4 Oficinas e Grupos na Abordagem da Técnica Qualitativa.....	95
3.2.4.1 Fase 1: Oficinas em Dinâmica de Grupo.....	95
3.2.4.2 Operacionalização das Oficinas em Dinâmica de Grupo.....	96
3.2.4.3 Fase 2: Grupo Focal.....	104
3.2.4.4 Operacionalização dos Grupos Focais.....	104
3.2.5 Tratamento dos Resultados das Oficinas e dos Grupos Focais.....	110
3.2.6 Equipe de Pesquisa.....	112
3.2.7 Cuidados Éticos.....	112
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	113
4.1 Oficina do Grupo 1.....	113
4.2 Oficina do Grupo 2.....	120
4.3 Oficina do Grupo 3.....	129
4.4 Grupos Focais.....	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS.....	152
ANEXOS.....	175
Anexo A. Estrutura de Análise dos Determinantes da Mortalidade Infantil.....	175

Anexo B. Modelo de Análise dos Determinantes da Mortalidade Materna	176
Anexo C. Marcos da Política da Saúde Materna	177
Anexo D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	178
Anexo E. Técnicas das Sessões das Oficinas.....	179
Anexo F. Dramatizações do Grupo 1	180
Anexo G. Diálogos da Dramatização de um Pré-Natal Humanizado.....	184
Anexo H: Percepção das gestantes sobre a atenção ao parto, nascimento e puerpério .	189
Anexo I. Estrela de Cinco Pontas para Reflexão	190
Anexo J. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	191
Anexo K. Parecer do Comitê de Ética à Emenda do Projeto.....	192
Anexo L. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Pré-Natal.....	194
Anexo M. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Parto.....	195
Anexo N. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Puerpério e à Criança ...	196
Anexo O. Pré-natal: Direitos da Gestante Contemplados.....	197
Anexo P. Pré-natal: Direitos da Gestante não Contemplados	198
Anexo Q. Trabalho de Parto: Direitos da Gestante Contemplados.....	199
Anexo R. Trabalho de Parto: Direitos da Gestante não Contemplados	200
Anexo S. Parto e Nascimento: Direitos da Puérpera e da Criança Contemplados	201
Anexo T. Parto e Nascimento: Direitos da Puérpera e da Criança não Contemplados..	202
Anexo U. Período Puerperal: Direitos da Puérpera e da Criança Contemplados	203
Anexo V. Período Puerperal: Direitos da Puérpera e da Criança não Contemplados ...	204
Anexo W. Atenção à Saúde Infantil: Direitos da Criança Contemplados.....	205
Anexo Y. Atendimento à Saúde Infantil: Direitos da Criança não Contemplados.....	206
Anexo X. Aspectos Positivos e Negativos na Avaliação da Atenção Materno-Infantil.	207

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELAS

Tabela 1. Mortalidade materna no mundo, Brasil, DF e Ceilândia	57
Tabela 2. Óbitos maternos e infantis no DF e em Ceilândia, de 2010 a 2014.....	57
Tabela 3. Número e percentual de óbitos maternos por estabelecimento público e privado de ocorrência, DF, 2010 a 2014	58
Tabela 4. Número de óbitos maternos segundo número de consultas de pré-natal e trimestre gestacional de início do pré-natal, DF, 2010 a 2014	59
Tabela 5. Número e proporção dos óbitos maternos obstétricos, DF, 2014	61
Tabela 6. Número e proporção de nascidos vivos por unidade de saúde e tipo de leito, DF, 2014	76
Tabela 7. Perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres convidadas e participantes dos grupos focais.....	107
Tabela 8. Número e percentual de desfechos favoráveis, desfavoráveis e sem classificação dos grupos focais	139
Tabela 9. Número e percentual de desfechos favoráveis e desfavoráveis dos grupos focais	140

QUADROS

Quadro 1. Marcos históricos da comunicação nas políticas de saúde do Brasil	20
Quadro 2. Áreas e unidades básicas da ESF do SHSN, Ceilândia, DF, 2014	90
Quadro 3. Gestante convidada por grupo e trimestre de gravidez.....	93
Quadro 4. Gestante por grupo e por sessão das oficinas	94
Quadro 5. Tema por sessão das oficinas dos grupos 1, 2 e 3.....	97
Quadro 6. Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 1	98
Quadro 7. Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 2	99
Quadro 8. Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 3	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama: campo da comunicação, educação, avaliação e inovação.	11
Figura 2. Diagrama: saúde e bem-estar.	51
Figura 3. Taxa de mortalidade infantil no Brasil, de 1990 a 2013.....	56
Figura 4. Percentual de óbitos infantis evitáveis por tipo de evitabilidade, Brasil, 2014. ..	65
Figura 5. Percentual de óbitos infantis evitáveis por tipo de evitabilidade, DF, 2014.	66
Figura 6. Unidades básicas da ESF do SHSN, Ceilândia, DF.....	79
Figura 7. Procedência das mulheres pesquisadas nas oficinas e grupos focais.	105
Figura 8. Categorias de comunicação nas encenações de consulta de pré-natal.	114
Figura 9. Categorias de comunicação por personagens: gestante e médica.	115
Figura 10. Uso de perturbadores da comunicação por personagens: gestante e médica. ..	116

LISTA DE SIGLAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
- CS – Centro de Saúde
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DF – Distrito Federal
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FCE – Faculdade de Ceilândia
- HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília
- HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
- HRB – Hospital Regional de Brazlândia
- HRC – Hospital Regional de Ceilândia
- HRG – Hospital Regional do Gama
- HRP – Hospital Regional de Planaltina
- HRPa – Hospital Regional do Paranoá
- HRS – Hospital Regional de Sobradinho
- HRSa – Hospital Regional de Samambaia
- HRSM – Hospital Regional de Santa Maria
- HRT – Hospital Regional de Taguatinga
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MCTI – Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação
- ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
- PET – Programa de Educação pelo Trabalho
- PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNEPS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde
RC – Rede Cegonha
RMM – Razão de Mortalidade Materna
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SHSN – Setor Habitacional Sol Nascente
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UMSS – Unidade Mista de São Sebastião
UnB – Universidade de Brasília
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa recorre a tecnologias sociais no âmbito da educação em saúde, visando contribuir para a melhoria dos cuidados com a saúde materna e, conseqüentemente, para prevenção de mortes, tanto de mulheres no ciclo gravídico-puerperal como de fetos e recém-nascidos, sobretudo no período neonatal. Trata-se de uma investigação da área do ensino da saúde que constitui um dos aspectos abordados pela educação em saúde. Em seguida, após a apresentação desta pesquisadora, serão mostradas as justificativas de cunho científico, social e profissional para a produção deste trabalho.

Durante meu percurso de formação acadêmica e experiências profissionais, chamou-me a atenção o caráter evitável da maioria das mortes maternas e infantis bem como o potencial transformador da educação em saúde para a prevenção desses óbitos. A referida constatação inspirou-me na elaboração da atual investigação sobre o desenvolvimento de ações educativas com grupos de gestantes.

Vivenciei situações em que aspectos relacionados ao tema desta pesquisa inquietaram-me em vários momentos de minha trajetória educacional, seja, durante a faculdade de medicina, residência em medicina preventiva e social, especialização em epidemiologia, mestrado em saúde pública, ou no curso de atualização em medidas para melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. Esta última capacitação, realizada no Japão, mostrou intervenções, na promoção da saúde da mulher e da criança em país de alta renda, que poderiam ser adaptadas para regiões em desenvolvimento.

No ano de 1999, quando participei do referido curso de atualização, a razão de mortalidade materna (RMM) e a taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil eram, na mesma ordem, aproximadamente, quinze (RMM de 92,3 contra 6,1) e oito (TMI de 27,7 contra 3,4) vezes mais elevadas que as registradas na população japonesa (Ministério da Saúde, 2016a, 2016b; World Health Organization [WHO], 2016a). Os relatórios técnicos nipônicos realçavam o lado positivo do indicador de mortalidade infantil, descrevendo que dentre 1.000 crianças japonesas nascidas vivas por ano, para a expressiva maioria (996), suas famílias tinham a oportunidade de comemorar o aniversário de um ano de vida.

Na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, pelos diversos serviços em que atuei, o de vigilância epidemiológica, epidemiologia, políticas de saúde, análise de situação de saúde, e, especialmente, o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna,

conheci as estatísticas dos óbitos maternos e infantis que muito me impressionaram por sua significativa magnitude. Quando coordenei o Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, evidenciei a importante redução de mortes infantis por doenças imunopreveníveis nos municípios e regiões do país que alcançavam elevadas coberturas vacinais, conforme os parâmetros percentuais preestabelecidos.

Mais recentemente, ao ingressar como docente na Universidade de Brasília (UnB), a vida acadêmica propiciou-me oportunidades para desenvolver atividades de ensino, extensão e pesquisa na área de saúde materno-infantil, na abordagem tanto da vigilância dos óbitos maternos e infantis como da promoção em saúde, incluindo ações educativas para melhoria da saúde materno-infantil.

Ressalta-se que contribuiu, ainda, para a minha motivação profissional, na direção de desenvolver este estudo, o fato de que esta pesquisadora (Barbosa, 2011), ao coordenar projeto de extensão da Faculdade de Ceilândia (FCE) da UnB sobre o atendimento dos serviços públicos de saúde às mães e crianças, em 2010, em seis unidades básicas de saúde de um total de onze existentes em Ceilândia, identificou fragilidades importantes na qualidade desse atendimento. Dentre os resultados obtidos, destacam-se: longo tempo de espera para consulta na unidade de saúde, não cumprimento de horário pelos profissionais de saúde, e espaço do consultório sem ambiência para acolhimento de acompanhante das gestantes e mães.

Os resultados do projeto de extensão supracitado, assim como os indicadores epidemiológicos sobre a mortalidade materna e infantil no país, no DF e em Ceilândia, além das diretrizes da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foram apresentados na primeira oficina em dinâmica de grupo de uma série de quatro oficinas sobre saúde materno-infantil realizadas na FCE – UnB, em 2011, com a participação de mulheres de movimentos sociais locais, incluindo as promotoras legais populares de Ceilândia. Os produtos dessas intervenções foram documentados em capítulo do livro *Universidade e Movimentos Sociais*, cuja publicação foi viabilizada pela UnB (Escalda, Martins, & Barbosa, 2015).

Durante a primeira sessão da referida oficina, as participantes refletiram sobre a importância do tema da mortalidade materna e infantil para o território no qual estavam inseridas e discutiram sobre a realidade dos serviços de atenção à saúde das mães e crianças de sua comunidade. A fala do grupo apontou para a incipiência das ações do Programa de Planejamento Familiar e Pré-Natal local, fragilidade nas relações entre

profissionais de saúde/usuários, elevada frequência de adolescentes grávidas, e desconhecimento da população em relação aos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil.

A partir dessa visão do grupo das mulheres integrantes da primeira etapa de oficina, foram sugeridos os temas para serem abordados em fases posteriores de oficinas: (1) saúde materno-infantil, (2) humanização da assistência materno-infantil, (3) sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos na adolescência, e (4) construção do plano de ação. Os respectivos conteúdos foram abordados e o plano de ação foi construído coletivamente, representando resultados animadores para se indicar prosseguimento em iniciativas visando à redução das mortes maternas e infantis, inclusive com a participação e o apoio das mulheres de movimentos sociais (Escalda et al., 2015). Apoiada nesses resultados, esta investigadora realizou tal pesquisa tendo o desenvolvimento de oficinas em dinâmica de grupo com as gestantes como ferramenta educacional para o seu empoderamento e consequente contribuição para a melhoria da saúde materna e a redução dos óbitos maternos e infantis.

Na área de ensino na saúde, foco minha atenção em educação em saúde voltada à comunidade. Tocada por muitas descobertas, perplexa por surpresas encontradas no eixo de tecnologias inovadoras no ensino na saúde, segui na construção do conhecimento do tema escolhido com a esperança de sua utilidade para contribuir na transformação de realidades desfavoráveis para cenários mais justos em que haja gestantes e crianças mais saudáveis, no exercício dos direitos que lhes cabem na área da saúde.

A primeira justificativa científica para a realização deste trabalho respalda-se na definição de pesquisa, por Minayo (2010), como “a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade” (p. 47). A referida autora menciona que a aproximação sucessiva da realidade resultante da pesquisa faz uma combinação entre teoria e dados, pensamento e ação. Minayo ressalta, ainda, o papel da pesquisa em alimentar a atividade de ensino. Assim, a elaboração desta investigação, abordando a temática de educação em saúde, representa uma contribuição para o fortalecimento do ensino como objeto legítimo de produção de conhecimento.

O ensino na saúde é uma área considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, pretende-se, com esta investigação contribuir para a ampliação da produção científica, tecnológica e de inovação sobre o

tema do ensino na saúde de uma intervenção de tecnologia social relacionada às ações educativas com gestantes, na sua interface com os serviços de saúde.

Além disso, esta pesquisa que abrange o tema do empoderamento comunitário – fundamental tanto para a redução da iniquidade como para promover a saúde e a qualidade de vida (Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto, & Souza, 2004) – estaria se somando a outras que se fazem necessárias para melhor conhecer os possíveis benefícios de diminuição de disparidades em saúde, em grupos vulneráveis, resultantes de ações de intervenção educativa.

A fundamentação científica para efetuação desta pesquisa é ainda favorecida pelas atuais diretrizes curriculares nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, ao afirmarem que a formação profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Carvalho & Ceccim, 2012). Portanto, reitera-se que a produção de novos conhecimentos nesta área da educação em saúde faz-se necessária para contribuir na orientação da formação dos profissionais de saúde e no cumprimento do princípio da integralidade em saúde.

Outro argumento científico que apoia o desenvolvimento deste trabalho se refere ao que consta no eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), no âmbito do SUS, que compreende (Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, 2013):

...a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Eixos estratégicos da PNEPS-SUS, para. 1)

Por esta pesquisa enfocar práticas educativas em saúde, torna-se essencial produzir conhecimento sobre a realidade de saúde ao agir sobre a mesma, conhecê-la para agir, e agir para transformá-la. Isto posto, a perspectiva teórica deste estudo é o pragmatismo social no qual as alegações de conhecimento surgem a partir de ações, de situações e de consequências, e não de condições precedentes como no positivismo (Creswell, 2007). Na concepção epistemológica, adequa-se a este trabalho, a metodologia da pesquisa-ação na linha teórica emancipatória.

Conforme defende Ibiapina (2008), essas são algumas características da prática da pesquisa colaborativa: (1) privilegia processos de intervenções visando transformar

determinada realidade; (2) toma decisões coletivamente; (3) estabelece relações de poder diluídas pelas negociações; (4) desenvolve-se, preferencialmente, de forma colaborativa; (5) considera a problematização das implicações histórica e política, implícitas nas práticas sociais; e (6) emancipa os indivíduos que dela participam.

Para este estudo, essas características são identificadas da seguinte maneira: (1) foram adotadas as intervenções psicossociais e educativas, por meio de oficinas em dinâmica de grupo, visando ao bem-estar das gestantes e à prevenção de mortes maternas e infantis, em busca de uma realidade mais favorável; (2) foi tomada decisão de forma coletiva da parte dos pesquisadores e participantes da pesquisa, as gestantes, na seleção dos temas para as oficinas; (3) ficaram diluídas as relações de poder entre pesquisadores e as gestantes participantes da pesquisa com o processo decisório compartilhado em relação à escolha dos temas das oficinas e às datas de sua realização; (4) a pesquisa foi desenvolvida de forma colaborativa da parte das gestantes e dos pesquisadores na construção do conhecimento compartilhado a partir do saberes populares e científicos; (5) foi considerado o contexto histórico e político da atenção à saúde materna na realidade social vivida pelas gestantes; e (6) o Grupo Focal foi reservado como espaço para avaliar a presença, ou não, de emancipação, favorecida pelas oficinas em dinâmica de grupo, das mulheres na vivência da maternidade em função do conhecimento compartilhado, produzido, assimilado e potencialmente útil para a busca de melhoria da saúde materna e prevenção de óbitos maternos e infantis.

Assim sendo, do ponto de vista científico, justifica-se esta pesquisa, de abordagem qualitativa, tendo como delineamento a pesquisa-ação, por meio de intervenção psicossocial e educativa que considera o saber prévio dos partícipes da pesquisa colaborativa, neste caso, o saber popular considerado das gestantes em relação a sua interpretação de uma realidade que pode ser melhorada com a coprodução de um saber acadêmico.

Quais as justificativas sociais para a realização desta pesquisa? No século XXI, diante da transição demográfica e epidemiológica, das inovações tecnológicas, das demandas populacionais em função de seus problemas de saúde, emergem desafios para os sistemas de saúde. Estes devem ser fortalecidos para identificar e enfrentar de modo resolutivo os desafios emergentes, atendendo assim as necessidades sociais de saúde e, por conseguinte, promover melhorias em cuidados com a saúde individual e coletiva (Frenk et al., 2010).

Em muitas situações se torna imprescindível a aproximação dos serviços de saúde, por meio de suas equipes, com a comunidade e, essencialmente, com os grupos de pessoas localizados em áreas de vulnerabilidade e em risco de agravos à saúde. Referidos segmentos populacionais são beneficiados quando alvos de ações de educação em saúde. É importante incentivar a participação da sociedade nas questões de saúde, vida, sofrimento e morte. Ademais, o desenvolvimento de tais ações associadas às de assistência, nas referidas coletividades vulneráveis, contribui para o cumprimento dos princípios de integralidade e equidade do SUS.

Neste trabalho o grupo eleito para intervenção educativa constituiu o de gestantes residentes em região de vulnerabilidade social, considerando dois desafios ainda a serem superados: (1) fragilidades na atenção humanizada à saúde da gestante; e (2) mortalidade materna e infantil persiste como problema de saúde pública por sua magnitude e implicações sociais. Em seguida, em relação a essas duas questões, são apresentados argumentos que sustentam a justificativa social para a produção desta pesquisa.

Cuidados de qualidade ao pré-natal e ao parto, assegurando procedimentos efetivos necessários e tratamento com respeito e dignidade às gestantes, repercutem na redução de desfechos desfavoráveis para a mãe e a criança (Viellas et al., 2014; WHO, 2014). Estudos em diversos países apontam que as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos durante o período gravídico-puerperal, especialmente no momento do parto (WHO, 2014).

A pesquisa intitulada *Nascer no Brasil*, realizada entre março de 2011 e fevereiro de 2013, entrevistou 15.688 mulheres, no período pós-parto, sobre a satisfação com o atendimento ao parto. Os resultados mostraram que a melhor avaliação quanto à relação entre profissionais de saúde e parturiente procedeu de mulheres atendidas na região sul e sudeste do país, no setor privado e com acompanhante. As mulheres pardas, de classe social desfavorecida, de baixa escolaridade avaliaram de forma mais negativa a satisfação com o atendimento ao parto (D'Orsi et al., 2014).

Não obstante, a melhoria da atenção à saúde materna e infantil nos últimos anos, e a conseqüente redução progressiva da morbimortalidade nesses segmentos, os indicadores da RMM e da TMI, em série histórica recente, em âmbito global e local, ainda são preocupantes, sobretudo em regiões de baixas condições econômicas, como se

verifica no local desta pesquisa, em reflexo à presença de determinantes sociais desfavoráveis.

No plano profissional, alguns argumentos fundamentam este trabalho. Como dito, na parte alusiva à justificativa científica para realização desta pesquisa, é orientado pelas DCN que a formação profissional em saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (Carvalho & Ceccim, 2012). Portanto, o exercício de práticas educativas é uma das tarefas esperadas dos profissionais de saúde no desenvolvimento da atenção integral à saúde.

A atenção integral à saúde da mulher e da criança requer a atuação de equipe multiprofissional. Só a título de ilustração, em seguida serão apresentados aspectos referentes à educação em saúde, promoção em saúde e atenção integral a saúde apontados para a formação profissional nas DCN dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia. Reitera-se que não apenas o enfermeiro, o médico e o psicólogo constituem os profissionais necessários para enfrentamento das demandas da saúde da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e da saúde da criança, mas todos aqueles que desempenham papel na linha de cuidados materno-infantis.

Consta nas DCN de Enfermagem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o desempenho de certas competências e habilidades específicas, dentre as quais: “planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento” (Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, 2001). Outra competência prevista no mesmo documento é a de atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. É salientado, ainda, que o atendimento às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento.

Examinando as DCN do curso de graduação em Medicina, verifica-se a referência à preparação do graduando para atuar como médico em ações de promoção em saúde, tal como, na atenção básica, considerando sempre as dimensões da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: “(. . .) promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro,

contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde” (Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, 2014).

Dentre as competências definidas para o psicólogo destaca-se aqui o que traz as DCN do curso de graduação em Psicologia em relação à aptidão desse profissional na atenção à saúde: “desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética” (Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 5, 2011).

O enfrentamento das necessidades sociais em saúde geradas pelas transições demográficas e epidemiológicas exige um perfil apropriado de profissionais de saúde que tenham capacidade de trabalhar em equipe, de atuar de forma centrada no usuário/comunidade, de saber comunicar e agir em diversas circunstâncias dos cenários de práticas (Carvalho & Ceccim, 2012; Ministério da Educação, 2001, 2011, 2014; Schmidt, 2008). O quadro atual de saúde requer competências e habilidades, inclusive, as relativas ao desenvolvimento de ações educativas em nível coletivo, como previsto nas DCN dos cursos de graduação da área da saúde (Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, 2001; Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, 2014; Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 5, 2011).

O atual protocolo do Ministério da Saúde referente à saúde das mulheres na atenção básica (Ministério da Saúde, 2015) indica que para a atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério (período de 42 dias após o parto) e promoção do aleitamento materno, as equipes multiprofissionais invistam em “estratégias de educação e cuidado em saúde, visando ao bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher” (p.56).

Colocou-se como expectativa da intervenção proposta desta pesquisa, a possibilidade de sua contribuição para mudanças necessárias no âmbito da vida cotidiana das mulheres participantes do processo de capacitação pelas oficinas, aumentando o seu nível de informação e permitindo uma construção compartilhada de uma leitura de mundo, no tocante aos temas relativos especialmente à saúde reprodutiva e infantil e, por conseguinte, favorecer um cenário de bem-estar materno e de prevenção de óbitos maternos e infantis.

Ademais, espera-se que a partir da reflexão dos resultados deste trabalho, possa ser reconhecida a necessidade e a incorporação da utilização do modelo proposto de

intervenção psicossocial e educativa voltado para as gestantes, pelas equipes multiprofissionais de saúde, incluindo, médico, enfermeiro, sanitarista, psicólogo, nutricionista ou outro(s), atuante na oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças.

Em face do exposto, torna-se importante promover estratégias que possam contribuir na melhoria da saúde materna e na redução da mortalidade materna e infantil, utilizando tecnologias inovadoras em saúde, na área do ensino na saúde. Desse modo, foram elencadas as seguintes questões para nortear este trabalho:

- Como se estabelecem as relações comunicacionais entre as gestantes e as equipes de saúde nas etapas das linhas de cuidados materno-infantis?

- As interações entre as mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal e os profissionais de saúde diferenciam-se a depender se a atenção ocorre em nível de atenção básica (pré-natal) ou hospitalar (parto)?

- O compartilhamento de informações, experiências e saberes e as interações grupais ocorridas nas oficinas educativas contribuem para a construção coletiva do conhecimento acerca dos direitos da gestante e da criança na área da saúde?

- As intervenções psicossociais propiciam o empoderamento das mulheres para reivindicar e praticar seus direitos de saúde reprodutiva em relação aos cuidados direcionados à gestação, parto e puerpério? Se há empoderamento, em que fase do ciclo gravídico-puerperal o mesmo é mais significativo?

- A proposta da oficina em dinâmica de grupo com as gestantes é viável como mais uma estratégia educativa na atenção à gravidez, a ser incorporada pelos serviços de saúde?

Visando refletir sobre essas questões e outras correlacionadas, no intuito de produzir conhecimento no ensino na saúde que contribua para melhoria da saúde materna, esta tese foi organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo mostrará elementos conceituais e apontamentos de comunicação, educação, avaliação e inovação, considerados pertinentes para a construção de referencial teórico relativo à tecnologia social proposta que articula os quatro referidos saberes.

Será apresentada, no segundo capítulo, uma revisão da literatura sobre saúde materno-infantil nos seus aspectos referentes à mortalidade e aos cuidados da atenção integral à saúde da mulher e da criança. Um panorama da situação epidemiológica da mortalidade materna e da infantil será exibido para o mundo, o Brasil, o DF e a região administrativa de Ceilândia. Aspectos relevantes às mortes são explanados no tocante

aos determinantes sociais, evitabilidade, subnotificação e violação dos direitos humanos.

As questões relacionadas à pesquisa de campo estão descritas no terceiro capítulo: os objetivos gerais e específicos, o método (delineamento metodológico, local, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos éticos, de coleta e de análise dos dados).

No quarto capítulo, os resultados deste estudo, referentes às três oficinas educativas e aos dois grupos focais, serão explicitados e discutidos. Em seguida, as considerações finais serão tecidas, incluindo conclusões desta investigação e sugerindo pesquisas futuras. Informações de apoio sobre o tema focado, instrumentos utilizados no campo de pesquisa e outros produtos elaborados nesta investigação estão disponibilizados nos anexos.

**CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E INOVAÇÃO:
ARTICULAÇÃO DE SABERES EM TECNOLOGIA SOCIAL
APLICADA À SAÚDE**

O propósito deste capítulo é compreender a interseção da comunicação, educação, avaliação e inovação, na concepção de *campo* proposta por Bourdieu, enfocando, assim, a perspectiva multidimensional dos referidos saberes articulados (Bourdieu, 2011). Considera-se relevante a abordagem desses eixos entrelaçados como *campo* para subsidiar as discussões dos resultados da pesquisa desta tese (Figura 1).

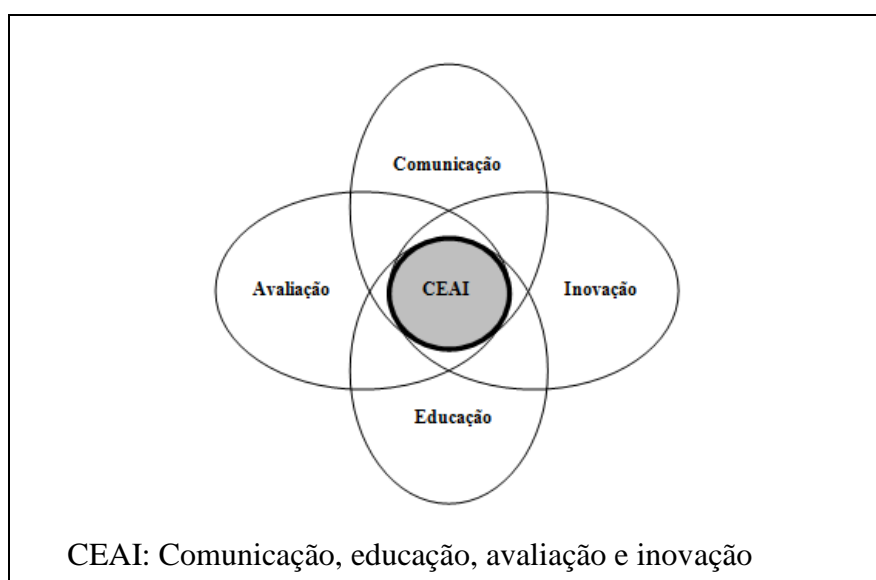


Figura 1. Diagrama: campo da comunicação, educação, avaliação e inovação.

De acordo com Bourdieu (2011), tanto o *campo* como o mundo global abarca um expressivo número de propriedades, relações, ações e processos, sendo que no primeiro, esses processos e fenômenos revestem-se de uma forma particular. O referido autor afirma: “um *campo* é um microcosmo autônomo no interior do macrocosmo social” (Bourdieu, 2011, p. 195). Se autônomo, quer dizer que é um espaço com suas próprias leis, ou seja, carrega em si o princípio e a regra de seu funcionamento. É um campo social de forças e lutas para sua conservação ou transformação, no qual estão presentes agentes e instituições que produzem e propagam a ciência, a literatura ou a arte (Bourdieu, 2011; Lopes, Domingos Sobrinho, & Costa, 2013).

Campo como espaço social de relações objetivas recorre ao modo do pensamento relacional, próprio de toda a ciência moderna, que liga trabalhos diferentes na aparência, uma vez que considera a hipótese da existência de homologias funcionais e estruturais entre todos os campos, e assim defende que toda a tradição epistemológica reconhece à analogia (Bourdieu, 2010).

A adoção da noção de *campo* de Bourdieu como ferramenta conceitual básica de análise foi útil para Luz (2009), ao estudar a complexidade do *campo* da Saúde Coletiva, permitindo melhor compreender a multiplicidade e a coexistência, por vezes conflituosa, dos saberes e práticas constituintes desse *campo* que inclui disciplinas provenientes do campo biomédico, das ciências humanas e sociais, das tecnologias em avanço na área das ciências aplicadas à saúde, ou do planejamento e da gestão governamental na área da saúde.

Assim, a comunicação é o primeiro saber constituinte da atual proposição de campo desta pesquisa que será doravante abordada. A comunicação assume papel fundamental tanto na atuação dos profissionais de saúde, em suas relações com a sociedade, como nas políticas públicas, incluindo a da saúde, cuja efetivação junto à população depende do processo comunicacional para sua apropriação (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, 2012).

A educação como processo formativo, dialógico e transformativo não pode ser pensada sem a comunicação. Brandão e Borges (2008) defendem a indissociabilidade da educação e comunicação ao afirmarem:

Aprender é estar dentro de um tempo interativo de diálogo com o outro. Aprender é abrir-se a um outro para criar com ele a experiência objetivamente solidária (sempre interativa) subjetivamente pessoal (sempre um gesto único, interior) de descobrir junto e integrar sozinho o milagre do saber. E educar é saber construir o momento do diálogo dentro do qual educador e educando criam, um-com-o-outro, um-através-do-outro, um saber de construção comum e, ao mesmo tempo, uma descoberta profundamente solitária, imensamente pessoal. Eis o fio do seu mistério. (p. 19)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) expressou em resolução que a educação em saúde é imprescindível para a prevenção das doenças e consolidação dos SUS (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 41, 1993). Desse modo, torna-se essencial que inovações tecnológicas no ensino na saúde referentes à educação em

saúde possam mostrar o que têm a contribuir para aprimoramento da saúde materna e enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, a exemplo da mortalidade materna e infantil – temas contextualizados nesta tese – e de abordagem na intervenção educativa desenvolvida e avaliada.

Ao focar a interlocução da comunicação, educação, avaliação e inovação como *campo*, pretende-se explicitar o que há nas relações entre as respectivas áreas, quanto a dificuldades relativas a lacunas do conhecimento, questões de relações de poder e problemas das instituições públicas responsáveis por adotar, apoiar e executar as políticas e ações. Cada um desses saberes será discutido em seguida, em seus aspectos conceituais, históricos e inter-relacionais, destacando, quando pertinente, suas ligações às questões relativas a esta tese: ensino na saúde, oficinas grupais e saúde materna.

1.1 Comunicação e Saúde

Nesta seção serão apresentados apontamentos sobre *comunicação e saúde* e *comunicação em saúde*, aspectos referentes a definições, finalidades e teorias da comunicação, avaliação da comunicação interpessoal e a relação da comunicação com as políticas de saúde.

Reportar-se ao termo *comunicação e saúde* significa dizer que a comunicação e a saúde são vistas coexistindo em situação de complementaridade, não sendo a primeira considerada como um simples instrumento da segunda, de ação a favor da saúde, mas ocupando um papel estratégico junto à saúde. Considera-se o campo da comunicação e saúde resultante da interseção do campo da comunicação com o da saúde, na perspectiva de campo de Bourdieu, e em associação com outros campos afins, como os da educação popular, informação, ciências e tecnologias, políticas públicas e movimentos sociais (Araújo & Cardoso, 2007; Bourdieu, 2010).

As expressões comunicação em saúde, comunicação para a saúde, comunicação na saúde, mormente utilizadas nas instituições de saúde, refletem a ideia da comunicação como instrumental para a saúde. Moura (2008) ao estudar o paradigma preventivo e participativo para a comunicação em saúde destaca a conceituação de comunicação em saúde elaborada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1993:

Comunicação em saúde é um conjunto de práticas sociais de natureza dialógica, as quais são perpassadas por um processo contínuo de construção simbólica da

realidade, assim como pelas identidades de seus atores. Esse processo ocorre a partir de um processo de produção e socialização do conhecimento - cultura - pela sociedade e pela ampliação da consciência sanitária, com o objetivo de modificar qualitativamente a relação do cidadão com os serviços de saúde, em especial com o poder público e com o processo de transformação de suas condições de vida e o exercício de cidadania (Moura, 2008, p. 126).

Rozemberg (2012) destaca a definição do filósofo J. Dewey dada à comunicação: “o processo de repartir a experiência para que ele se torne patrimônio comum e que modifica a disposição mental das partes associadas” (p. 742). A comunicação se identifica com um processo social básico que é a interação, e pode assumir finalidades distintas, como educar, informar, entreter, orientar, legitimar e reforçar/subverter papéis sociais, representando um poderoso instrumento de aprendizagem e, portanto, de transformação, quer seja, em nível individual ou social (Donato & Rosenburg; 2003; Rozemberg, 2012).

Pelo fato de a comunicação ser um processo de compartilhamento, de interação social, é recomendável desenvolver ações intencionais de comunicação social, direcionadas a grupos de pessoas, formados por afinidades e por interesses comuns. Para tais atividades grupais, é indicado o uso de metodologias participativas, como a pesquisa-ação, além de métodos revisados de abordagem do grupo focal. Atenção deve ser dada à escolha dos meios de comunicação que sejam compatíveis com o conteúdo a ser compartilhado e os objetivos a serem atingidos: meios orais, gráficos, audiovisuais, dramatizados, ou referente a outras artes, como música e dança (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, 2012).

O estudo teórico da comunicação aponta que uma das primeiras tentativas para explicar o modelo comunicacional é de autoria do filósofo grego Aristóteles, ao defender a comunicação sustentada num tripé, guardando uma relação equilibrada entre: (1) aquele que fala; (2) o discurso que pronuncia; e (3) aquele que ouve. Entretanto, é a teoria hipodérmica, também conhecida como ‘bala mágica’, considerada a primeira teoria propriamente de comunicação, e que argumenta, com base nas ciências do comportamento, que o comportamento das pessoas poderia ser modelado mediante uma série de estímulos, como aqueles procedentes dos meios de comunicação (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, 2012).

O modelo informacional, também denominado de modelo matemático ou de Shannon e Weaver, concebido por esses pesquisadores em 1949, é o mais conhecido

para a explicação do processo da comunicação humana. A designação “informacional” transmite seu principal objetivo que é o de transferir informações. Seus elementos consistem na fonte ou emissor (quem fala), receptor (quem escuta), mensagem (codificada pelo emissor e decodificada pelo receptor), canal ou meio (por onde passa a mensagem). Ruído é tudo que atrapalha uma boa comunicação (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, 2012).

O referido modelo sofre críticas por suas limitações que prejudicam a compreensão das dinâmicas das relações comunicativas, tais como linearidade, unidirecionalidade, bipolaridade, apagamento dos ruídos, concepção instrumental de linguagem e concepção de língua, como conjunto de códigos, com significado preestabelecido e estável, portanto, passível de ser transferido.

Araújo e Cardoso (2007) relatam alguns pontos desses entraves, a seguir descritos. O modelo em seu caráter linear não admite variantes no seu percurso, contemplando apenas a dimensão tecnológica, sem levar em conta outros aspectos mobilizados na comunicação de ordem afetiva, cognitiva, política, econômica ou outra. A característica unidirecional diz respeito à comunicação que percorre, em mão única, de um polo a outro, do emissor ao receptor, sem direito à inversão de mão. Diz-se que o modelo é bipolar por considerar apenas o emissor e receptor, excluindo demais vozes que compõem o cenário da comunicação. O apagamento dos ruídos está relacionado à sua dimensão da bipolaridade, com o propósito de eliminar todas as interferências na comunicação para assegurar o êxito do modelo. A linguagem é vista apenas como um instrumento a favor das intenções comunicativas do emissor. O modelo não concebe a dinamicidade dos significados das palavras que se forma na relação comunicativa entre os interlocutores e é influenciada por fatores, tais como, conhecimentos prévios, expectativa, legitimidade e interesses.

O educador Paulo Freire critica a educação “bancária” que é baseada no modelo informacional da comunicação: um ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos que não considera o educador e educando, simultaneamente, de forma respectiva, como educando e educador (Freire, 2005). Gomes (2007) faz a seguinte leitura do pensamento crítico de Freire à educação bancária, ao relacionar emissor e receptor do modelo matemático da comunicação, respectivamente, aos termos de educador e educando nas palavras freireanas:

O emissor é o que comunica; os receptores os que recebem o comunicado; o emissor é o que sabe; os receptores, os que não sabem; o emissor é o que pensa;

os receptores, os pensados; o emissor é o que diz a palavra; os receptores, os que a escutam docilmente; o emissor é o que disciplina; os receptores, os disciplinados; o emissor é o que opta e prescreve sua opção; os receptores, os que seguem a prescrição; o emissor é o que atua; os receptores, os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do emissor; o emissor escolhe o conteúdo programático; os receptores, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele; o emissor identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos receptores; estes devem adaptar-se às determinações daqueles; o emissor, finalmente, é o sujeito do processo; os receptores, meros objetos (Gomes, 2007, p. 29).

A concepção teórica descrita influenciou e ainda influencia a atitude de atores sociais da saúde, com papel-chave na comunicação, em acreditar que “a prática comunicativa limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e a sua vida” (Araújo & Cardoso, 2007, p. 46). Assim, instituições de saúde ou meios de comunicação funcionam como emissores sem escuta, sem promover diálogo, sem conferir direito de voz e expressão a interlocutores, silenciando-os.

Equiparação dos dois polos da relação comunicativa como detentores do saber e produtores de conhecimento é conferida pela perspectiva freireana, que surge nos anos de 1960, como forma de movimentos de valorização da cultura e do saber popular (Araújo & Cardoso, 2007; Rozemberg, 2012). Freire (2005) afirma: “Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz também de gerá-lo. Sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação” (p. 96).

A abordagem dialógica freireana da comunicação, na linha de educação transformadora, profundamente humanista foi aplicada no nordeste brasileiro pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais. Entretanto, uma das críticas à referida comunicação dialógica internalizada à época foi concernente à ausência de conflito na relação comunicativa, pela orientação de interação entre os polos em perfeita comunhão de interesses (Araújo & Cardoso, 2007).

Outras modelagens teóricas da comunicação surgem, a exemplo, de um segundo nível de atuação da comunicação que emerge: além da comunicação de massa, é introduzida a figura do mediador, líder de opinião, entre o emissor e os receptores para a comunicação interpessoal (Araújo & Cardoso, 2007; Pitta, 1995). Essa é a teoria dos

dois fluxos ou dos dois passos, proposta por Lazarsfeld e Katz em 1955 (Araújo & Cardoso, 2007).

Desse modo, a partir da década de 1970, os profissionais de saúde praticantes do sanitarismo higienista, como os educadores, assistentes sociais e sanitaristas passam a usar a comunicação como arma para combater o comportamento considerado desviante em relação ao desejado daqueles que tinham seu conhecimento popular rotulado como superstição (Araújo & Cardoso, 2007; Pitta, 1995).

Na linha dessa teoria, o papel de mediador hoje é atribuído ao agente comunitário de saúde (ACS), monitores, multiplicadores que foram “apropriados como dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, um ‘tradutor’ autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis” (Araújo & Cardoso, 2007, p. 54).

De 1980 para cá, novas abordagens teóricas da comunicação são formuladas. O conceito de polifonia, desenvolvido pelo filósofo e linguístico russo Mikhail Bakhtin, ganha espaço, significando que, “em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se aperceba” (Araújo & Cardoso, 2007, p. 56). Vozes que representam interesses e posições diferentes na estrutura social e que entram em embates sociais, necessitando propor, negociar e ratificar ou recusar as relações de poder. Dá-se o nome de dialogismo bakhtiano à maneira como as vozes se articulam, diferente do dialogismo freireano. Este último caracteriza-se pelos acordos e interações, enquanto o dialogismo bakhtiano “remete para a diferença de interesses e os embates sociais, tal como estes ocorrem no plano da língua, entendida como uma força viva e constituinte dos sentidos e das relações sociais e de poder” (Araújo & Cardoso, 2007, p. 56).

A comunicação na sua articulação com a saúde pode ser estudada do ponto de vista interpessoal e na sua relação com as políticas públicas de saúde. As questões relacionadas ao primeiro enfoque serão apresentadas inicialmente.

O ato comunicativo pode ser avaliado observando a interação entre profissionais de saúde, entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, ou entre os próprios usuários de saúde. Um maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente consiste numa das antigas demandas na saúde visando uma assistência humanizada que valoriza a qualidade do cuidado (Caprara, Gomes, & Schraiber, 2013; Deslandes, 2004).

A comunicação é assumida como uma competência geral nas DCN de todos os cursos da área de saúde. Por exemplo, as DCN dos cursos de graduação em enfermagem, medicina, nutrição e psicologia afirmam que a formação nessas áreas tem como objetivo dotar os profissionais de conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades, dentre as quais, a capacidade de comunicar-se nos níveis individual e coletivo, com os colegas de trabalho, pacientes e familiares, usando técnicas apropriadas de comunicação (Ministério da Educação, 2001; Resoluções do Conselho Nacional de Educação, nº 3 de 2001, nº 3 de 2014, nº 5 de 2011).

Desse modo, a formação dos profissionais de saúde, numa perspectiva mais interdisciplinar e integral, além do eixo de atenção relativa ao conhecimento técnico-científico (o que fazer) incorpora a comunicação profissional de saúde-paciente (como fazer). Consequentemente, vem crescendo o interesse de investigações em discutir os aspectos comunicacionais no âmbito das relações entre trabalhadores de saúde e usuários (Ostermann & Meneghel, 2012).

Araujo (2009), em artigo de revisão crítica a iniciativas de análise interacional entre profissionais de saúde e usuários, baseadas em observação, ressalta a importância de haver políticas de educação profissional voltadas para o desenvolvimento e o treinamento de habilidades comunicacionais. Nesse mesmo artigo, é apresentada a sistematização do enfoque observacional realizada para análise da qualidade da comunicação no âmbito de pesquisa e atuação na área da saúde. A referida pesquisadora parte de um sistema observacional dividido em três subsistemas: finalidade dos recursos comunicacionais, recursos comunicacionais e fluxo da comunicação. A seguir, serão descritos os citados subsistemas com suas categorias e subcategorias.

O primeiro subsistema aborda a finalidade da comunicação em três categorias gerais: incentivo à participação, incentivo à interação e comunicar informações que geram ao todo 23 subcategorias.

As categorias e suas respectivas subcategorias do referido sistema são: (1) incentivo à participação: solicitar informação específica, solicitar atuação e solicitar auxílio; (2) incentivo à interação: solicitar opinião, solicitar reflexão, solicitar relato de estado subjetivo, socialização, integração, comunicar expressão emocional, comunicar opiniões, comunicar expectativas, comunicar incertezas, comunicar reações; e (3) comunicar informações: informar fatos, comunicar procedimentos, comunicar informações específicas, comunicar problemas, comunicar condutas, comunicar evolução, afirmativa, confirmativa, orientar, comunicar justificativa.

Referindo-se ao uso de recursos comunicacionais, o segundo subsistema contempla duas categorias: facilitadores da comunicação e perturbadores da comunicação. Suas subcategorias componentes são: (1) facilitadores da comunicação: saudação, vocativo, apreciação, interativo, descritivo, ampliador, expressivo, comentário, clarificador, detalhamento, conclusivo, reflexivo, confirmativo, reformulador, mantenedor e finalização; e (2) perturbadores da comunicação: indagador, diretivo, restritivo, contraditório, tangenciar, não responder, interrupção. Esclarece-se que a subcategoria “indagador”, refere-se ao modo perturbador de como a comunicação é feita, podendo interromper de forma demasiada o interlocutor. Diferente do sentido de conotação positiva que essa palavra tem na educação: indagação como disparador de diálogo, em que um ouve o outro, um aprende com o outro ao trocar perguntas.

O terceiro subsistema descreve o fluxo da comunicação, distinguindo sequências interativas e interrupções, englobando duas categorias: caracterização das sequências e caracterização das interrupções. A primeira categoria desse sistema inclui as subcategorias de iniciativa da emissão e de utilização de perturbadores comunicacionais, enquanto a segunda contempla como subcategoria pausa ou demanda externa.

Martins e Araujo (2008), em artigo de apresentação dos resultados de pesquisa sobre a comunicação enfermeiro-paciente no contexto de reabilitação, utilizando a categorização do sistema observacional, sugerem a adoção ou adaptação da referida metodologia em outras pesquisas bem como sua aplicação para a formação profissional visando o desenvolvimento de habilidades comunicacionais em saúde.

O arcabouço metodológico proposto é utilizado, nesta pesquisa, para avaliar a qualidade da comunicação entre médico e gestante em dramatizações simulando consultas de pré-natal, nas dinâmicas em oficinas de grupos.

Borges (1991), ao estudar propostas para uma relação entre profissionais de saúde e mulheres, situa a comunicação em si, como dado de investigação analítica, ao dizer:

Parece-me que um ponto de partida imprescindível para que nossos atos tenham eficácia terapêutica é aprender a escutar o que as mulheres falam e como falam, o que as faz sofrer e as incomoda, como condição para que o profissional de saúde possa, junto a elas, localizar de que forma seu saber específico pode lhes ser útil. (p. 286)

Quadro 1. *Marcos históricos da comunicação nas políticas de saúde do Brasil*

Tempo	Marco histórico
1920	Criação do Departamento de Saúde Pública em 1920: introdução da propaganda e educação sanitárias, ao contrário do critério fiscal e policial de até então (Rodrigues, 1979)
Início século XX	Comunicação: como uma das estratégias de intervenção, para explicar o surgimento, a disseminação de doenças e as formas de seu enfrentamento (Pitta, 1995)
Décadas 1920 e 1930	Teorias behavioristas apropriadas à aplicação de estímulos comunicacionais. Predomínio da crença na capacidade de manipulação dos meios de comunicação de massa (Pitta, 1995)
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU): utiliza método Paulo Freire em atividades no Nordeste (Araújo & Cardoso, 2007)
Década 1970	Estratégias comunicacionais de persuasão (Pitta, 1995)
A partir de 1970	Inovações na abordagem comunicacional: a) ajuste da linguagem à população-alvo, com o propósito de modificar o comportamento individual e da comunidade para adoção de hábitos e práticas que assegurassem a promoção e a manutenção da saúde; b) comunicação intermediada por líderes de opinião. Epidemiologia: papel de delinear as questões centrais das mensagens e dos grupos populacionais a serem atingidos. Ciências sociais e da comunicação: definição de linguagens utilizadas nas mensagens massivas e no trabalho educativo face a face, levando em consideração os traços culturais da população-alvo (Pitta, 1995)
Décadas 1970 e 1980	Modelo focalista de definição de estratégias de comunicação: mensagens aos grupos de risco definidos pela epidemiologia, sem considerar sua historicidade (Goldberg, 1994; Pitta, 1995)
1986	8ª Conferência Nacional da Saúde aponta como um dos pressupostos do direito à saúde: “educação e informação plenas, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações da saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão...” (Ministério da Saúde, 1986)
1990	Lei Orgânica da Saúde: prevê a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (Lei nº 8.080 de 1990)
1988	Criação da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016)
Década 1990	Novas práticas de comunicação: acesso a informações em saúde, acesso a serviços de saúde, transparência na gestão, visibilidade institucional e apoio aos conselhos de saúde (Pitta, 1995)
1991	Primeiro curso de pós-graduação de comunicação e informação em saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (Abrasco, 2016)
1994	Criação do Grupo Temático Comunicação e Saúde da Abrasco (Abrasco, 2016)
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde discute Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS e preconiza a Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde (Araújo & Cardoso, 2007)
2005	Reativação da CICIS (CNS, 2016)
2015	Conselho Nacional de Saúde recomenda ao Ministério da Saúde que estabeleça prioridade em 2016 para aprimorar a política nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as demandas sociais (Recomendação nº 3 do CNS de 2015)

Salienta-se que existe uma discussão sobre a importância de considerar a comunicação como um direito humano a ser afirmado por políticas públicas. Freire (2005) defende que só é possível educação por meio de uma verdadeira comunicação. Sua teoria da comunicação baseia-se na práxis e no diálogo. Freire emprega a noção de direito à comunicação ao mencionar:

Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la *para* os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais (Freire, 2005, pp. 90-91, grifo do autor).

Ao investigar uma trajetória da construção do conceito da comunicação como um direito humano, Gomes (2007) evidencia a necessidade de: (1) construir um novo paradigma epistemológico para o estudo das comunicações, em diálogo com o campo dos direitos humanos; e (2) afirmação, fundamentação e positivação do direito humano à comunicação no marco legal nacional e internacional.

No país, embora a comunicação não conste como um direito previsto na constituição brasileira ou em algum dispositivo legal no âmbito da saúde, há o reconhecimento de seu papel estratégico nas políticas públicas, e a compreensão da relevância da sua relação ao direito à saúde e à participação social (Araújo & Cardoso, 2007; Pitta, 1995; Pitta, 2002; Rangel-S, Guimarães & Belens, 2014; Rozemberg, 2012).

Encerrando esta seção, apresenta-se o Quadro 1, expondo, brevemente, alguns marcos históricos da relação da comunicação com as políticas de saúde no país. Destacam-se acontecimentos desde a introdução, pela primeira vez, da comunicação nos serviços de saúde em 1920 até a recomendação do CNS, em 2015, ao Ministério da Saúde, para que estabeleça a política nacional de comunicação em saúde como uma das prioridades a integrar a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2016 da União. Quase cem anos passados, ainda se faz necessária a reafirmação do valor da comunicação junto à saúde.

1.2 Educação em Saúde

Antes de abordar a perspectiva histórica da educação em saúde, será feita uma apresentação conceitual de alguns dos termos relacionados à educação e à saúde.

Existem várias nomenclaturas para educação quando em interface com a área da saúde: educação em saúde, educação na saúde, educação sanitária, educação para a saúde, educação para a saúde comunitária, educação e saúde, educação popular em saúde, e educação permanente em saúde. É comum nos serviços o uso desses termos de forma indistinta.

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) traz educação em saúde como um descritor, significando: “A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente” (Educação em saúde, 2016). A BVS acrescenta que são alguns dos sinônimos de educação em saúde: educação sanitária, educação para a saúde comunitária, educação para a saúde.

A definição de educação em saúde, segundo o Ministério da Saúde:

- 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde.
- 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (Ministério da Saúde, 2009, p. 22)

Falkenberg, Mendes, Moraes e Souza (2014) chamam a atenção que de acordo com essa definição, as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, entretanto não são devidamente valorizadas no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

A educação na saúde é compreendida como: “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Ministério da Saúde, 2009, p. 22). Dessa forma, entende-se que a educação na saúde faz-se necessária, em função da dinamicidade dos diversos cenários de atuação dos profissionais de saúde em resposta ao constante desenvolvimento tecnológico na saúde. É algo além da formação na graduação para assegurar que os trabalhadores de saúde cumpram o princípio da integralidade do cuidado (Falkenberg et al., 2014).

Entende-se como educação e saúde, a atuação em paralelo dessas duas áreas. Possivelmente esse termo originou da divisão de responsabilidades pertinentes às ações de educação em saúde, entre os trabalhadores da saúde, ocupando-se dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças e os trabalhadores da educação,

dedicando-se ao desenvolvimento de ações educativas capazes de transformar comportamentos (Alves & Aerts, 2011; Falkenberg et al., 2014). Essa abordagem é criticada por Alves e Aerts (2011), pois fragmenta o conhecimento e não leva em conta as situações adversas a que está submetida a população no dia a dia.

A educação permanente em saúde é de muita importância para a consolidação do SUS, sendo definida como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (Ministério da Saúde, 2009, p. 22)

Em seguida será feita uma abordagem histórica da educação em saúde, no Brasil. Entretanto, breves relatos de fatos, ocorridos em países europeus e nos Estados Unidos da América, serão apontados. Em seguida será feita explanação sobre educação comunitária, empoderamento e educação popular em saúde.

1.2.1 Perspectiva Histórica

A educação em saúde assume papel relevante, especialmente em iniciativas inovadoras para enfrentamento e resolução de prioridades em saúde pública. Ao longo do tempo a compreensão de educação em saúde passou por distintas concepções, desde o repasse de informações de regras de um “viver higiênico” para assimilação em nível individual, até a atual perspectiva que inclui a interação dos saberes e a autonomia de decisão (Candeias, 1988; Pelicioni, 2007; Reis, 2006).

O conceito contemporâneo de educação em saúde considerado neste trabalho é o mesmo anunciado por Reis (2006): “um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano” (p. 19). A seguir serão apresentados exemplos de algumas práticas educativas, de determinação sócio-histórica, em consonância com que Mello (1996) afirma: “Educação quanto Saúde são dois temas que se definem tendo por base uma matriz histórica, política, econômica, social e cultural, e de acordo com a visão que cada sociedade percebe e adota” (p. 23).

Desde a Idade Média, na Europa, já era dada relevância à educação em saúde, recomendando-se boa alimentação, adequadas práticas de higiene e prolongadas horas de sono para conferir mais anos de vida às pessoas (Pelicioni, 2007). Na Inglaterra, a cidade de Liverpool, em 1859, criou a figura da “senhora visitadora” que junto com a enfermeira distrital, visitava os enfermos, para exercer função de educação em saúde. A partir de então, outras cidades inglesas tiveram a mesma iniciativa. Em Manchester, foi designada uma mulher da classe trabalhadora que ia de casa em casa, transmitir noções de saúde e higiene para os pobres (Rosen, 1994).

No começo do século XX, a expansão do movimento da saúde da criança incentivou as enfermeiras a se tornarem visitadoras sanitárias. Florence Nightingale, já em 1893, ressaltava a necessidade da “enfermagem sanitária”, defendendo que a enfermeira distrital além da enfermeira dos doentes, fosse uma “missionária da saúde”. Equipes de visitadoras sanitárias voluntárias e de mulheres designadas como inspetoras ou visitadoras sanitárias estavam presentes em cerca de cinquenta comunidades inglesas, em 1905. Exigências de qualificações do visitador sanitário foram feitas com a sanção do Ato de Assistência à Maternidade e à Criança, em 1918 (Rosen, 1994).

Nos Estados Unidos da América, as associações de enfermagem em saúde pública apareceram em Buffalo, em 1855, e em Boston, em 1886, após algumas denominações iniciais, passaram a ser chamadas de Associação de Enfermeiras Visitadoras. As primeiras enfermeiras das agências de saúde americanas, oficiais e voluntárias, foram nomeadas para atender a problemas específicos. Assim, a maioria dos programas de enfermagem em saúde pública organizou-se sobre especialidades, uma das quais voltada para a saúde da mãe e da criança (Rosen, 1994).

De acordo com Candeias (1988), a profissão de educador sanitário, no mesmo molde concebido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no começo do século XX, surgiu nos Estados Unidos da América, durante a II Guerra Mundial, tendo como motivação:

É justo afirmar que três fatos favoreceram nos Estados Unidos: os problemas de saúde surgidos durante a II Guerra; o conhecimento científico emergente na década de 30 e 40, na área de ciências sociais, sugerindo novos caminhos para a compreensão do comportamento individual e coletivo; porém não menos importante, a brilhante compreensão de Kurt Lewin, ao introduzir e aprofundar a teoria e a prática da Dinâmica de Grupo. Com Lewin divulgara-se a idéia [sic] de que a mudança da ação individual e coletiva pode ocorrer

mediante a participação no planejamento do programa e nas ações subsequentes. (Candeias, 1988, p.359)

No Brasil, conforme Candeias (1988) em seu resgate histórico do ensino de educação em saúde na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, dentre uma das proposições da reestruturação do Serviço de Saúde Pública do Estado de São Paulo, em 1925, constava a oferta da educação sanitária para a população a fim de se apropriar de preceitos necessários de higiene individual. Para tanto, por meio da Lei nº 2.121 de 30 de dezembro de 1925, duas inovações propostas consistiram: (1) a criação do cargo de um auxiliar de nível médio no sistema de saúde para a função de educador sanitário, e (2) a inclusão do Curso de Educação Sanitária no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo, que hoje é a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A educação sanitária ou educação higiênica como era também chamada dirigia-se a indivíduo, isoladamente ou a grupos, se conviesse, sendo desenvolvida em Centros de Saúde (CS), em visitas domiciliares, em estabelecimentos escolares, hospitalares e fabris, entre outros. O referido curso de Educação Sanitária formou educadores sanitários de nível médio de 1926 a 1960. Esteve suspenso de 1961 a 1966, retornando como curso de nível superior de pós-graduação em 1967, com nova denominação: Educação em Saúde Pública, dando título a seus egressos de educador em saúde pública (Candeias, 1988).

O primeiro curso de educação sanitária no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo foi constituído de nove disciplinas, dentre as quais a de Higiene Infantil. Ao longo dos anos, mudanças no programa do curso de educação sanitária ocorreram. A profunda revisão curricular de 1955 introduziu a disciplina de Métodos de Educação Sanitária com os conteúdos de: Relações Humanas; Trabalho de Grupo; Entrevistas – Palestras; Meios Auxiliares para a Educação Sanitária; Rádio, Cinema, TV; Folhetos; Cartazes – Exposições; Relatórios; Jornais e Revistas. Em 1962, o Programa de Formação do Educador em Saúde Pública apresentou proposta de dois cursos: (1) Curso Básico de Saúde Pública com sete disciplinas, dentre as quais, a de Higiene Materno-Infantil; e (2) Curso de Especialização com uma carga horária total de 440 horas, sendo 50 dedicadas ao estudo de educação sanitária na comunidade (Candeias, 1988).

Influenciando muito a educação em saúde, o ensino de Higiene, no século XIX, fazia parte do currículo das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, cada

uma inicialmente com a denominação de Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, de 1808 até o ano de 1823. A disciplina de Higiene constava no programa do ensino médico do Rio de Janeiro em 1813, passando a ser denominada de Higiene Geral e Particular em 1825 e de Higiene e História da Medicina em 1833, quando era ministrada a partir do terceiro ano com duração de três anos. Tanto na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro como na da Bahia, a disciplina de Higiene permaneceu no ano de 1891 entre as ciências relativas à estática e dinâmica do homem são e do homem doente. Em 1925, no Rio de Janeiro, a disciplina de Higiene passou a fazer parte do quinto ano de medicina, e no sexto ano, era ensinada na Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil (Pelicioni, 2007). A consulta ao currículo dessas duas faculdades médicas, em janeiro de 2016, revela para a do Rio de Janeiro, a disciplina de Educação e Saúde, como optativa de dois créditos, incluindo como conteúdos: paradigmas conceituais e modelos assistenciais em saúde; constituição histórica da educação e saúde no Brasil; principais modelos educativos em saúde; educação popular e saúde; experiências inovadoras em educação e saúde (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016). Embora no currículo do curso médico baiano não haja uma disciplina específica de educação em saúde ou similar, conteúdos de educação em saúde estão diluídos nas oito disciplinas do eixo ético-humanístico (Universidade Federal da Bahia, 2016).

Flores (2007), em sua tese de doutorado intitulada “O Agente Comunitário de Saúde: a caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde”, resgata os fatos mais importantes das políticas de saúde do Brasil, anunciadores do atual ACS, instituído pelo Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde – PACS, em 1991. Dentre os referidos fatos estão aqueles que culminam na criação do educador em saúde nas figuras: (1) da enfermeira visitadora em ações de profilaxia de doenças transmissíveis por volta de 1920; (2) do educador sanitário e inspetor (guardinha) na campanha de erradicação da malária e na campanha de erradicação da varíola; (3) da visitadora sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, na década de 1940; (4) do agente de saúde da Medicina Comunitária, materializada por meio do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, na década de 1970; e (5) do ACS do Programa de Agente Comunitário de Saúde implantado no Ceará, em 1987. Dentre as atribuições do visitador sanitário do SESP constavam: (1) atendimento às gestantes e recém-nascidos de baixo risco, (2) visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, e (3) acompanhamento de nascidos vivos e óbitos em menores de um ano de idade (Flores, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004b), a estrutura curricular do curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde contempla desenvolvimento de competências, algumas das quais no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes. Dentre muitas habilidades (saber fazer), a formação profissional está organizada para que o agente comunitário desenvolva ações na área de saúde materno-infantil: (1) apoiar o acompanhamento da gravidez e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde; (2) orientar as gestantes e seus familiares nos cuidados relativos à gestação, parto e puerpério; (3) orientar gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; e (4) acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde.

1.2.2 Educação Comunitária

Ao se estudar educação em saúde voltada para grupos de pessoas é vital compreender conceitos relacionados à expressão *educação comunitária* incluído em produções técnicas e científicas do campo da saúde (Backheuser, Kampel, & Costa, 1978, Candeias, 1988, Un, 2002).

Concepções distintas de comunidade são apresentadas por Minkler e Wallerstein (2002): (1) unidades espaciais funcionais que satisfazem necessidades básicas para o sustento; (2) unidades de interação social padronizada; (3) unidades simbólicas de identidade coletiva; e (4) uma unidade social em que as pessoas se unem para agir politicamente visando mudanças.

O termo *comunidade* ganha ênfase no campo da saúde em documentos importantes da saúde pública, a exemplo da Declaração de Alma-Ata de 1978, ao referir que os cuidados primários de saúde:

Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. (Declaração de Alma Ata, 1978)

A participação comunitária consta, ainda, na Carta de Ottawa, ao definir promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Em pesquisa sobre visões de comunidade de saúde, Un (2002) critica esses dois documentos, por afirmarem que “a comunidade não teria a capacidade suficiente para atuar na melhoria da saúde” (p. 53). O referido autor argumenta que nesses casos foi aplicada uma concepção predominante de comunidade como algo externo e que deve ser “aproveitado” para melhorar sua própria saúde. E acrescenta ainda: “O outro, individual ou coletivo, é inicialmente desqualificado, não reconhecendo seus avanços e aquilo que já detém e produz: as culturas de saúde” (p. 54).

Na abordagem de melhorias da saúde por meio da atuação da comunidade, dentro do contexto de educação em saúde, Minkler e Wallerstein (2002) conceituam os termos organização comunitária e construção comunitária. O primeiro é definido como o processo pelo qual grupos comunitários são auxiliados a identificar problemas ou objetivos, mobilizar recursos, e de outras formas, desenvolver e implementar estratégias para alcançar os objetivos definidos coletivamente.

A construção comunitária é um campo resultante do Movimento da Nova Promoção da Saúde, nos anos oitenta, nos Estados Unidos da América, de tendência da esquerda sanitária norte-americana, que consiste numa crítica solidária à organização comunitária, sendo um processo em que as próprias pessoas de uma comunidade engajam-se entre si e trabalham em conjunto para a mudança social. Nessa modalidade de atuação junto à comunidade, são abordadas as questões do poder, da educação, os conflitos relativos às injustiças, de forma análoga aos Movimentos Sociais na América Latina, tendo como influência importante o Método Paulo Freire de Alfabetização.

Em sua publicação denominada “Trabalhando com indivíduos, famílias e comunidades para melhorar a saúde materna e neonatal”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que tanto a melhoria dos serviços de saúde como a de ações em nível comunitário são exigidas para assegurar que mulheres e seus filhos recém-nascidos tenham acesso a serviços de saúde qualificados necessários, quando necessitarem dos mesmos (WHO, 2010). A seguir serão apresentados alguns conteúdos resumidos do referido documento.

A iniciativa “Tornar a Gravidez mais Segura” foi lançada em 2000 e agora faz parte de um Departamento da OMS com esse mesmo nome (Maker Pregnancy Safer – MPS) que tem o papel de fortalecer os esforços da Maternidade Segura desenvolvidos pela OMS.

Considera-se que a disponibilidade de serviços de saúde qualificados não produz efeitos desejáveis onde não há possibilidade de a pessoa ser saudável, fazer decisões

saudáveis e ser capaz para agir sobre essas decisões saudáveis. Desse modo, o objetivo de trabalhar em nível individual, de família e comunidade é contribuir para o empoderamento de mulheres, famílias e comunidades para melhorar e aumentar seu controle sobre a saúde materna e neonatal bem como ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade (WHO, 2010). Essa posição segue a linha da promoção da saúde definida na Carta de Ottawa, como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Assim, a iniciativa de “Tornar a Gravidez mais Segura” objetiva reduzir a mortalidade e morbidade materna e infantil, contribuindo para a melhoria da assistência às gestantes e para o aumento do número de mulheres que se beneficiam de assistentes qualificados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (WHO, 2010).

A iniciativa de trabalhando com indivíduos, famílias e comunidades para melhorar a saúde materna e neonatal compreende intervenções organizadas em quatro áreas (WHO, 2010):

- desenvolvendo CAPACIDADES para estar saudável, fazer decisões saudáveis e responder a emergências obstétricas e neonatais;
- ampliando CONSCIÊNCIA dos direitos, necessidades e problemas potenciais relacionados à saúde materna e neonatal;
- fortalecendo ALIANÇAS para apoio social entre as mulheres, homens, famílias e comunidades e com o sistema de saúde de atenção ao parto;
- melhorando QUALIDADE de cuidados e serviços de saúde e suas interações com mulheres, homens, famílias e comunidades.

As intervenções supracitadas não só favorecem ambientes para sobrevivência, mas também para mães, recém-nascidos, famílias e comunidades mais saudáveis, tendo como princípios orientadores (WHO, 2010):

1. buscar a justiça social e redução da pobreza para tratar de iniquidades em saúde;
2. facilitar o respeito, proteção e cumprimento dos direitos humanos das mulheres, homens, adolescentes e recém-nascidos;
3. respeitar os valores básicos de escolha, dignidade, diversidade e igualdade;
4. abordar gênero e sensibilidade cultural;
5. enfatizar recursos sociais e pessoais existentes.

As estratégias para o alcance do objetivo de trabalhar com indivíduos, famílias e comunidade, visando a melhoria da saúde materna e neonatal são: educação, ação comunitária para saúde, parcerias, fortalecimento institucional de saúde em nível

distrital, “advocacy” local. A intenção é que essas estratégias tenham interação entre si e sejam mutuamente reforçadas (WHO, 2010). Das estratégias citadas, as duas primeiras serão abordadas por terem mais afinidade com esta pesquisa.

A educação para indivíduos, famílias e comunidades visa prover mulheres, homens, famílias e comunidades com o conhecimento e competências para agir, manter, preservar, promover e melhorar a saúde materna e neonatal. As perspectivas de educação em saúde requisitadas são:

- fatores intrapessoais (conhecimentos, atitudes, comportamentos, auto-conceito, competências);
- processo interpessoal (sistemas de apoio social, famílias, grupos de trabalho);
- fatores institucionais (instituições de saúde e social);
- fatores comunitários (relações entre organizações e grupos);
- política pública (políticas e leis em nível nacional e local).

Destaca-se que o processo de educação deverá ser orientado para criar conhecimento, e não transferir conhecimento. A pressuposição é que o conhecimento seja desenvolvido e obtido a partir de um processo de reflexão crítica e de deliberação, sendo que o novo conhecimento está relacionado ao conhecimento existente (WHO, 2010). Essa linha da construção do conhecimento segue a mesma defendida por Paulo Freire, ao afirmar que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção, sendo o educando sujeito da produção do saber (Freire, 2008).

Dentro do propósito da iniciativa de Tornar Gravidez mais Segura, comunidade é definida como um grupo formado de pessoas com necessidades e problemas comuns, levando em conta suas diferenças sociais e econômicas além dos seus interesses dentro da comunidade (WHO, 2010). Dentre os papéis da comunidade estão o de ampliar consciência sobre as necessidades da saúde materna e neonatal e de melhorar a qualidade dos serviços de saúde. O conhecimento da comunidade ampliado nessas áreas resulta em ação ampliada para saúde e participação ampliada para participação na solução de problemas relacionados às necessidades da saúde materna e neonatal (WHO, 2010).

O “diálogo comunitário” (entre a comunidade e os serviços de saúde) é uma metodologia inovadora que pode servir para aumentar o entendimento mútuo e aumentar a consciência da realidade, perspectivas e condições das partes envolvidas (WHO, 2010).

Em seguida, serão dados dois exemplos de intervenções de mobilização comunitária e aplicação de práticas educativas que demonstram sua efetividade na redução da mortalidade materna e infantil.

Um estudo epidemiológico de ensaio de *cluster* randomizado e controlado foi realizado em zona rural de Malawi, com o monitoramento, pelo período de um ano, de 26.262 nascimentos ocorridos entre 2005 e 2009. Essa investigação comparou resultados de taxas de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil, e cobertura de aleitamento materno exclusivo, em grupos com e sem intervenção de ações de educação em saúde voltadas para problemas de saúde materna e infantil. Os autores, após as análises estatísticas, chegaram à interpretação de que a mobilização comunitária por meio de grupos de mulheres e de visitas domiciliares de conselheiros voluntários, desenvolvendo ações de educação em saúde, é um método que melhora os desfechos da saúde materna e infantil em populações pobres e rurais na África (Lewycka et al., 2013).

Prost e colaboradores publicaram um estudo incluindo ao mesmo tempo uma revisão sistemática e uma meta-análise de ensaios controlados randomizados, realizados em Bangladesh, Índia, Malawi e Nepal, nos quais os impactos de grupos de mulheres praticantes de aprendizagem participativa foram avaliados, para identificar preditores em nível populacional de efeitos sobre mortalidade materna, mortalidade neonatal e natimortos (Prost et al., 2013). Os termos definidos para seleção dos estudos da revisão sistemática foram: “mobilização comunitária”, “participação comunitária”, “ação participativa”, “aprendizagem participativa e ação”, “grupo mulheres”, “mulheres”. Sete ensaios foram identificados com os critérios de inclusão estabelecidos com um total de 119.428 nascimentos.

De um modo geral, a meta-análise, de todos os ensaios, mostrou que a exposição aos grupos de mulheres foi associada à redução da mortalidade materna e da mortalidade neonatal. Os pesquisadores interpretaram que com a participação de, pelo menos, um terço de mulheres grávidas e cobertura populacional adequada, grupos de mulheres, praticantes de ação e aprendizagem participatória, são uma estratégia custo-efetiva para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais de baixos recursos (Prost et al., 2013).

1.2.3 Empoderamento

A abordagem de comunidade e de suas formas de configuração, seja como organização comunitária ou construção comunitária, remete à compreensão de que as comunidades necessitam de cidadãos envolvidos em processos de aumento de poder (empoderamento – tradução de *empowerment* para o português, utilizada por muitos autores) e não de pessoas passivas na função de clientes consumidores da saúde como “objeto” (Un, 2002).

O tema de empoderamento está relacionado à promoção da saúde que foi conceituada na carta da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, tal como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Ministério da Saúde, 2002, pp. 19-20)

Assim a promoção da saúde propõe comunidades ativas, empoderadas para escolhas saudáveis e ações sobre condicionantes que resultem em impacto positivo na qualidade de vida (Oliveira, 2005; Santos & Westphal, 1999).

Uma definição abrangente de empoderamento é apresentada por Minkler e Wallerstein (2002): “um processo de ação social pelo qual indivíduos, comunidades, e organizações obtém domínio sobre suas vidas no contexto de mudar seus ambientes político e social para melhorar a equidade e qualidade de vida” (p. 289).

O conceito de empoderamento está presente, de modo implícito ou explícito, nos preceitos da promoção da saúde como os referentes ao desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e ao fortalecimento de ações comunitárias (Carvalho, 2004). E assim o conceito /estratégia de empoderamento, sucedendo à perspectiva behaviorista da educação em saúde da década de 1970, é considerado estruturante da promoção da

saúde, exercendo potencial papel para transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde (Carvalho & Gastaldo, 2008).

A complexidade do conceito de empoderamento é referenciada por Carvalho (2004), ao destacar suas influências na segunda metade do século XX, ocorridas nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social”, presentes nas sociedades dos países desenvolvidos. O mencionado autor refere, ainda, que nas décadas de 1970 a 1990, esse conceito recebeu influxo, respectivamente, dos movimentos de autoajuda, da psicologia comunitária e dos movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.

A literatura mostra uma vasta abordagem teórica sobre empoderamento e suas categorias de empoderamento psicológico e empoderamento comunitário com suas respectivas implicações na área da saúde (Carvalho, 2004; Carvalho & Gastaldo, 2008; Minkler & Wallerstein, 2002; Un, 2002). Alguns pontos sobre sua significação serão apresentados para melhor entendimento de sua relação com a educação em saúde.

O empoderamento psicológico é definido como: “um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (Carvalho, 2004, p. 1090). De forma bem clara, Carvalho (2004) critica a referida modalidade de empoderamento por não levar em conta a influência dos fatores sociais e estruturais, desconectando, assim, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que estão inseridos. Minkler e Wallerstein (2002), tomando como base o pensamento de Zimmerman, conceituam o empoderamento psicológico como aquele em nível individual que inclui o controle percebido das pessoas em relação às suas vidas, sua consciência crítica do seu contexto social, e sua eficácia política e participação em mudança.

Com contribuições da psicologia comunitária, das concepções do educador Paulo Freire e de proposições de outros estudiosos, emergiu a noção alternativa do empoderamento comunitário que prestigia a politização das estratégias do movimento da nova promoção à saúde. De acordo com Carvalho (2004): “a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de ‘empowerment’ impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem” (p.1091). Podem ser citados como exemplos de produtos finais do empoderamento comunitário:

senso ampliado de comunidade; competência comunitária e processos participatórios em maior grau; resultados de mudanças reais em políticas, condições transformadas, recursos incrementados que podem reduzir iniquidades (Minkler & Wallerstein, 2002).

Situado no cerne da educação em saúde, o empoderamento “...procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades...” (Carvalho & Gastaldo, 2008). Os referidos autores acrescentam, ainda, que os cenários para as ditas ações podem ser a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários.

A análise teórica sobre promoção à saúde e empoderamento, feita por Carvalho e Gastaldo (2008), chama a atenção para a busca de inovações nas práticas educativas em saúde:

A participação comunitária nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação das ações de saúde constitui uma das estratégias centrais da Promoção à Saúde. Esta abordagem coloca em relevo a necessidade de as ações em saúde buscarem fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos e do incentivo das ações que ofereçam suporte social aos coletivos comunitários, que estimulem processos de auto-ajuda [*sic*] e que busquem implementar novas práticas de Educação em Saúde. (p. 2031)

Carvalho (2004) ressalta o entendimento de muitos investigadores da promoção à saúde sobre a relevância dos serviços de assistência à saúde como espaço de realização de empoderamento, por isso defende que se valorize a rede de atenção do SUS brasileiro, como lugar privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores. Desse modo, o citado autor afirma: “Ao contribuir para a constituição de cidadãos saudáveis, conscientes de seu direito e portadores do ‘direito a ter direitos’, esses serviços aumentam a possibilidade de ações sociais que incidam positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença” (p.1094).

É defendido, ainda, que o empoderamento de mulheres, meninas e comunidades é um dos princípios orientadores para eliminar a mortalidade materna evitável. Esse indicador, em nível global e em segmentos vulneráveis da população, ainda é considerado muito elevado, a despeito de ter havido progresso em sua redução, em função de esforços empreendidos para cumprir a meta denominada “5.A” dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): diminuir a RMM em três quartos, de 1990 a 2015. O exercício de tal empoderamento na saúde reprodutiva requer a existência de

estratégias que assegurem não só o poder de decisão das mulheres, mas também a disponibilidade de opções que lhes permite exercer suas escolhas (WHO, 2015).

Evidências demonstram que meninas, ao exercerem seus direitos de adiar casamento e gravidez, decidindo avançar em seus estudos, a mortalidade materna cai a cada ano adicional de estudo que elas completam. Essa e outras intervenções contribuem para o empoderamento, significando a capacidade de as mulheres fazer as escolhas próprias em suas vidas reprodutivas, tomar decisões de cuidados de saúde e até mesmo influenciar a qualidade dos serviços por meio de mecanismos de participação e responsabilidade social (WHO, 2015).

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), promulgados em 2015, pela Organização das Nações Unidas (ONU), para cumprimento até o ano de 2030, destaca-se o quinto que se propõe a alcançar a igualdade de gênero e empoderar as mulheres e as meninas. Para tanto, a agenda definiu algumas metas, entre as quais:

- Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

- Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres.

- Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, em todos os níveis (PNUD, 2015, pp. 19-20).

1.2.4 Educação Popular em Saúde

A ação educativa desta pesquisa, por meio das oficinas em dinâmica de grupo, apoia-se em argumentos do pedagogo Paulo Freire e visa contribuir para a autonomia das mulheres na defesa dos direitos das gestantes e dos recém-nascidos e na busca do bem-estar materno e prevenção de óbitos maternos e infantis.

O referido autor define a prática educativo-progressiva como aquela a favor da autonomia do ser dos educandos que aprendem para ensinar, para conhecer e para intervir (Freire, 2008, pp. 13, 32). Em outras palavras, Freire reconhece homens e mulheres como seres fazedores da História e por ela feitos, seres da decisão, da ruptura, da opção (Freire, 2008, p. 129).

Em relação às atividades educativas do pré-natal, diferentemente da palestra que é de caráter informativo dos conteúdos pré-selecionados pelo palestrante, a oficina em dinâmica de grupo escuta seus participantes, dando-lhes oportunidades para falar, expressar suas percepções e sentimentos. Conforme Paulo Freire, o ensinar exige saber escutar, pois o educador ao escutar as dúvidas, receios e incompetências provisórias do educando, aprende a falar com ele, e é escutando bem que o educador se prepara para melhor se colocar, ou melhor, se situar do ponto de vista das ideias (Freire, 2008).

Na linha da prática educativo-progressiva, uma vez estabelecida a comunicação entre educador e educando, Freire convida o primeiro a desafiar o segundo com quem se comunica e a quem comunica, produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado, por isso, afirma que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (Freire, 2008).

Na concepção de Stotz, a educação popular em saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista cristã e socialista – encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Esse autor argumenta, ainda, que a educação popular em saúde se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas (Stotz, 2004).

A educação popular em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como: “Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde” (Ministério da Saúde, 2009, p. 23).

Movimento surgido na América Latina, entre o final da década de 1950 e o início da de 1960, a educação popular compreende com um dos seus sentidos, o trabalho político de luta pelas transformações sociais, como emancipação dos sujeitos, democratização e justiça social (Araújo, Almeida, & Nóbrega-Therrien, 2013; Brandão & Assumpção, 2009).

Ainda que a “educação popular não seja o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico” (Vasconcelos, 2004, p 73), tem se

mostrado capaz de identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes, já que se apresenta, ao mesmo tempo, como fenômeno sociocultural e concepção de educação.

A Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), cuja implementação vinha sendo demandada pelas Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 12ª de 2004, a 13ª de 2008 e a 14ª de 2011 (Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013).

Na pesquisa de campo, apresentada nesta tese, os temas discutidos, a partir dos interesses definidos pelas próprias gestantes, versaram sobre: (1) direitos da gestante como usuária do SUS em relação aos princípios de universalidade, equidade e integralidade; (2) direitos da mulher em relação à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; (3) direitos da gestante à maternidade segura; e (4) direitos da criança ao nascimento seguro. A abordagem das gestantes no formato, de oficinas e os respectivos conteúdos considerados, como uma ação educativa para qualificar e fortalecer as gestantes na tomada de cuidados para a promoção de saúde, encontram consonância com o que diz o Artigo 2º da PNEPS-SUS:

A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013)

Inclusive os princípios orientadores da PNEPS-SUS, alguns dos quais abaixo relacionados, com sua definição trazida pela Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, foram buscados para a aplicação prática nas oficinas em dinâmica de grupo com as gestantes desta pesquisa (Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013):

Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

A **problematização** implica a existência de relações dialógicas e propõe a

construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

A **construção compartilhada do conhecimento** consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

A **emancipação** é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

Assim, a oficina caracterizada como uma prática de intervenção psicossocial no contexto pedagógico e comunitário, ao usar a informação e reflexão, além de abordar com os significados afetivos e as vivências relacionadas ao tema em foco (Afonso, 2010), neste caso o do bem-estar materno e o da prevenção de mortes maternas e infantis, vai ao encontro dos princípios da PNEPS-SUS relativos ao diálogo, amorosidade e problematização. Assim um dos resultados almejados das oficinas, especialmente a partir da construção compartilhada do conhecimento, consistiu no alcance da emancipação pelas gestantes visando à melhoria de seu bem-estar e, conseqüentemente, a prevenção do adoecimento e morte materna e do concepto.

1.3 Avaliação de Intervenção Educativa

É cada vez mais consensual na literatura de promoção da saúde que a avaliação, por representar um processo constante e constituinte da intervenção, não deve se sobrepor a esta prática interventista no desenvolvimento de ações de educação em saúde (Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto, & Souza, 2004; Pedrosa, 2001). Os dicionários definem avaliar como o ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa. Silva & Brandão (2003) entendem a avaliação como:

...a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações. (p.3)

Ressaltando-se que ao julgar, confronta-se o objeto de avaliação com um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros (Furtado, 2012). A avaliação em saúde apresenta abordagens diversificadas e múltiplos objetos. Apesar da diversidade sobre aspectos da avaliação, alguns autores concordam com o ponto de que “avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes” (Furtado, 2001, p. 168). Outra definição de avaliação, no âmbito da saúde, considerada nesta tese é a reportada por Vieira-da-Silva (2014):

...um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando a aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação. (p. 16)

Comparando as duas definições de avaliação mencionadas, evidencia-se o aspecto comum do julgamento de um determinado objeto. Os autores Silva e Brandão reportam-se à aplicação do método científico no ato avaliativo e à finalidade da avaliação tanto para o desenvolvimento de pessoas como de organizações. Vieira-da-Silva destaca que se avalia não somente a intervenção em si, mas, também, seus produtos.

Furtado (2012) apresenta uma proposta de condução de um processo avaliativo, passando por oito passos, a saber: (1) identificação dos grupos de interesse, (2) definição dos propósitos da avaliação, (3) descrição do programa, (4) definir as questões da avaliação, (5) desenho da avaliação, (6) coleta e análise dos dados, (7) comunicação dos resultados, e (8) utilização dos resultados. O referido autor salienta que as questões da avaliação (passo 4) devem seguir cinco critérios: pertinência em relação ao objeto avaliado, capacidade de levantar informações relevantes, grau de importância para um ou mais grupos de interesse, recursos e tempo necessário para responder a essas questões.

As avaliações em promoção da saúde diferem conforme os seus objetivos: avaliação de contexto, normativa, estratégica e de empoderamento (empowerment evaluation). Esta última, conhecida também como avaliação que autofortalece, avaliação de quarta geração, avaliação construtivista, avaliação comunicativa (Vieira-da-Silva, 2014). Encontra “apoio nos métodos qualitativos, além dos quantitativos, com foco na utilização dos resultados da avaliação na melhoria da intervenção” (Serapioni, Lopes, & Silva, 2013, p.550). A avaliação de empoderamento, considerada neste

trabalho, estabelece-se por meio da negociação entre avaliador e avaliado, objetivando acúmulo de poder por parte dos que desenvolvem a intervenção com as informações produzidas (Pedrosa, 2001).

A avaliação de empoderamento inclui-se no grupo daquelas da quarta geração de avaliadores, proposto por Guba e Lincoln, segundo a afirmação de Furtado (2001), ao estudar métodos construtivistas para a avaliação em saúde. As avaliações da quarta geração são de cunho inclusivo e participativo e têm como propósitos: “evidenciar as diferentes percepções e questões dos grupos de implicados (suas construções), capacitação e desenvolvimento (*empowerment*) dos envolvidos e criação de espaços de negociação fecunda para a construção comum das mudanças” (Furtado, 2001, p. 171). Sua base teórica é o processo hermenêutico dialético, respectivamente, por ter caráter interpretativo, e porque considera comparação e contraste de diferentes pontos de vista, visando um elevado nível de síntese, no aspecto hegeliano.

É defendida a importância da avaliação de empoderamento, considerando-o no nível individual e no coletivo (em todas as suas dimensões: autoestima, autoeficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio), tanto em seu processo como em seus resultados (Becker, et al. 2004).

Syme (2004) chama a atenção para a dificuldade de promover a avaliação de empoderamento comunitário. Existe toda uma complexidade de intervenções em função de uma multiplicidade de propostas, iniciativas e atores envolvidos que exigem metodologias combinadas; além de longo prazo necessário para a verificação de resultados visíveis; problemas para a obtenção de dados em populações relativamente pequenas; dentre outros obstáculos (Becker et al., 2004).

A OMS, em 1998, por intermédio do grupo de trabalho do Relatório *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-makers*, estabeleceu os aspectos essenciais a serem considerados numa avaliação adequada de iniciativas de promoção da saúde:

- Participação: deve envolver em cada estágio da iniciativa, de uma maneira apropriada, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa em avaliação.
- Múltiplos métodos: delineamentos devem incluir elementos de vários campos disciplinares, recorrendo a vários procedimentos para a coleta e processamento de dados.

- Capacidade (*capacity building*): deve aperfeiçoar a capacidade de indivíduos, comunidades, organizações e governos para resolução de problemas relevantes de promoção da saúde.
- Adequabilidade (*appropriateness*): deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.

As recomendações fundamentaram-se na argumentação de que a implementação do conceito de promoção da saúde depende de ações que sejam capacitantes (*empowering*), participativas, holísticas, intersetoriais, equânimes, sustentáveis e multiestratégicas (WHO, 1998).

No Brasil, a legislação do SUS, como as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 e o Decreto nº 7.508 de 2011, reforça as ações de promoção da saúde integrando o elenco de ofertas nos programas de saúde, tendo a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. Pedrosa (2004) ressalta, por exemplo, algumas das bases apontadas para a estruturação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96:

- As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias, impulsionando mudanças intersetoriais.
- O modelo epidemiológico considerado eixo de análise dos problemas de saúde, por entender que este modelo incorpora como objeto de ação as pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais.
- Tecnologias em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível de ação.
- A construção da ética coletiva que agrega as relações entre usuário, sistema e ambiente, e que possibilite modificações nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde. (p. 621)

Da parte do Decreto nº 7.508 de 2011, destacam-se as referências feitas para a garantia da gestão participativa: 1) a avaliação do usuário das ações e dos serviços, 2) apuração permanente das necessidades e interesses do usuário, 3) publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde (Decreto nº 7.508 de 2011, 2011).

Becker et al. (2004), ao realizarem uma avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde, observaram a autoestima elevada dos participantes de sua pesquisa. Os autores perceberam, ainda, o reconhecimento do participante como sujeito de direitos. Esse último produto de sua intervenção social, de

dimensão política, foi associado à autoestima, que é uma dimensão psicológica do empoderamento.

A constatação de Becker et al. (2004) é corroborada pela conclusão dos estudos de Laverack e Wallerstein (2001) de que o empoderamento psicológico, experimentado em nível individual, tal como o aumento da autoestima, pode ser resultante de uma ação coletiva desenvolvida. Zimmerman (1990), em suas investigações sobre a teoria do empoderamento, argumentou que o empoderamento psicológico é um construto que incorpora ações e percepções da pessoa dentro de seu contexto social.

Visando ao monitoramento das ações de promoção da saúde, a Divisão de Promoção e Proteção da Saúde da Organização Panamericana da Saúde, em 1994, apresentou uma lista de indicadores de saúde e bem-estar em municípios saudáveis (Pedrosa, 2001). Os mencionados indicadores foram organizados em três grupos:

- Grupo I - indicadores dos determinantes da promoção da saúde: compromisso político, criação de ambientes saudáveis, organização e participação comunitária, desenvolvimento de atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde;
- Grupo II – indicadores dos determinantes da saúde: ambiente (físico, demográfico, social, econômico), biologia humana, estilos de vida e conduta e serviços de saúde;
- Grupo III – indicadores do estado de saúde: saúde subjetiva, saúde objetiva (mortalidade, morbidade, invalidez).

Um reagrupamento dos indicadores é proposto por Pedrosa (2001), levando-se em conta uma série de considerações, inclusive a sua viabilidade de construção pela maioria dos municípios brasileiros. Desse modo, 45 indicadores são reorganizados em três grupos: (1) indicadores de condições objetivas de saúde, (2) indicadores de condições estruturantes, e (3) indicadores de hábitos e condições subjetivas de saúde.

Os indicadores de avaliação de promoção da saúde resultam da complementaridade de informações quantitativas e qualitativas. As primeiras enfocam a realidade objetiva, por meio de indicadores mensuráveis dos eventos que ocorrem em nível individual e populacional (informações de morbidade, de mortalidade, demográficas, sociais, econômicas, de disponibilidade, utilização e custos dos serviços).

Já as variáveis qualitativas incluem às relacionadas ao processo de formulação e implementação da política de saúde, ao nível de organização da comunidade, além daquelas referentes à visibilidade da comunidade sobre suas condições de vida; e ao

acolhimento, ao atendimento, às relações interpessoais entre o usuário e os diversos profissionais de saúde, à garantia dos direitos individuais à privacidade, resolução e qualidade dos serviços de saúde em relação às demandas da comunidade (Pedrosa, 2001; Vieira-da-Silva, 2014).

De acordo com Pedrosa (2001), a avaliação da promoção da saúde no âmbito da realidade objetiva, faz a leitura da “Representação do real construída de fora para dentro – predominância do olhar do técnico – a racionalidade instrumental. Busca a efetividade das metas da intervenção” (p. 161). Pedrosa refere que a avaliação dirigida à realidade subjetiva considera “Representação do real construída de dentro para fora – predominância do olhar da coletividade – a racionalidade comunicativa. Busca o impacto – os resultados – no cotidiano da comunidade” (p. 161).

Uma das principais técnicas da coleta de informações dos indicadores de avaliação de promoção da saúde estabelecidos consiste no registro e sistematização dos relatos dos participantes da intervenção. Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto e Souza (2004) destacam a definição dada por Akerman à referida sistematização:

A experiência de aprendizagem coletiva e de aprofundamento que converte em relatos o que está sendo vivido, refletindo-se sobre eles, dando-lhes nova ordem, a fim de se produzir conhecimento para os atores e o programa, aumentando assim a possibilidade de se utilizar em outras experiências similares o conhecimento obtido. A sistematização identifica pistas que ajudam a compreender a realidade e a construir sentidos que a façam mais compreensível (Becker et al, 2004, p. 664).

Uma das avaliações da promoção da saúde diz respeito à percepção dos usuários, a partir das informações coletadas por meio de entrevistas, observação direta ou análise de documentos, especialmente as de natureza qualitativa como as variáveis qualitativas citadas acima. A expressão “percepção dos usuários” é preferida por Vieira-da-Silva (2014) no lugar do termo “satisfação dos usuários”. Segundo essa autora, a maioria das avaliações indica elevada satisfação, resultado de pouca utilidade para o gestor. Isto é explicado em função da imposição de problemática por parte do avaliador, ou seja, uma resposta induzida pelas perguntas formuladas. O usuário responde estar satisfeito pelo viés de gratidão ou receio de perder o direito ao serviço. Outros fatores podem influenciar a opinião dos usuários de saúde: momento e local da entrevista, posição do avaliador, se externa ou interna em relação à instituição. Diante do exposto, torna-se

relevante o pesquisador assegurar-se de cuidados metodológicos para obter o conhecimento da percepção dos usuários.

1.4 Inovação em Saúde

Algumas pontuações sobre inovação serão apresentadas nesta seção para compreensão do caráter inovador da proposta de tecnologia de ensino na saúde desta tese. Considerando que a qualidade de inovação é atribuída a um evento, seja atividade científica, tecnológica ou outra, produto, serviço ou outro, em seguida, serão abordados alguns aspectos pertinentes à tecnologia, já que a intervenção educativa deste trabalho trata-se de um recurso tecnológico de cunho inovativo. Em função de existirem diferentes maneiras de nomear as tecnologias, conforme suas finalidades, as classificações de tecnologia dadas por Mehry, pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e pelo Ministério da Saúde serão apresentadas. Posteriormente, serão explicitadas as características da intervenção tecnológica deste trabalho de acordo com as classificações de Mehry, do MCTI e do Ministério da Saúde.

Mais adiante será exibida a definição de inovação e de inovação tecnológica de serviços. Em nível de estratégias, inovação e tecnologia contam com a cooperação do Estado e da sociedade civil, por isso serão informadas suas inserções junto ao MCTI, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica (PROTEC). Por último serão apresentadas as razões que justificam a condição de inovação da tecnologia desta pesquisa.

O termo “tecnologia”, incluso na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS), formada a partir do vocabulário Medical Subject Headings (MeSH), produzido pela *National Library of Medicine* (NLM), é conceituado da seguinte forma: “a aplicação do conhecimento científico para propósitos práticos em qualquer campo, podendo incluir métodos, técnicas e instrumentação” (Tecnologia, 2016). Especificamente “tecnologia em saúde”, enquanto descritor em ciências da saúde da BVS, tem significado de aplicação de tecnologia para solução de problemas médicos, tendo como sinônimos “tecnologia aplicada à assistência à saúde” e “tecnologia aplicada aos cuidados de saúde” (Tecnologia em saúde, 2016).

De acordo com Merhy (2000), nas formas de produzir saúde, encontram-se as tecnologias leves, leves-duras e duras. As primeiras são aquelas que estão presentes no

espaço relacional trabalhador-usuário, implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos que só tem materialidade no ato, como os processos de falas e escutas, relações de acolhimento e vínculo, autonomização, e gestão como forma de orientar o processo (Merhy, 2000). Esse mesmo autor define, ainda, que as tecnologias leves-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, enquanto as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. Uma vez que o trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas relações entre sujeitos, Merhy propõe que se tome como eixo analítico vital dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras.

O MCTI, no seu papel de implantar, coordenar e acompanhar a política nacional de pesquisa científica, tecnológica e inovação, atua em três áreas temáticas: (1) desenvolvimento social, (2) competitividade brasileira, e (3) recursos naturais e meio ambiente. Na primeira área apoia o desenvolvimento da tecnologia de ordem assistiva, sustentável e social. A tecnologia assistiva está direcionada às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, visando ao aumento de sua autonomia e independência. As tecnologias sustentáveis objetivam colaborar para a solução de problemas sociais com a utilização de ferramentas tecnológicas de resíduos (MCTI, 2016).

A tecnologia social “compreende produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que represente efetivas soluções de transformação social” (MCTI, 2016). Dentre as diretrizes da tecnologia social apontadas pelo MCTI, ênfase é conferida para as apresentadas em seguida, por se identificarem com a proposta deste trabalho: promover a interação dos conhecimentos acadêmicos com os saberes e as práticas sociais acumuladas, de forma que a sociedade deles se aproprie, difunda, gere novos saberes e usufrua dos seus resultados; construir metodologias interativas e participativas; e reafirmar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como estratégia de desenvolvimento e difusão científicos e tecnológicos (MCTI, 2016).

O Ministério da Saúde classifica as tecnologias segundo dois aspectos: natureza e função no processo de cuidado em saúde. Quanto à natureza, as tecnologias são agrupadas em medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos

assistenciais (Decreto nº 7.646 de 2011). Em relação à sua função no processo de cuidado em saúde, a tecnologia pode ser de promoção em saúde, preventiva, diagnóstica, terapêutica ou reabilitadora (Ministério da Saúde, 2014).

A partir dos aspectos gerais explanados sobre tecnologia, serão descritas, em seguida, as características da intervenção desta pesquisa que consiste numa ação psicossocial e educativa, na forma de oficina em dinâmica de grupo com mulheres, visando à melhoria da saúde materna. Desse modo, trata-se de uma intervenção tecnológica leve-dura, conforme classificação de Mehry, por atender o critério de tecnologia leve, ao considerar relações entre sujeitos, o trabalhador (pesquisadora) e o usuário de saúde (mulheres). Responde à condição leve-dura, ao abordar uma área do conhecimento, como a saúde materna que é objeto de ensino no grupo educativo.

A intervenção em foco pode ser designada como uma tecnologia social, pela definição acima exposta do MCTI, por ser direcionada à comunidade representada pelas mulheres da pesquisa, objetivando a interação do saber acadêmico com o popular e a produção compartilhada de um novo conhecimento que resulte em benefícios como a melhoria da saúde materna.

Na ótica da categorização de tecnologia pelo Ministério da Saúde, a tecnologia em foco desta pesquisa concerne-se a um procedimento educacional, em nível de promoção da saúde, considerando a situação da intervenção quanto ao processo de cuidado em saúde.

A Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, que dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação, define inovação como:

Introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos ou que compreenda a agregação de novas funcionalidades ou características a produto, serviço ou processo já existente que possa resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho (Artigo 2º para. 3)

Inovação no dicionário de terminologia da BVS é definida nessa conformidade:

Atividade de caráter científico, tecnológico, organizacional, financeiro ou comercial que se executa com o objetivo de obter produtos, processos tecnológicos e serviços totalmente novos ou melhorados de forma significativa. Considera-se que uma inovação tenha sido implementada se estiver aplicada à prática social ou se for usada dentro de um processo produtivo ou de

determinados serviços. Tal implementação pode se dar em regime de transação comercial ou não. Inovação é definida como resultado da introdução de novo conhecimento ou tecnologia econômica e socialmente útil (o sentido de novo se aplica ao local onde é introduzido e não possui sentido universal). (Inovação, 2016)

À luz das definições expostas, constata-se que inovação não se refere exclusivamente à introdução de uma novidade em determinado ambiente social ou produtivo, mas, também, compreende as melhorias imputadas a serviços, processos ou produtos. Outro aspecto a ressaltar é o sentido relativo de “novo” do termo em foco que é atribuído ao local de introdução da inovação. Desse modo, pode se dizer que certa tecnologia é inovadora em determinadas localidades, mas em outras não.

Face ao exposto, a inovação tecnológica de serviços (a inovação e a tecnologia aplicadas aos serviços) abrange não só as implantações de serviços tecnologicamente novos, mas, também, as substanciais melhorias tecnológicas em serviços (Ministério da Saúde, 2002).

A inovação e a tecnologia em saúde são abordadas na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) que é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS. A PNCTIS é vista como um componente das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais, uma vez que deve estar voltada para as necessidades de saúde da população, tendo como objetivos principais: desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade (Ministério da Saúde, 2008).

Dentre as estratégias da PNCTIS, duas são destacadas: (1) sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde; e (2) criação do sistema nacional de inovação em saúde. A primeira é dita “como condição de desenvolvimento sustentável e bem-estar, demanda conscientização e mobilização política, visão de futuro e construção da capacitação nacional em ciência, tecnologia e inovação, para responder e se antecipar às necessidades do País” (Ministério da Saúde, 2008).

No que concerne à criação do sistema nacional de inovação em saúde, a PNCTIS expressa a necessidade de mobilização da totalidade da capacidade instalada de pesquisa, ensino, iniciativas de desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde,

numa perspectiva metodológica específica e intersetorial, incluindo redes de cooperação interinstitucional (Ministério da Saúde, 2008).

Cabe ao Ministério da Saúde, por intermédio da assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), o papel de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS (Ministério da Saúde, 2014).

A sociedade civil organizada participa do incentivo à inovação, a exemplo da PROTEC que tem como atribuição “estimular, fomentar e mobilizar os diversos segmentos da Sociedade e dos Poderes Públicos em toda e qualquer atividade que promova a pesquisa e o desenvolvimento de inovações tecnológicas realizadas no País” (Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica, 2002).

Julga-se que a intervenção educativa desta pesquisa junto a grupos de gestantes seja de caráter inovador por três motivos mencionados e mais adiante descritos: (1) por sua realização em local sem a prática de conduzir atividades educativas grupais; (2) por sua proposta de agregação de novas práticas educativas voltadas ao bem-estar materno, somando-se a outros empreendimentos de orientações educacionais feitos em consultas médicas e de enfermagem de modo individual a cada gestante, e em palestras para um conjunto de grávidas; e (3) por seu potencial de promover desenvolvimento pessoal de gestantes, qualificando-as e empoderando-as em temas de saúde materna e infantil, incluindo o conhecimento dos direitos da gestante e da criança na saúde.

Considera-se que a situação de mulheres capacitadas e empoderadas, ao formar uma rede com equipes de profissionais e gestores de saúde, grupos sociais e as próprias famílias, favorece o desenvolvimento da educação em saúde radical que será abordada ainda nesta seção.

Embora a formação de grupos de gestantes exista, há muito tempo, por iniciativa de serviços de saúde, de academia ou de mulheres e famílias, geralmente o enfoque de suas discussões gira em torno de questões da fisiologia do ciclo gravídico-puerperal e da assistência na conceituação biomédica. As referidas questões são pré-definidas, exclusivamente por seus organizadores, sem a participação das mulheres grávidas para escolha dos temas de seu interesse. Os encontros grupais nem sempre estão incorporados de forma institucionalizada na rotina dos serviços de saúde que usualmente oferecem duas a três palestras para gestantes, como no caso do local desta pesquisa. Portanto, tomando essas considerações, de acordo com o conceito de inovação conferido pela BVS, a intervenção educativa grupal reveste-se caráter inovador, por ser

uma tecnologia nova para aplicação em serviço de saúde que não a pratica em sua rotina.

Reforça o atributo inovativo da intervenção sugerida, o fato de que a realização de oficinas educativas com grupos de mulheres grávidas, ao somar-se a outras atividades de orientação educacional (palestras e atendimento individual na consulta com o médico e o enfermeiro), contribui para ampliar as ações da educação em saúde voltadas para as gestantes. Entende-se que não se faz educação em saúde somente com a transmissão de informações de um educador (profissional de saúde) para um educando (gestante), por meio de palestras e consultas, no sentido de um ensino bancário (Freire, 2005), dentro do modelo transmissional da comunicação adotado com predominância nos serviços de saúde da América Latina (Rozemberg, 2012). A oficina grupal indicada é mais que uma intervenção pedagógica, consiste numa prática de intervenção psicossocial, propiciando diálogo, conscientização coletiva do contexto social, favorecedora do potencial do indivíduo e do grupo para promoção de mudança (Afonso, 2010; Freire, 1979; Oliveira, 2005). A tecnologia apresentada, por ser uma propositura de intervenção educativa na linha libertária de Paulo Freire, representa um recurso adicional transformador, para coexistir com outras iniciativas de educação em saúde tradicionais (como as palestras) na rede de atenção materno-infantil. Desse modo, a tecnologia desta pesquisa é inovadora por seu caráter funcional, conforme a definição de inovação conferida pela Lei nº 13.243 de 2016.

A terceira argumentação, que fala a favor do potencial inovador da tecnologia de cuidado desenvolvida neste trabalho, refere-se à abordagem metodológica denominada como educação em saúde radical. Geralmente, os serviços de saúde praticam a intervenção educativa baseada no modelo preventivo ou tradicional, centrado na prevenção de doenças e na responsabilização individual. A educação em saúde não deve se preocupar apenas em prevenir doenças, mas capacitar as pessoas para a luta por uma vida mais saudável e com mais qualidade (Ministério da Saúde, 2002; Oliveira, 2005).

Em consonância com os pressupostos da promoção da saúde, um novo enfoque de educação em saúde ganha espaço no contexto da saúde pública: o modelo radical de educação em saúde que está apoiado numa ampliação da consciência crítica das pessoas, relacionada à noção de conscientização (Freire, 1979; Oliveira, 2005). Freire (1979) defende que a consciência reflexiva deva ser estimulada para que o educando reflita sobre a sua própria realidade. O referido autor acrescenta: “Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e

procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias” (Freire, 1979, p. 16).

A educação radical trabalha com grupos de pessoas, uma vez que o ambiente grupal propicia o aumento da consciência crítica, em função de seu potencial para suscitar a troca de ideias entre os sujeitos (Oliveira, 2005). No mencionado modelo de educação o grupo busca a identificação das origens da realidade pessoal e coletiva. Em seguida são planejadas ações para transformar a realidade na linha da teoria construtivista que pressupõe a produção do conhecimento a partir da interação do sujeito com o seu meio social (Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005).

Além da conscientização para mudar a realidade em seus aspectos político e social, visando melhorar a equidade e a qualidade de vida, faz-se necessário tanto o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais como o fortalecimento de ações comunitárias, ou seja, o empoderamento individual e comunitário, sem os quais não são cumpridos os objetivos da educação em saúde (Carvalho, 2004; Minkler & Wallerstein, 2002; Oliveira, 2005).

A capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde é referida na definição de promoção da saúde, apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986 (Ministério da Saúde, 2002). No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio da Portaria nº 687 de 30/3/2006, estabelecendo como um dos objetivos específicos: “Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas / contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde” (Ministério da Saúde, 2010, p. 17).

Labonte (1996), a partir do paradigma crítico da promoção da saúde – aquele em que as construções sociais da realidade estabelecem relações de poder de forma implícita – propõe um modelo teórico das dimensões da saúde e do bem-estar em articulação com outros âmbitos da vida. O referido autor identifica seis categorias resultantes da interface das três dimensões de bem-estar da definição de saúde da OMS (físico, mental e social): (1) energia vital, (2) relações sociais, (3) controle sobre a vida, (4) habilidade para fazer o desejado, (5) projeto de vida, e (6) vida comunitária. Essas seis categorias visualizadas da interseção das três dimensões da saúde individual “representam o alcance do poder do indivíduo para controlar e alterar os determinantes de sua saúde” (Chiesa, Fracoli, Veríssimo, Zoboli, & Oliveira, 2009, p. 1353).

Nota-se que o modelo de Labonte agrega aspectos de positividade da saúde, além de extrapolar a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde (Chiesa et al., 2009; Labonte, 1996). A interseção de todas as dimensões representa o bem-estar que é factível em certo momento histórico dentro da estrutura geral da sociedade.

Considerando que o trabalho dos profissionais de saúde na perspectiva da promoção da saúde pode ser fortalecido, Chiesa et al. (2009) acrescentam três categorias conceituais ao modelo teórico do conceito dialético de saúde e bem-estar de Labonte:

Resiliência, construindo espaços sociais diante das adversidades, a fim de desfrutar boas experiências no contexto de vida e trabalho; *Autonomia*, abrangendo a relação da vitalidade física com o projeto de vida, para atribuir um sentido positivo ao viver; e *Empowerment comunitário*, abarcando os projetos futuros dos indivíduos no interior das relações sociais para gerar processos de transformação sobre os condicionantes e determinantes da vida. (p. 1354)

A seguir, a Figura 2 apresenta ilustração esquemática.



Figura 2. Diagrama: saúde e bem-estar.

Chiesa et al., 2009, adaptado de Labonte, 1996.

A proposta de intervenção educativa deste trabalho tem em vista as dimensões e interfaces expressas no modelo construído, a partir da lógica do paradigma crítico da promoção da saúde, com toda a complexidade e dinamicidade contida no processo saúde-doença. Sendo assim, por meio da intervenção de capacitação dos grupos de gestantes, ao proporcionar informações, ao desenvolver ações de educação e comunicação, disponibiliza-se uma sugestão de tecnologia de promoção da saúde,

inovadora no contexto do local da pesquisa e pelos demais motivos anteriormente expostos. Todo esse empreendimento na direção de contribuir para a ampliação da consciência crítica e cumprimento dos direitos reprodutivos, visando à melhoria do bem-estar materno.

CAPÍTULO 2 - MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL: CONHECER PARA EVITAR

Este capítulo engloba os temas de morte e cuidados da área materno-infantil. Inicialmente serão feitas explanações sobre o tema da mortalidade materna e infantil em relação aos aspectos da situação epidemiológica, determinantes sociais, evitabilidade das mortes, invisibilidade das mortes maternas e violação dos direitos humanos. Adiante, será feita exposição sobre a Rede Cegonha, uma das redes de atenção do SUS, voltada para a atenção materno-infantil. Em seguida será discorrido sobre o acompanhamento das gestantes na atenção básica. Por último, será dado enfoque às ações educativas, durante o pré-natal, descrevendo o que consta normatizado e o que se aplica na prática.

2.1 Mortalidade Materna e Infantil

2.1.1 Situação Epidemiológica

A OMS define morte materna aquela de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2008). Mortalidade infantil é o termo para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade (Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2008).

Dentre os oito ODM estabelecidos pela ONU, no ano 2000, dois são afetos à saúde materna e à infantil: melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade na infância. Em termos de metas, a ONU propôs, para o período de 1990 a 2015, diminuir em três quartos (75%) as mortes maternas, e em dois terços (67%) os óbitos em crianças menores de cinco anos de idade (Programa das Nações Unidas, 2015).

O Relatório dos ODM 2015, publicado pela ONU em julho de 2015, avalia como bem-sucedidos os 15 anos de esforços para o alcance dos objetivos da Declaração do Milênio, apesar de deficiências ainda existentes. De acordo com o relatório, com intervenções específicas, estratégias sólidas, recursos adequados e vontade política, até mesmo países mais pobres alcançaram progressos. Ressalva é feita que embora tenha

havido muitos sucessos, as populações mais pobres e vulneráveis estão sendo deixadas para trás (ONU, 2015).

A RMM é um bom indicador de saúde do grupo populacional feminino, sendo útil para estimar as iniquidades, ao se compararem áreas ou regiões de variados níveis de desenvolvimento (Laurenti, Mello-Jorge, & Gotlieb, 2000, Ministério da Saúde, 2007).

Dados estimados da OMS apontam que, em 1990, a RMM em nível global era de 380 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. O valor desse indicador caiu para 210/100.00 em 2015, uma queda de 45%, aquém da esperada (75%), e, portanto, a meta estipulada não foi alcançada. A distribuição do risco de morte materna é desigual no mundo, sendo em 2015, superior a 800/100.000 nos países de Serra Leoa, República Centro-Africana, Chade e Nigéria, em níveis bem mais elevados do que o verificado na Polônia, Islândia, Grécia, Finlândia, Suécia, Kuwait, Itália, República Checa, Belarus e Áustria, onde a RMM foi inferior a 5/100.000, quadro demonstrativo da importante desigualdade social determinando a mortalidade materna em regiões mais pobres (WHO, 2016b). Nesse mesmo ano, considerando as RMM estimadas pela OMS, a do Brasil foi quase 15 vezes maior do que a da Polônia, que apresentou o menor valor desse indicador dentre 181 países analisados, ou seja, 44,0 contra 3,0/100.000 nascidos vivos (WHO, 2016b).

De acordo com Victora (2011), no Brasil o aumento da cobertura e da equidade de vários indicadores relativos ao período reprodutivo, à atenção pré-natal e ao parto são encorajadores. Para o país atender a meta da redução da mortalidade materna, foi projetada a RMM de 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 2015. RMM corrigida para o Brasil na série histórica de 1990 a 2012 revela uma tendência decrescente desse indicador, passando, respectivamente, de 143/100.000 para 61,5/100.000, representando um declínio de 56% (Ministério da Saúde, 2014). Em termos de números absolutos, por ano, no país, as mortes maternas, de 2013 a 2015, na mesma ordem, corresponderam a 1.686, 1.651 e 1.178 (Ministério da Saúde, 2016e). Sendo os dados de 2015, parciais até 18/1/2016. Entretanto, todos esses valores são insuficientes para o alcance da meta do ODM estabelecida para 2015.

Considerando os dados de projeção para 2015, em nível global, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade reduziu mais do que a metade, passando de 90 para 43 mortes por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015, correspondendo a uma diminuição de 53%. Nota-se que a meta mundial desse indicador

não foi alcançada, pois se esperava um declínio de 67%. A maioria das mortes diárias em 2015, de 16 mil crianças menores de cinco anos de idade, tem como motivo as causas preveníveis. Atualmente, a África subsaariana é a região do mundo que apresenta a mais elevada TMI, ou seja, 80/1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

De acordo com o artigo publicado em setembro de 2015 pela revista Lancet e intitulado 'Níveis e tendências globais, regionais e nacionais em menores de cinco anos - mortalidade entre 1990 e 2015, com base em cenários e projeções para 2030: uma análise sistemática pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil', em 2015, a taxa de mortalidade estimada em menores de cinco anos variou de um valor mínimo de 2,0/1.000 em Luxemburgo para um máximo de 157,0/1.000 nascidos vivos na Angola. As maiores taxas de mortalidade em menores de cinco anos de idade continuam nas regiões oeste e central da África, 15 vezes maior que as taxas em países de alta renda. Os sete países que apresentaram taxa superior a 100/1.000 estão na África subsaariana: Angola, Chade, Somália, República Centro-Africana, Serra Leoa, Mali e Nigéria (You et al., 2015).

Para esse mesmo ano de 2015, ao comparar as TMI estimadas pela OMS de 194 países, o Brasil revelou uma magnitude desse indicador mais de sete vezes superior ao de Luxemburgo, ou seja, 15,0 contra 2,0 /1.000 nascidos vivos (WHO, 2016c).

Esse mesmo estudo chama a atenção para as disparidades da taxa de mortalidade na infância (entre os menores cinco anos de idade) internamente nos países, dando como um dos exemplos, o caso do Brasil que apesar de ter reduzido sua taxa de 60,8/1.000 em 1990 para 16,4/1.000 em 2015 (dado projetado), representando um declínio de 73%, e mesmo com mais de 1.000 municípios com taxa inferior a 5/1.000, de forma bem contrastante, em 32 municípios esse indicador excede 80 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Essa mesma publicação salienta, ainda, que as crianças indígenas com menos de um ano de idade têm duas vezes mais risco de morrer do que outras crianças brasileiras na mesma faixa etária (You et al., 2015).

Composta por óbitos neonatais (ocorrem de 0 até 28 dias incompletos após o nascimento) e pós-neonatais (ocorrem entre 28 dias e 11 meses de vida), a mortalidade infantil é um coeficiente que retrata as condições de vida de uma população. Este coeficiente é utilizado como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações, bem como da qualidade e organização da assistência prestada nos diversos níveis de organização dos serviços de saúde (Bercini, 1994).

Victora (2011) refere que o Brasil tem sido bem-sucedido na melhoria da saúde e nutrição infantil, refletindo a redução das taxas de mortalidade infantil. A Figura 3 mostra a série histórica da TMI (em relação aos óbitos em menores de 1 ano de idade) no país de 1990 a 2013, revelando decréscimo contínuo desse indicador de 47,1 a 14,5/1.000 nascidos vivos, do primeiro ao último ano do período indicado (Ministério da Saúde, 2014, 2015b, 2016b). No ano de 2011, a TMI assumiu o valor de 15,3/1.000, resultado que supera a meta estimada para o ano de 2015, ou seja, de 15,7/1.000.

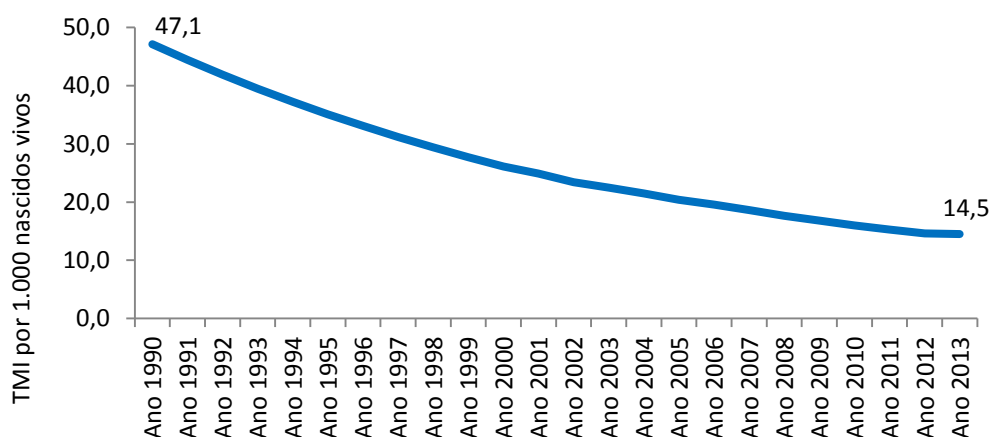


Figura 3. Taxa de mortalidade infantil no Brasil, de 1990 a 2013.

Gráfico elaborado por esta pesquisadora a partir da informação disponibilizada em: a) Datasus/ IDB 2012, 2016 (indicadores de 1990 a 2011); b) Saúde Brasil 2013 (indicador de 2012); c) Saúde Brasil 2014 (indicador de 2013). Taxas de mortalidade infantil de 2014 e 2015 ainda não publicadas até 18/1/2016.

A Tabela 1 mostra a comparação da RMM e do número de óbitos maternos no mundo, no Brasil, no Distrito Federal e em Ceilândia/DF. Tais indicadores, de valores elevados, definem a mortalidade materna como um importante problema de saúde pública, desde o nível local ao global. Os dados de 2015, no âmbito mundial e no país, derivam de estimativas realizadas pela OMS. A RMM de Ceilândia assume o segundo maior valor, dentre os indicadores comparados nessa apresentação tabular, representando quase o dobro de risco de morte materna no Distrito Federal, ou seja, 69,7 contra 38,2 por 100.000 nascidos vivos.

Tabela 1.*Mortalidade materna no mundo, Brasil, DF e Ceilândia*

Lugar	RMM por 100 mil nascidos vivos	Nº de óbitos	Ano	Fonte dos dados
Mundo	210,0	303.000	2015	OMS
Brasil	61,5	1.583	2012	MS
	44,0	1.300	2015	OMS
Distrito Federal	38,2	17	2014	SES/DF
Ceilândia	69,7	5	2014	SES/DF

Nota. Dados extraídos das referências: Ministério da Saúde (2014); SES/DF (2015); United Nations (2015);WHO (2016b e 2016d).

A série histórica dos dados dos óbitos maternos e infantis, de 2010 a 2014, no DF e em Ceilândia/DF, está apresentada na Tabela 2. As mortes maternas e infantis não apresentaram mudança importante no período examinado, no DF, onde a RMM variou de 38,4 a 38,2/100.000 nascidos vivos, de 2010 a 2014, enquanto a TMI permaneceu acima de 11,0/1.000 nascidos vivos em todos os anos do intervalo em foco. Em Ceilândia, a RMM elevou progressivamente de 2010 a 2012, tendo queda nos anos seguintes, e em 2014 ficou em 69,7/100.000 nascidos vivos. Ainda em Ceilândia, após valores crescentes da TMI, de 2011 a 2013, o menor valor atingido ocorreu no ano de 2014, ou seja, 12,7/1.000 nascidos vivos.

Tabela 2.*Óbitos maternos e infantis no DF e em Ceilândia, de 2010 a 2014*

Ano	Distrito Federal				Ceilândia			
	Óbitos maternos		Óbitos infantis		Óbitos maternos		Óbitos infantis	
	Nº	RMM	Nº	TMI	Nº	RMM	Nº	TMI
2010	17	38,4	559	12,6	1	13,9	112	15,6
2011	17	39,1	499	11,5	2	27,5	107	14,7
2012	18	41,4	506	11,6	7	101,0	107	15,4
2013	21	47,2	565	12,7	6	82,8	125	17,3
2014	17	38,2	510	11,4	5	69,7	91	12,7

Nota. Dados extraídos das referências: SES/DF (2015); SES/DF (2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e).

No DF, de 2010 a 2014, 139 óbitos maternos ocorreram em estabelecimentos públicos e privados, sendo 90 de mulheres residentes no DF e 49 em outras unidades federadas (SES/DF, 2015). Em 2014, dos 24 óbitos maternos ocorridos no DF, 70,8% foram registrados em estabelecimentos públicos (Tabela 3). Nesse mesmo ano, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, apontaram 58.814 nascidos vivos no DF de mães residentes e não residentes no DF (Ministério da Saúde, 2016f). O relatório dos serviços médico-hospitalares, realizados nas unidades da SES/DF, registrou 42.220 partos, em 2014 (SES/DF, 2016f). A partir desses dados, chega-se à informação de que 71,8% de todos os partos realizados no DF ocorreram em estabelecimentos públicos da SES/DF. Desse modo, constata-se que, em 2014, o maior percentual de mortes maternas (70,8%) ocorreu nos estabelecimentos públicos, onde também aconteceu a maioria dos partos (71,8%).

Tabela 3.

Número e percentual de óbitos maternos por estabelecimento público e privado de ocorrência, DF, 2010 a 2014

Ano	Óbitos maternos por tipo de estabelecimento						
	Públicos		Privados		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
2010	8	23,5	6	17,6	0	0,0	34
2011	18	72,0	6	24,0	1	4,0	25
2012	22	73,3	6	20,0	2	6,7	30
2013	18	64,3	7	25,0	3	10,7	28
2014	17	70,8	7	29,2	0	0,0	24
Total	103	74,1	32	23,0	6	4,3	139

Nota. Números absolutos extraídos das referências: Ministério da Saúde (2016f); SES/DF (2015). O percentual calculado considerou o número total de óbitos maternos ocorridos no DF, de mulheres residentes no DF e em outras UF, em relação ao número total de nascidos vivos de mães residentes e não residentes no DF.

Avaliando aspectos relacionados ao pré-natal das mulheres que evoluíram para óbito materno, no DF, no período de 2010 a 2014, constata-se desde a situação em que nenhuma consulta foi realizada (16,7%) até aquela em que houve sete ou mais encontros

com a equipe de saúde (25,5%), conforme a Tabela 4. A Rede Cegonha indica que os planos regionais e municipais de atenção à saúde materno-infantil considerem três consultas médicas e três de enfermagem por gestante (Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011). Os protocolos de atenção à saúde da mulher, produzidos pelo Ministério da Saúde, recomendam a captação precoce da gestante para iniciar o pré-natal, até a 12ª semana de gestação, visando à prevenção de morbimortalidade materna (Ministério da Saúde, 2006). Para os 90 óbitos maternos ocorridos no período em enfoque, há a informação de que apenas 36,7% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

Tabela 4.

Número de óbitos maternos segundo número de consultas de pré-natal e trimestre gestacional de início do pré-natal, DF, 2010 a 2014

Variável	Nº	%
Nº de consultas de pré-natal		
0	15	16,7
1 a 3	16	17,8
4 a 6	21	23,3
7 e mais	23	25,5
Sem informação*	15	16,7
Trimestre de início do pré-natal		
Primeiro	33	36,7
Segundo	12	13,3
Terceiro	2	2,2
Não realizado	15	16,7
Sem informação*	28	31,1
Total	90	100,0

Nota. *Sem informação: inclusão de ignorado e em branco.

Outro fator importante a ser considerado refere-se à qualidade da atenção do pré-natal, que deve assegurar os direitos da gestante na área da assistência, aos recursos de diagnóstico e tratamento. Como não existe “alta” do pré-natal antes do parto, uma preocupação atualmente em discussão diz respeito à falta das gestantes às consultas médicas no último mês de gravidez: “A maior frequência de visitas no final da gestação

visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal” (Ministério da Saúde, 2012b).

A epidemiologia descritiva dos óbitos maternos do DF, no ano de 2014 (Tabela 5), revela um número total de 17 mortes por causas obstétricas diretas e indiretas (SES/DF, 2015). Esclarece-se que a morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas; já a morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Ministério da Saúde, 2009a). Dentre as 17 mortes maternas de 2014, a faixa etária mais afetada correspondeu a de 20 a 39 anos de idade (53,0%); a raça/cor parda foi a predominante (58,8%); 47,1% das mulheres que morreram tinham oito a onze anos de estudo; 17,6% das mulheres falecidas tinham realizado sete e mais consultas de pré-natal, número superior ao mínimo recomendando de cinco consultas; e hipertensão na gravidez, parto ou puerpério constituiu a principal causa de morte (35,3%).

As características das mortes maternas em 2014 seguiram a tendência do perfil delineado de 2010 a 2013 no DF: mulheres jovens de 30 a 39 anos de idade como as mais afetadas, predomínio da cor parda, maior proporção para as mulheres de oito a onze anos de estudo, mortes maternas obstétricas diretas mais frequentes que as indiretas (SES/DF, 2015). A hipertensão arterial, que mais motivou morte materna em 2014, classifica-se como uma causa de óbito obstétrico direto. Relatório sobre mortalidade materna da SES/DF, referente ao período de 2010 a 2014, afirma que: “O fato de as causas de óbito obstétricas diretas serem mais frequentes que as indiretas, corrobora a indicação de que a mortalidade materna pode ser reduzida com medidas que aumentem a efetividade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério” (SES/DF, 2015). Portanto, uma vez que se faz necessária a atenção de qualidade à saúde da mulher para prevenção de óbitos maternos, torna-se essencial que as gestantes sejam capacitadas sobre seus direitos aos cuidados na fase gravídico-puerperal, o que consiste num dos propósitos da intervenção educativa desta pesquisa.

Tabela 5.*Número e proporção dos óbitos maternos obstétricos, DF, 2014*

Variável	Nº	%
Faixa etária		
20 a 29	5	29,4
30 a 39	9	53,0
40 a 49	3	17,6
Raça/cor		
Branca	6	35,3
Preta	1	5,9
Parda	10	58,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhuma	1	5,9
1 a 7	4	23,5
8 a 11	8	47,1
12 e mais	3	17,6
Ignorada	1	5,9
Consulta pré-natal		
Nenhuma	3	17,6
1 a 3	1	5,9
4 a 6	3	17,6
7 e mais	3	17,6
Ignorado	6	35,3
Em branco	1	5,9
Causa de óbito		
Hipertensão	6	35,3
Aborto	4	23,5
Hemorragia	1	5,9
Infecção do trato geniturinário	1	5,9
Infecção puerperal	1	5,9
Complicação por doença infecciosa e parasitária	1	5,9
Outras complicações	3	17,6
Total	17	

Nota. Números absolutos extraídos do Relatório sobre Óbitos Maternos no DF – 2014 (SES/DF, 2015).

2.1.2 Determinantes Sociais

Os indicadores de mortalidade materna e infantil são bastante utilizados para a análise das condições de saúde de grupos populacionais. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres e as crianças com menos de um ano de vida, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade.

Existe um conjunto de fatores determinantes e condicionantes envolvidos na cadeia de eventos que levam à morte infantil e materna (Frias & Navarro, 2013; Jannotti, Silva e Perillo, 2013). Dentre esses fatores, Buss e Pellegrini Filho (2007), destacam os sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados de “determinantes sociais em saúde”. Os Anexos A e B mostram os modelos de análise dos determinantes da mortalidade infantil e materna. Assim, como apresentado no Anexo 1, a mortalidade infantil está associada ao padrão de renda familiar, à educação, ao grau de informação das mães, e ao acesso e qualidade do pré-natal (Ministério da Saúde, 2012a).

Em relação aos determinantes sociais da mortalidade materna apresentados no Anexo B, destacam-se dentre aqueles de ordem geral, as desigualdades socioeconômicas e de gênero. Dentre os classificados como intermediários, merecem menção as restrições de ações a bens sociais como educação, renda e autonomia. Dentre os determinantes ditos como proximais, ressaltam-se a situação conjugal insegura, o acesso restrito a planejamento reprodutivo e ao pré-natal, a baixa qualidade de assistência em saúde.

Trevisan (2002) reconhece que a questão da saúde não está apenas relacionada à disponibilidade de serviços de saúde, mas também intrinsecamente ligada à capacidade de autocuidado da população que, por sua vez, é influenciada pelo seu nível de instrução. Esse mesmo autor defende que em relação às próprias grávidas, pode estar ocorrendo falta de conscientização acerca da importância do início precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, o que, provavelmente, está relacionado a fatores educacionais, baixa escolaridade das pacientes estudadas e de seus companheiros. As precárias condições socioeconômicas e culturais também são apontadas como fatores condicionantes ou determinantes do elevado número de mortes por Duchiate (1989).

Estudo realizado por Campos (2010) sobre evitabilidade de óbitos perinatais ocorridos em Fortaleza – Ceará, em 2006, tendo abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, revelou alta taxa de mortalidade (98/1.000 nascidos totais) entre filhos de mães sem escolaridade. Outro achado consistiu na relação médico-paciente, considerada

falha e desatenciosa, na percepção das mães, quanto aos esclarecimentos sobre alto risco na gestação e no parto. Uma das considerações dessa autora é que para gestantes com baixa escolaridade, o sistema de saúde poderia ofertar atenção especial, fortalecendo atividades educativas.

A deficiência da assistência à saúde é apontada como um dos fatores de risco de óbitos maternos e infantis. Embora as coberturas do atendimento pré-natal e do parto sejam elevadas, esses cuidados à saúde são mal integrados. Ocorre pouca integração entre os serviços de atenção pré-natal, usualmente oferecidos em estabelecimentos públicos, e os de atenção ao parto, em hospitais majoritariamente privados, ainda que conveniados com o SUS (Victora, 2011).

O aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários de saúde, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população (Trevisan, 2002).

De acordo com Araújo, “as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde das mulheres, o que deve ser considerado como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas” (Ministério da Saúde, 2004a, p.12). Desta forma, a incorporação da perspectiva de gênero é imprescindível na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde com o objetivo de promover as melhorias das condições de vida dos grupos populacionais (Ministério da Saúde, 2004a).

2.1.3 Evitabilidade das Mortes

Muitos óbitos maternos e infantis são considerados preveníveis pela atuação dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade (Ministério da Saúde, 2009a, 2009b). A morte materna é evitável em 92% dos casos e ocorre principalmente em países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2009a).

Pela lista de causas evitáveis de Ortiz, cerca de 70% dos óbitos infantis seriam evitados no território brasileiro (Malta et al., 2007). A morte infantil e a materna são eventos de investigação obrigatória, de acordo com as Portarias do Ministério da Saúde, respectivamente, as de nº 1.119 de 5 de junho de 2008 e de nº 72 de 11 de janeiro de 2010 (Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010; Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008). A investigação objetiva identificar possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência prestada aos menores de um ano de idade e às mulheres, para

que se possa concluir sobre a evitabilidade da morte e definir medidas de prevenção (Frias, Navarro, Gama, Torres, & Bittencourt, 2013).

Os possíveis problemas identificados por ocasião da investigação da morte materna classificam-se em dois grandes blocos: (1) os relativos ao planejamento familiar e à assistência pré-natal, e (2) aqueles decorrentes de falhas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências. Dentre os possíveis problemas detectados na investigação do óbito fetal e infantil, estão aqueles ocorridos no momento da assistência à mãe ou à criança, em alguma fase da linha de cuidado materno-infantil: planejamento familiar, assistência pré-natal, ao parto, ao recém-nascido na maternidade, além da assistência à criança na unidade básica de saúde, na urgência, no hospital. Os óbitos fetais e infantis ainda são discriminados se relacionados às causas externas (mortes violentas), às dificuldades sociofamiliares, ou a problemas na organização do sistema ou serviço de saúde (Ministério da Saúde, 2009a, 2009b). Muitos desses problemas representam falhas na aplicação das tecnologias em saúde, como por exemplo, a dificuldade de acesso à educação, informação e ao atendimento qualificado, e a falta de acolhimento humanizado.

O grupo de trabalho do Ministério da Saúde que revisou as causas de mortes evitáveis, por ações efetivas dos serviços de saúde, estabeleceu duas listas dessas causas por faixa etária, uma de menores de cinco anos de idade e outra para as pessoas de cinco a 75 anos de idade, considerando a evitabilidade como dependente de tecnologia ofertada pelo SUS (Malta et al., 2007).

A lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS do Brasil, para menores de cinco anos de idade, apresenta quatro grandes grupos de causas evitáveis: (1) reduzíveis por ações de imunoprevenção, (2) reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, (3) reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, (4) reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde. As causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido subdividem-se em três agrupamentos: (1) reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, (2) reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, (3) reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido (Malta et al., 2007).

Lansky, França e Leal (2002) recomendam o enfoque de evitabilidade para a abordagem da mortalidade perinatal no Brasil, dado que as taxas são ainda elevadas, a maioria dos óbitos é considerada evitável e poderia ser prevenida com a melhoria da

assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, não apenas quanto à sua resolubilidade clínica, mas também à organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade.

Para ilustrar o quanto os óbitos evitáveis representam em relação ao total das mortes e quais são os tipos de evitabilidade, serão apresentados gráficos setoriais da proporção de óbitos infantis evitáveis, em 2014, no Brasil e no DF.

Em todo o território nacional, em 2014, ocorreram 38.362 óbitos infantis, dos quais 68% (26.096) foram classificados como evitáveis. O exame por tipo de evitabilidade apontou que 81% das mortes eram evitáveis se tivesse havido adequada atenção à gestação (40%), ao recém-nascido (27%), e ao parto (14%). As demais mortes, representando 19%, não teriam acontecido se tivesse havido ações de diagnóstico e tratamento adequado (10%), ações de promoção vinculadas a ações de atenção (8%), e ações de imunizações (1%). A Figura 4 apresenta as estatísticas de óbitos infantis evitáveis por tipo de evitabilidade no país, em 2014.

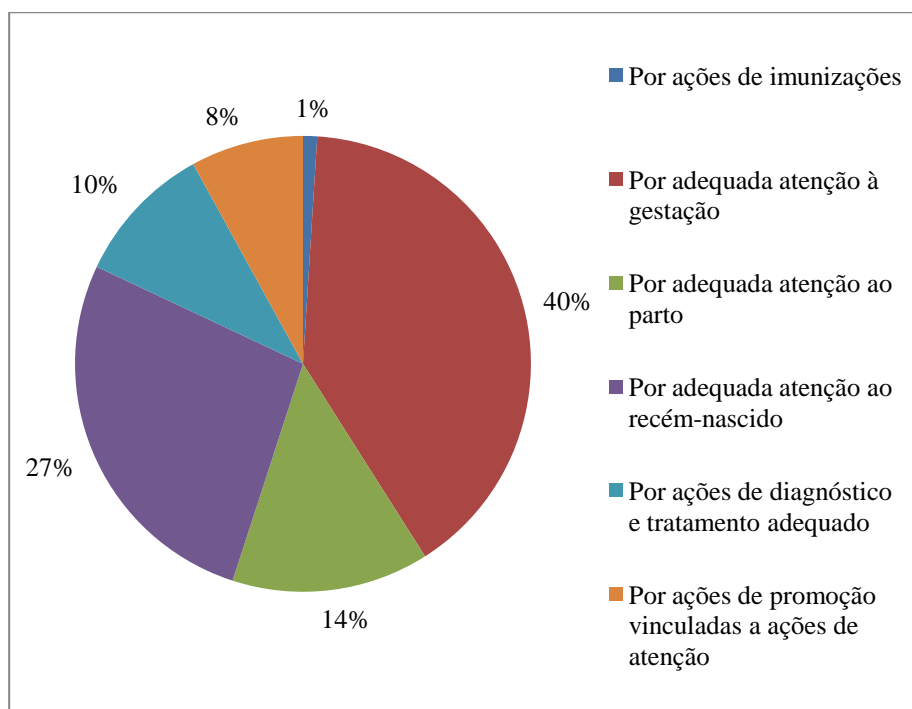


Figura 4. Percentual de óbitos infantis evitáveis por tipo de evitabilidade, Brasil, 2014. Dados extraídos do Ministério da Saúde, Painel de Monitoramento dos Óbitos Infantis (2016c).

Os óbitos infantis evitáveis no DF, em 2014, ocorreram na mesma proporção verificada no Brasil: 68%. De um total de 510 mortes, 68% (365) foram consideradas evitáveis. Dentre essas mortes, 86% não aconteceriam se tivesse havido adequada atenção à gestação (56%), ao recém-nascido (20%) e ao parto (10%). Uma parcela de 14% das mortes foi considerada evitável por ações de diagnóstico e tratamento adequado (8%), por ações de promoção vinculadas a ações de atenção (5%), por ações de imunizações (1%).

Os dados epidemiológicos chamam a atenção para a importância da qualidade do cuidado à gestação, parto e nascimento, justificando o investimento em ações educativas junto às gestantes que contribuam para seu empoderamento na exigência de seus direitos à saúde, visando a não ocorrência de mortes infantis evitáveis.

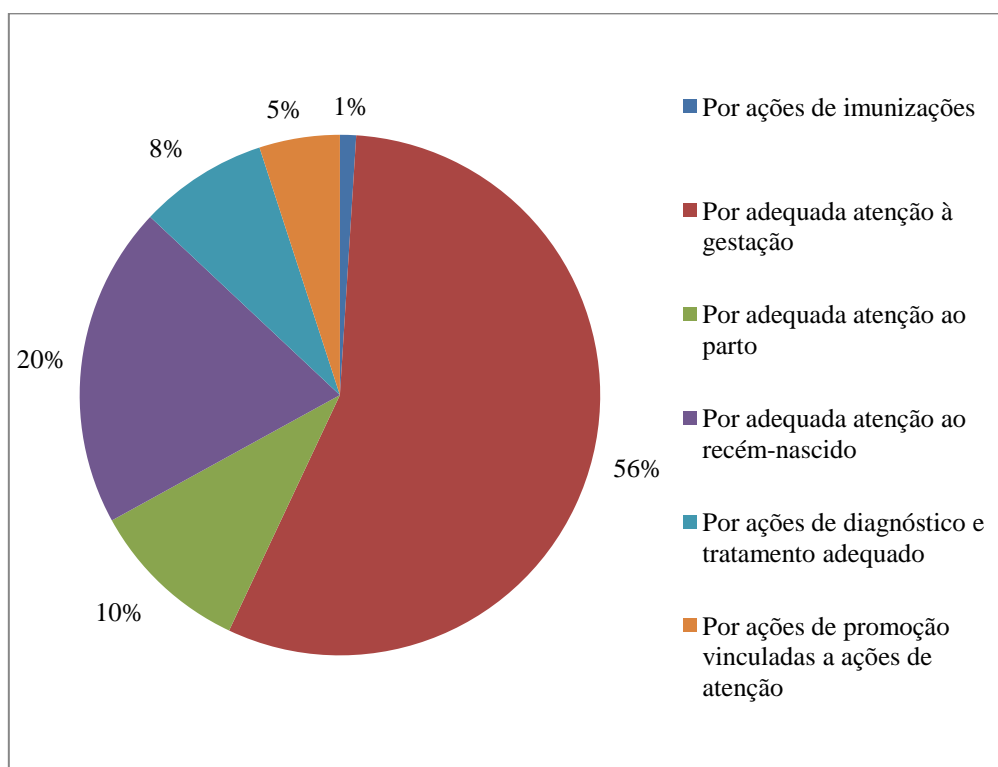


Figura 5. Percentual de óbitos infantis evitáveis por tipo de evitabilidade, DF, 2014.

Dados extraídos do Ministério da Saúde, Painel de Monitoramento dos Óbitos Infantis (2016c).

Os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos e Infantis assumem papel fundamental na vigilância desses óbitos. São instâncias de natureza interinstitucional, multiprofissional, confidencial, não coercitivos ou punitivos, com caráter formativo e educativo. Na década de 1930, teve início a instituição dos comitês de morte materna

nos Estados Unidos da América, como estratégia para redução da mortalidade. Visando reduzir a morbimortalidade materna, no Brasil, o Ministério da Saúde passou a apoiar a implantação de comitês de mortalidade materna a partir de 1987 (Frias, Navarro, Santos, Dias, & Viola, 2013b).

O objetivo geral dos comitês de prevenção da mortalidade, materna ou infantil e fetal, consiste em mobilizar diferentes parceiros para a redução de óbitos por meio da articulação entre instituições do poder público e da sociedade civil, exercendo, assim, o controle social e garantindo a realização das ações propostas. Dentre os objetivos específicos, destacam-se: identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência e realizar a análise da evitabilidade do óbito (Frias et al., 2013b).

2.1.4 Invisibilidade das Mortes Maternas

Convive-se com o problema da subnotificação de óbitos maternos e infantis, repercutindo na falta de indicadores fidedignos para mensuração do risco dessas mortes. Mandú (2009) ressalta que a real magnitude da mortalidade materna é desconhecida frente à má qualidade dos dados. Uma das medidas para enfrentamento dessa questão é a institucionalização da vigilância do óbito materno, fetal e infantil, inicialmente sistematizada pelo Ministério da Saúde em 2008, com a definição de normas técnicas e responsabilidades das instâncias do SUS, em nível federal, estadual e municipal para a notificação e investigação dos referidos óbitos na busca de identificar seus determinantes em tempo oportuno, com o propósito de aplicar intervenções para evitar novos óbitos (Ministério da Saúde, 2015c).

O Ministério da Saúde reconhece a dificuldade do real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna em função de dois fatores: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações:

A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou devido à falta de informação da população quanto à importância

da declaração de óbito como instrumento de cidadania. (Ministério da Saúde, 2009a)

Conforme o artigo 2º da Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008, os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, de forma independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência (Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008).

A série histórica de 2009 a 2013 do país revelou que o incremento no número de casos de óbitos maternos a partir de investigação de óbito de mulher em idade fértil foi igual ou superior a 20% para cada ano desse período. O menor percentual de incremento foi constatado no ano de 2010 (20,0%) e o maior em 2013 (30,7%). Nesse intervalo de anos, as regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram os maiores aumentos nas proporções de óbitos maternos identificados após investigação das mortes de mulheres em idade fértil (Ministério da Saúde, 2015).

Se há fragilidades por parte dos serviços de saúde na vigilância da mortalidade, deixando de realizar a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, maior é a chance de subnotificação dos óbitos maternos. No ano de 2011, a Secretaria de Saúde de Estado do DF deixou de investigar mais de 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil (Ministério da Saúde, 2013).

2.1.5 Violação dos Direitos Humanos

Direitos humanos são entendidos como aqueles inerentes à natureza humana, desvinculados de considerações espaço-temporais e ligados a concepções jusnaturalistas, na acepção: “Sou humano e existo, logo, tenho direitos” (Moreira & Correia, 2013). No cenário internacional, sua primeira defesa é expressa na “Declaração Universal dos Direitos Humanos” proclamada pela Assembleia Geral da ONU, em 10 de outubro de 1948. No artigo 25 do referido documento, a saúde é referida como direito de todos, a ser reconhecido e aplicado pelos Estados. O artigo refere que a maternidade e a infância têm direito à ajuda e à assistência especiais (ONU, 1948).

De acordo com o Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, os direitos reprodutivos incluem decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição, ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos bem como o direito de ter acesso à

informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução (Ventura, 2004).

Considerados como direitos humanos básicos, os direitos reprodutivos foram tratados, pela primeira vez, em 1968, na I Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã e promovida pela ONU, quando foi proclamado que os pais têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos (Gruskin, Hilber, Kismodi, Lincetto, & Roseman, 2008; Ventura, 2004).

Esclarece-se que os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência (Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher – Pequim, 1995).

O direito das mulheres a passar por gravidez e parto com segurança foi explicitado, pela primeira vez, apenas em 1994, como parte do Programa de Ação da Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD). A definição de saúde reprodutiva na referida conferência, incluiu “o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio” (Ventura, 2004, p. 57).

Jannotti, Silva e Perillo (2013) afirmam que o exercício da cidadania das mulheres, para que participem de forma plena do desenvolvimento social e econômico dos países, é condicionado pela observância do direito à saúde e dos direitos reprodutivos.

Em nível mundial, a mortalidade materna não foi reconhecida como um problema de saúde pública até o final do século XX (Gruskin et al., 2008). Nos movimentos das mulheres, organizados nos anos de 1980 e 1990, tanto internamente em seus países como de modo global, a agenda dos direitos reprodutivos incorporou a questão da concepção, do exercício da maternidade, das novas tecnologias reprodutivas e acesso ao pré-natal e parto seguro (Ventura, 2004, Gruskin et al., 2008).

Em fevereiro de 1987, foi realizada em Nairóbi, no Quênia, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, que chamou a atenção dos Estados Membros da ONU para melhorar as condições de saúde das mulheres em geral, e em particular, reduzir a mortalidade materna. Nesse mesmo ano, as agências internacionais, governos

e algumas organizações não-governamentais internacionais, lançaram a iniciativa denominada Maternidade Segura, tendo como um dos objetivos elaborar propostas de solução para a morbidade e a mortalidade materna (Gruskin et al., 2008).

A partir da Maternidade Segura, as primeiras estimativas de mortalidade materna foram calculadas e revelaram grandes diferenças do risco de mães morrerem de acordo com o seu país de origem, ou seja, valores mais elevados em regiões em desenvolvimento do que nas desenvolvidas (Gruskin et al., 2008).

O movimento feminista internacional de saúde da mulher, em 1987, lançou um Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, discutindo inicialmente o tema de "Prevenção da Mortalidade Materna" (Gruskin et al., 2008).

O ativismo dos movimentos sociais das mulheres, por meio de organizações não governamentais defensoras de direitos humanos, em nível global, resultou em conquistas importantes na área dos direitos reprodutivos (Gruskin et al., 2008).

No Brasil, dentre as políticas de saúde desenvolvidas na área da saúde da mulher, tem-se como um marco o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 e cuja criação é fruto de luta de movimentos sociais. O movimento feminista desempenhou papel importante na defesa de uma assistência integral à saúde da mulher, numa visão diferente daquela centrada apenas na função maternal. Assim o PAISM incorpora a noção de integralidade que se inspira no ideal de direitos e justiça social no acesso à saúde (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013; Mattos, 2001).

A lei magna do país reconhece a proteção à maternidade e à infância como um direito social:

"Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição". (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Capítulo II dos Direitos Sociais, Artigo 6º)

Uma vez que as mulheres e as crianças são sujeitos de direitos básicos à vida, à saúde, à proteção, à gestação, ao parto e ao nascimento com segurança, as mortes maternas e as infantis evitáveis que ocorram representam uma violação dos direitos humanos.

2.2 Cuidados Integrals de Atenção à Saúde Materno-Infantil

Assegurar a atenção integral à saúde reprodutiva, em tempo oportuno e de forma aceitável, por meios das ações de promoção à saúde, proteção, assistência e recuperação da saúde, contribui expressivamente para o estado de bem-estar das mulheres e a redução da morbimortalidade materna e da infantil. Diante disso, esta seção abordará alguns eixos estratégicos e princípios da atual rede de atenção à saúde materno-infantil, a Rede Cegonha (RC). Algumas pontuações sobre o projeto da RC do DF serão apresentadas. Em seguida, será explanado sobre o acompanhamento da gestante na atenção básica de saúde. Por último, será exposto o que está preconizado para as ações educativas durante o pré-natal e como essas ações são desenvolvidas no Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN).

2.2.1 Rede Cegonha

Em nível de gestão federal no país, muitos programas de saúde materno-infantil foram implantados tendo em comum o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (Cassiano, Carlucci, Gomes, & Bennemann, 2014). Durante o Estado Novo (1937/1945) foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência cujas atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (Ministério da Saúde, 2011).

Importantes iniciativas de ações, programas e políticas de saúde da mulher foram lançadas nas últimas seis décadas, no cenário internacional, nacional e local, e estão apresentadas no Anexo C. Destaca-se, como um marco importante, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Nos dias de hoje, a coordenação da implementação da atual política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM), lançada em 2004, é de responsabilidade da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres que está inserida no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). Por sua vez, o DAPES é um dos departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tendo como uma de suas competências, estimular, no âmbito do SUS, a discussão e capacitação do tema dos direitos humanos e saúde. A Coordenação Geral de Saúde das Mulheres atua para a promoção da melhoria das condições de vida e da saúde das brasileiras por meio de ações que ampliam o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 2016d).

Atualmente, a coordenação da implementação da política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC), no âmbito do SUS, cabe à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. Destacam-se dois dos sete eixos estratégicos da atual PNAISC, instituída em 2015, que se relacionam ao tema deste estudo:

- atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;
- vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015)

Como mencionado para o primeiro eixo estratégico, indica-se um cuidado à saúde dado à mulher e à criança dentro de uma rede articulada de atenção. Diretrizes para a organização das redes de atenção no âmbito do SUS foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Na área da saúde materno-infantil, foi estabelecida a Rede Cegonha (RC), uma das redes temáticas do SUS e que visa o bem-estar da mãe e da criança até os dois anos de idade. A RC tem como um dos fundamentos a necessidade prioritária de reduzir a mortalidade materna e infantil. A referida rede – instituída pela Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011, – explicita seus princípios e objetivos nos artigos 2º e 3º, respectivamente, conforme transcrito em seguida.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna

e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

De acordo com o capítulo “Os sentidos da humanização na atenção ao parto e nascimento”, do Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (2016), a atenção humanizada ao pré-natal e ao parto é conceituada como “um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal” (p.7).

O DF aderiu, oficialmente, à RC em dezembro de 2011, e apresentou o plano de ação da RC cinco meses depois, em maio de 2012, (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [SES/DF], 2012). Em 2014, a RC do DF iniciou a quarta fase de sua operacionalização que é a de qualificação de componentes pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico, incluindo este último o transporte sanitário e a regulação.

Destaca-se, no texto de apresentação do documento do Plano de Ação da Rede Cegonha do DF, o seguinte trecho:

Um dos desafios presentes, para a qualificação da linha de cuidado da mulher e da criança, refere-se à necessidade de grande mobilização e participação pró-ativa de todos os gestores das unidades de saúde, coordenadores de especialidades, profissionais de saúde e comunidade em geral.

Na leitura do chamamento de diversos segmentos da sociedade para colaborarem na qualificação da linha de cuidado da mulher e da criança, reconhece-se a importância da capacitação de mulheres, como proposto na pesquisa desta tese.

No diagnóstico do componente referente ao pré-natal, do plano de ação, no quadro de problemas, causas e ações propostas para a “deficiência das ações de planejamento reprodutivo no sentido de realizar uma abordagem centrada nos indivíduos e nas famílias e não no método contraceptivo” (SES/DF, 2012, p. 14), uma

das causas apontadas é a falta de critério de formação de grupos de educação em saúde, levando em conta as especificidades de cada faixa etária da população.

Em relação à deficiência das ações de planejamento reprodutivo voltadas para adolescência, foi mencionado que não há ações de planejamento reprodutivo específicas para adolescentes (educação em saúde e assistência) e a solução indicada é a de estabelecer dias e horários específicos para ações educativas às adolescentes e seus parceiros.

O Plano de Ação da RC do DF faz referência à pesquisa denominada “As potencialidades e os limites da Rede Materno-Infantil da Região Sudoeste de Saúde do DF, a partir da percepção das mulheres”, com o objetivo geral de investigar o cenário de atenção materno-infantil desenvolvido na Região Sudoeste de Saúde do DF (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas), a partir da vivência das mulheres egressas dos hospitais públicos da SES/DF, após o parto. Foi referido um dos objetivos específicos dessa investigação: identificar, sob o ponto de vista da usuária do SUS/DF, os principais “nós” críticos para a qualificação da atenção materno-infantil no DF.

A ideia da pesquisa anteriormente citada aproxima-se ao propósito da realização dos grupos focais conduzidos por esta investigadora tanto com as mulheres na vigência da maternidade que participaram, enquanto gestantes, das oficinas em dinâmica de grupo como as que não passaram por essa vivência grupal, ou seja, conhecer a percepção dessas mulheres no atendimento aos seus direitos à assistência qualificada.

Em relação à estrutura da RC no tocante à assistência ao parto, a SES/DF conta com 11 hospitais e uma casa de parto do sistema público de saúde que realizam a maioria dos partos no DF. De acordo com a SES/DF (2012), essas 12 unidades de saúde, por ordem decrescente de nascidos vivos, em 2014, foram:

1. Hospital Regional de Ceilândia – HRC
2. Hospital Regional do Gama – HRG
3. Hospital Materno Infantil - HMIB
4. Hospital Regional de Samambaia – HRSa
5. Hospital Regional de Santa Maria – HRSM
6. Hospital Regional de Taguatinga – HRT
7. Hospital Regional de Planaltina – HRP
8. Hospital Regional do Paranoá – HRPa
9. Hospital Regional da Asa Norte – HRAN

10. Hospital Regional de Sobradinho – HRS
11. Hospital Regional de Brazlândia – HRB
12. Unidade Mista de São Sebastião – UMSS

Em 2014, essas 12 maternidades registraram 42.170 nascidos vivos e dispunham em dezembro de 2014, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES), coletados em 26/1/2016, do total de 134 leitos de internação para assistência neonatal (Tabela 3), número inferior ao registrado em anos anteriores, provavelmente em função de preenchimento não atualizado do CNES. Consta para esses leitos a seguinte distribuição: 31 da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipo II, 5 da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e 98 da Clínica de Neonatologia. A tabela do CNES não mostra os 46 leitos de UTIN tipo III do Hospital Materno Infantil (HMIB), que é referência para a saúde materno-infantil no DF. Os 5 leitos de UCIN não foram especificados quanto à classificação, ou seja, se Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Conforme a Portaria nº 930, de 2012, que define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS, o número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1.000 (mil) nascidos vivos ter a correspondência de dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa.

Desse modo, levando em conta o número de 42.170 nascidos vivos no DF, em 2014, nas 12 unidades de saúde da SES/DF, pelo critério da citada Portaria, os números mínimos esperados de leitos para UTIN, UCINCo e UCINCa, nas unidades do SUS, são: 84, 84 e 42. Nessa avaliação, há uma deficiência quantitativa para as três modalidades de leitos neonatais. Esse número baixo de leitos de atenção neonatal está consonante com o que é noticiado pela mídia, de vez em quando, ou seja, a superlotação das Unidades Neonatais no SUS, acarretando fila de espera e os consequentes agravamentos e mortes dos recém-nascidos de risco que requerem atenção integral adequada para seu estado de saúde grave.

Está normatizado que a RC deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde,

do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (Portaria nº 4.279 de 30/12/2010; Portaria nº 1.459 de 24/6/2011).

Desde a gravidez, passando pelo parto, até o puerpério, a mulher deve receber atenção na Linha de Cuidados de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Sua referência é a unidade básica de saúde, próxima a sua casa, tendo o direito de saber com antecedência o serviço de saúde a recorrer se vier a apresentar intercorrências durante a gravidez e por ocasião do parto, para assim evitar a situação de “gestante peregrina” (Lei nº 11.634 de 27/12/2007; Portaria nº 1.459 de 24/6/2011).

Tabela 6.

Número e proporção de nascidos vivos por unidade de saúde e tipo de leito, DF, 2014

Unidade de saúde	Nascidos vivos*		Nº de leitos de assistência neonatal**			Total de leitos neonatais
	Nº	%	UTIN tipo II	UCIN	Clínica de neonatologia	
HRC	6.541	15,5	12	0	0	12
HRG	5.278	12,5	0	0	36	36
HMIB	4.795	11,4	0	0	0	0
HRSa	4.445	10,5	0	0	0	0
HRSM	4.313	10,2	10	0	0	10
HRT	3.742	8,9	9	5	14	28
HRP	3.321	7,9	0	0	15	15
HRPa	2.971	7,0	0	0	0	0
HRAN	2.542	6,0	0	0	0	0
HRS	2.244	5,3	0	0	25	25
HRB	1.552	3,7	0	0	8	8
UMSS	426	1,0	0	0	0	0
Total	42.170	100,0	31	5	98	134

Nota. *Relatório dos Serviços Médico-Hospitalares da SES/DF de 2014; **CNES, 2014.

A SES/DF definiu o desenho da linha de cuidados integrais de atenção à saúde materno-infantil, apresentando-a no plano de ação da RC, com os objetivos de (SES/DF, 2012):

1. Incorporar os princípios e as diretrizes da RC em uma perspectiva da integralidade, equidade e responsabilização sanitária.
2. Garantir às mulheres e às crianças acesso às ações de promoção da saúde e às demais intervenções necessárias.
3. Garantia da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema, incluindo os grupos femininos e as crianças em situação de vulnerabilidade ou de risco, nas suas especificidades.
4. Qualificar e humanizar a atenção à saúde das mulheres e das adolescentes durante a gestação, o parto, o puerpério ou em situação de abortamento.
5. Qualificar e humanizar a atenção à saúde das crianças desde seu nascimento até o vigésimo quarto mês de vida.
6. Garantir às mulheres os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.
7. Qualificar os profissionais de saúde com capacitações, apoio matricial e fomento à constituição de espaços coletivos de discussão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação.
8. Desenvolver a cultura da responsabilização pessoal e coletiva, buscando oferecer acesso e informação para contribuir com construção da autonomia dos sujeitos.
9. Propor ações de governo e de parceria com a sociedade civil, academia, sociedades científicas e demais setores relacionados para fortalecer a RC no âmbito do DF.

O desenho esquemático da Linha de Cuidados de Atenção à Saúde Materno-Infantil, definido pela SES/DF, mostra os pontos da rede de saúde materno-infantil e o fluxo nos serviços prestados durante o pré-natal, parto, atenção puerperal e atenção neonatal.

Ressalta-se que não basta só a abordagem biomédica da atenção à saúde materna, com todas as linhas de cuidados integrais definidas e disponibilizadas de forma efetiva, se não houver um cuidado obstétrico humanizado, em que haja escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, favorecendo a manifestação da gestante em relação aos seus medos e ansiedades, em outras palavras, a intervenção psicológica no pré-natal pode ser útil para prevenir a depressão pós-parto, além de outros benefícios, e assim contribuir para a redução da mortalidade materna, conforme afirmam Arrais, Mourão e Fragalle (2014).

2.2.2 Atenção Básica: Acompanhamento das Gestantes

Um dos fundamentos da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste na existência de um território sobre o qual seja permitido o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade (Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011).

De acordo com a Portaria da Atenção Básica, de 2011, uma das atribuições comuns a todos os profissionais, da Atenção Básica, é participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011).

Sobre territorialização e responsabilidade sanitária na atenção básica, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2015a) afirma:

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/ conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc.). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades. (p. 11)

Há de se considerar que no acesso da população de um território adstrito às unidades de saúde da Atenção Básica, não deve haver barreiras, seja de tipo geográfica, financeira, organizacional, sociocultural e de gênero (Andrade, Barreto e Coelho, 2013). Uma das diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011) é: “estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica”.

O Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN), situado em Ceilândia – DF, o local de estudo desta pesquisa, não conta com unidades de saúde dentro de sua área geográfica, o que representa uma dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. A visualização espacial das cinco unidades básicas de saúde de referência para o SHSN está apresentada na Figura 6. Muitas das gestantes têm que percorrer a pé longa distância para acesso ao diagnóstico de gravidez, às consultas de pré-natal, aos exames laboratoriais, à vacinação e às palestras educativas, nas unidades de saúde. Esse é um dos motivos que pode explicar a baixa cobertura dessas ações de saúde e, por conseguinte representa uma situação de mais riscos para a morbidade e mortalidade materna e infantil.

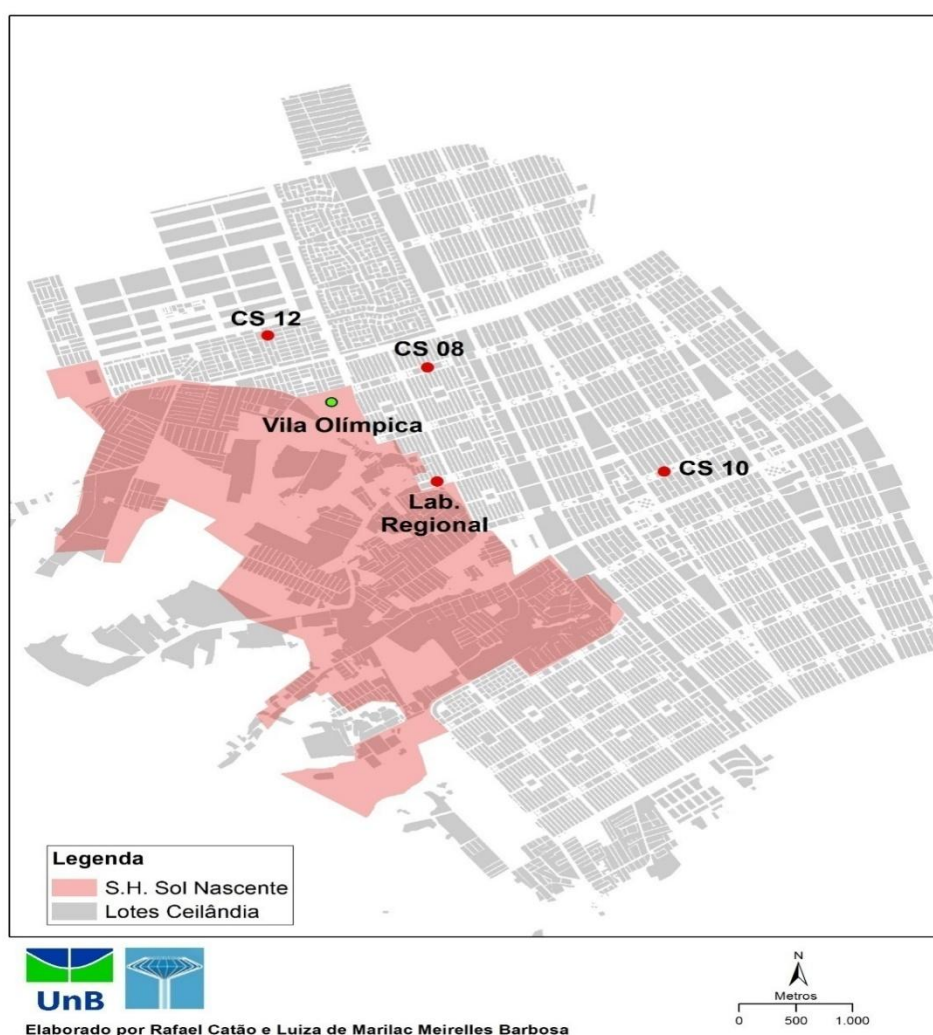


Figura 6. Unidades básicas da ESF do SHSN, Ceilândia, DF

Desenvolvido durante todo o ano de 2014, o projeto de pesquisa da FCE da UnB sobre territorialização em saúde teve o objetivo de geoprocessar, por meio de equipamento GPS (do inglês, *Global Positioning System* – um aparelho receptor

móvel de satélites que demarca as coordenadas geográficas de sua posição), todas as microáreas cobertas pelos agentes comunitários de saúde das equipes da ESF de quatro de cinco unidades de saúde que têm responsabilidade sanitária sobre o território do SHSN. Foram também marcados os pontos geográficos das residências de gestantes que juntamente com os dados sociodemográficos dos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), resultaram em um mapa digital para análise espacial de áreas de vulnerabilidade social e sua relação com a mortalidade materna e infantil. As gestantes desta pesquisa estão inclusas no total das que passaram pelo processo de geoprocessamento.

Considerando a saúde da mulher como uma das áreas estratégicas da atenção básica, o PMAQ-AB selecionou sete indicadores, sendo seis de desempenho e um de monitoramento, para metas serem propostas pelos municípios, regiões de saúde e unidades federadas que fazem adesão ao referido programa. Os referidos indicadores da saúde da mulher são (Ministério da Saúde, 2012):

Desempenho:

1. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica;
2. Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
3. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;
4. Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
5. Proporção de gestantes com vacina em dia;
6. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Monitoramento:

1. Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

A Região de Saúde de Ceilândia, incluindo todas as suas unidades básicas de saúde, aderiu ao PMAQ e está se estruturando para cumprimento dos indicadores descritos.

2.2.3 Ações Educativas

Desafios são muitos para melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Trevisan (2002) chama atenção para a falta de atividades educativas com os grupos de gestantes por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal.

O manual técnico do Ministério da Saúde intitulado *Pré-natal e puerpério*:

atenção qualificada e humanizada, em sua terceira edição revisada, de 2006, traz uma seção sobre ações educativas dentro do capítulo de atenção ao pré-natal. O texto sobre ações educativas registra ser necessário o setor saúde cumprir de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde e diz ainda que as discussões em grupo, dentre as diferentes formas de trabalho educativo, facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. O guia recomenda: “O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido” (Ministério da Saúde, 2006, p.32).

Considerando que a maternidade segura é um direito humano da mulher e uma das melhores evidências para evitar óbitos maternos e infantis, ao constatar os 27 aspectos indicados para serem abordados nas ações educativas, listados no manual em questão, apenas, em dois momentos, a palavra “direito” aparece:

Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante.

O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM nº 2.418, de 2/12/2005. (Ministério da Saúde, 2006, p. 34)

Ainda o mesmo guia não explicita os direitos das gestantes ao pré-natal e ao parto seguros nos demais tópicos abordados, além do tema das ações educativas. Nessa publicação, verifica-se que não há referência de orientação às gestantes das práticas com e sem sustentação da evidência científica no parto normal, em relação a sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade. De acordo com essa análise, a OMS classifica as práticas em quatro grupos (OMS, 1996):

- 1) Práticas que são comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas.
- 2) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
- 3) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.
- 4) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Diferentemente do manual técnico citado, *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*, que não menciona os direitos da gestante na parte tocante às ações educativas, já de forma explicitada os direitos da gestante e do recém-nascido são apresentados no texto do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

(PHPN), instituído pela Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. O artigo 2º da referida norma estabelece os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do PHPN (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000):

- a. toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b. toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Apêndice I desta Portaria;
- c. toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d. toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Apêndice II desta Portaria;
- e. todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;
- f. as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Em 2011, a divulgação clara dos direitos da mulher e da criança aparece na publicação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), denominada *Guia dos direitos da gestante e do bebê*. O documento contempla informações essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência de qualidade ao recém-nascido e à mãe, além de dados sobre a legislação vigente. Em linguagem acessível para a população, chama atenção para procedimentos incorretos que o profissional de saúde não deve realizar. O manual encerra seu texto dizendo:

Esses são os direitos que garantem as melhores condições para uma gravidez saudável, um bom parto e a proteção da saúde das gestantes, das mães e dos bebês. Agora que você já tem informações, pode ajudar a mudar a realidade da sua comunidade e do seu município. Juntos, podemos garantir o direito ao nascimento seguro, à saúde das mães e o pleno desenvolvimento dos bebês. (UNICEF, 2011, p.80)

Publicação mais recente, de 2015, produzida pelo Ministério da Saúde e o Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, intitulada *Protocolo das ações básicas: saúde das mulheres*, explicita, com mais frequência, os direitos da mulher e da criança, no ciclo gravídico-puerperal. Nesse documento são informados como direitos à saúde: (1) carteira da gestante, (2) alojamento conjunto, (3) amamentar, (4) receber orientações

sobre aleitamento, (5) presença de acompanhante no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e (6) testes de triagem neonatal (Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês, 2015). Apesar desse guia apresentar número maior de direitos da gestante e da criança, em relação ao manual do pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde, direitos da gestante ficaram fora dessa lista, dentre os quais, o direito à informação e orientação sobre a gestação, parto e puerpério, o direito a um tratamento com respeito e dignidade, e o direito de saber e visitar a maternidade na qual ocorrerá o parto.

Consta, ainda, no manual de 2015, a indicação de ações de educação em saúde no pré-natal, por equipe multiprofissional, incluindo os temas: (1) modificações fisiológicas da gestação, (2) importância do acompanhamento pré-natal, (3) cuidados com a saúde alimentar e nutricional, (4) sexo na gestação, (5) atividades físicas e práticas corporais na gestação, (6) exposição ao tabaco, (7) exposição ao álcool e outras drogas, (8) preparo para o parto, (9) preparo para o aleitamento, (10) direitos à saúde, sociais e trabalhistas na gestação (Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês, 2015).

A Portaria da RC em seu artigo 7º refere que uma das ações de atenção à saúde no componente pré-natal é a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011).

O total de quatro reuniões educativas por gestante é o parâmetro estabelecido pela Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011, que dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da RC (Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, em seu artigo 5º, cita que uma das estratégias de implementação do referido programa é a implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade (Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013), o que reforça a inclusão do tema do direito à segurança no pré-natal, parto e nascimento para discussão nas oficinas educativas com grupos de gestantes desta pesquisa.

Doravante será explicitado como se verifica a abordagem educativa durante o pré-natal nas unidades de estratégia da saúde da família em Ceilândia. Não há uma padronização na execução das ações educativas voltadas para o pré-natal nas unidades de estratégia da saúde da família em Ceilândia. Cada unidade de saúde realiza a abordagem educativa ao seu próprio modo. Todas as quatro unidades de saúde,

responsáveis pelas áreas em que residem as gestantes desta pesquisa, promovem, exclusivamente, palestras para o pré-natal, em número de duas ou três para as mulheres durante sua gravidez. Geralmente, duas palestras são ministradas, uma primeira sobre gestação para as grávidas no primeiro trimestre gestacional e outra sobre parto para as gestantes nos três últimos meses da gravidez. Uma terceira palestra, sobre planejamento reprodutivo, é ofertada de modo opcional para as gestantes.

Há unidades de saúde que atrelam a palestra à consulta do pré-natal, ou à vacinação, ou à coleta de sangue para exame, isto é, após esses procedimentos, a gestante se dirige a uma sala de reunião para assistir a palestra. Ao final do evento, o cartão da gestante é devolvido com o agendamento da próxima consulta. Em outras unidades, em dia diferente ao da consulta, as gestantes são chamadas para participarem da palestra. Foi verificado o baixo número de gestantes, residentes nas áreas desta pesquisa, nas referidas palestras. O motivo alegado para esse fato é a distância grande da residência da gestante à unidade de saúde, o que favorece a desistência para o comparecimento. Quando um grupo de gestantes não é formado para a palestra, a mesma não ocorre e a gestante recebe orientações de forma individual por ocasião de sua consulta de pré-natal com o médico ou o enfermeiro.

As gestantes ao chegarem à sala da palestra encontram os tópicos que vão ser abordados já anotados numa lousa. Os pontos da palestra dirigida a gestantes do primeiro trimestre referem-se a: cartão da gestante, periodicidade das consultas de pré-natal, exames, medicamentos, alimentação, desconfortos na gestação, cuidados com as mamas, edema fisiológico, atividade física e vacinas.

Constituem os aspectos tratados na palestra para as gestantes do terceiro trimestre de gravidez: cartão da gestante, contrações uterinas, perdas vaginais, parto vaginal, parto cirúrgico, revisão de parto, alimentação, aleitamento, teste do pezinho, alojamento conjunto e cuidados com o recém-nascido.

As palestras, geralmente, são dadas por enfermeiras da sala da saúde da mulher, ou da estratégia da saúde da família. Numa das quatro unidades de saúde das gestantes, após a palestra sobre gestação ou parto, uma assistente social fala sobre temas relacionados aos direitos trabalhistas e outros direitos sociais da gestante. Durante ou após a exposição das palestrantes, as gestantes fazem perguntas, tiram dúvidas. É rara a presença do companheiro da gestante nesses eventos. Constata-se que as mencionadas palestras, de um modo geral, não se referem aos direitos da gestante e da criança como

o parto e nascimento humanizados e seguros que favorecem o bem-estar materno e ao mesmo tempo são fatores de prevenção de óbitos maternos e infantis.

A aplicação de oficina em dinâmica em grupo, como uma prática educativa para qualificar gestantes em relação aos seus direitos e aos dos seus filhos na área da saúde, seria uma iniciativa inovadora no SHSN em Ceilândia – DF? Entende-se que a resposta a essa indagação é positiva, considerando o significado de inovação indicado pelo dicionário de terminologia da BVS, ou seja, “o sentido de novo se aplica ao local onde é introduzido e não possui sentido universal” (Inovação, 2016), conforme expresso na seção deste trabalho dedicada ao tema de inovação. Desse modo, reforça-se a defesa de que as oficinas propostas nesta pesquisa representam uma tecnologia inovadora em Ceilândia, uma vez que as ações educativas oferecidas para as gestantes têm sido apenas no formato de palestra.

CAPÍTULO 3 - PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, serão detalhados os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa de campo. Após a apresentação dos objetivos geral e específicos, seguirá a descrição dos tópicos referentes a método, local de estudo, participantes e instrumentos. Em seguida, será feita uma exposição sobre oficinas e grupos na abordagem da técnica qualitativa, com a informação da operacionalização das duas fases da abordagem grupal desta pesquisa. Inicialmente, as oficinas em dinâmica de grupo, e no segundo momento, os grupos focais. Na sequência, será descrito o tratamento dos resultados das oficinas em dinâmica de grupo e dos grupos focais. Este capítulo encerra com a explicitação da equipe de pesquisa e os cuidados éticos.

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Identificar as contribuições da construção do conhecimento compartilhado, a partir de relatos de gestantes de Ceilândia, DF e pesquisadores acerca de questões relacionadas à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, na indução de práticas transformadoras, na promoção do bem-estar da mulher e na prevenção da mortalidade materna e da infantil.

3.1.2 Objetivos Específicos

4.1.1 Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa, segundo idade, escolaridade, ocupação e história reprodutiva.

4.1.2 Conhecer a percepção das gestantes, a partir da construção do conhecimento compartilhado, nas oficinas educativas, em relação aos temas sobre a saúde da mulher no período gravídico-puerperal.

4.1.3 Comparar conhecimentos e iniciativas de empoderamento em relação a temas da saúde da mulher no período gravídico-puerperal de dois grupos de mulheres na vivência da maternidade, sendo um constituído das participantes e outro das não participantes das oficinas educativas.

3.2 Método

Esta é uma pesquisa descritiva na qual há a aplicação de uma estratégia qualitativa. Minayo (2012) define pesquisa qualitativa como aquela que se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Isto é, a pesquisa qualitativa “trabalha como o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2012, p. 21). Trata-se de uma intervenção, ou seja, uma capacitação ofertada às gestantes sobre saúde materno-infantil, visando ao bem-estar materno e à prevenção de óbitos maternos e infantis, tendo em seguida a avaliação de suas percepções sobre o conhecimento compartilhado construído.

Por se caracterizar como uma pesquisa-ação, esta investigação permite a visualização de quatro etapas: (1) etapa de identificação das situações iniciais, (2) etapa de projeção das ações, (3) etapa de realização de atividades previstas, (4) etapa de avaliação dos resultados obtidos (Dionne 2007). A primeira etapa antecede a intervenção propriamente dita e refere-se ao prévio discernimento da situação a modificar. Parte-se do pressuposto que as gestantes desta pesquisa, por suas condições de vulnerabilidade social, tenham lacunas de conhecimento sobre seus direitos aos cuidados na atenção à saúde para alcance de bem-estar e prevenção de morbimortalidade materna e infantil. Desse modo, vislumbra-se como benefícios para essas mulheres, a possibilidade de construção coletiva de saberes sobre o tema em questão por meio de oficinas educativas, e o consequente empoderamento e tomada de atitudes a favor de uma vida mais saudável. As três demais etapas serão tratadas adiante, ao se abordar as oficinas em dinâmica de grupo (etapa 3), os grupos focais (etapa 4) e a discussão dos resultados desta pesquisa (etapa 4).

3.2.1 Local de Estudo

O estudo foi realizado no SHSN, situado em Ceilândia, região administrativa mais populosa do DF, concentrando mais de 18% da população do DF. Em 2011, a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) conduziu a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), que abordou indicadores sociais. A PDAD 2011 – Indicadores Sociais revelou que 39,1% dos moradores de Ceilândia

apresentava baixa renda, ou seja, renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo. O salário mínimo considerado foi de R\$ 545,00, valor vigente em 2011 (Codeplan, 2011b).

De acordo com dados da PDAD 2010, a população urbana de Ceilândia nesse ano era de 398.374 habitantes. A taxa média geométrica de crescimento populacional anual de Ceilândia entre as duas PDAD, a de 2004 e a de 2010, é alta, explicada em parte pela influência da migração interna, principalmente com o surgimento do SHSN e também do Setor Habitacional Pôr do Sol (CODEPLAN, 2011a). O Censo de 2010 registrou para o SHSN, uma população de 56.483 habitantes (IBGE, 2015). O contingente populacional naquele ano classificou o SHSN como o segundo maior aglomerado subnormal do país, após o da “Rocinha” na cidade do Rio de Janeiro. Esclarece-se que o IBGE define como aglomerado subnormal cada conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa (IBGE, 2015).

O SHSN é uma região com situação fundiária irregular e caracterizada por escassez de equipamentos sociais, sem unidades de saúde dentro de seus limites geográficos, e as de referência situam-se em bairros vizinhos. Assim, a população do SHSN tem dificuldade de acesso físico ao setor de saúde, precisando percorrer longas distâncias de suas moradias aos serviços de saúde.

A SES está presente em todo o DF, organizada em sete regiões de saúde, sendo que Ceilândia juntamente com Brazlândia pertencem à Região de Saúde Oeste, de acordo com a atual regionalização de saúde, instituída em janeiro de 2016 (Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016). A rede de saúde de Ceilândia, por ocasião desta pesquisa, contava com um Hospital Regional, um Laboratório Regional, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 16 unidades de atenção básica à saúde: 12 CS; uma Unidade Básica de Saúde da Vila Olímpica, uma Unidade Básica de Saúde do Laboratório Regional, um Posto de Saúde Urbano – Privê; e um Posto de Saúde Rural – Boa Esperança.

Na atenção básica, o SHSN está coberto pelos CS 8, 10 e 12, além de mais duas unidades da Estratégia da Saúde da Família, a do Laboratório Regional e a da Vila Olímpica.

3.2.2 Participantes

Gestantes residentes no SHSN em Ceilândia – DF, a partir do primeiro trimestre de gravidez até sua condição após o parto, identificadas a partir da ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, denominada B GES. Foi utilizada uma versão da B GES adaptada para mais informações sobre a gestação, pelo grupo do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/Vigilância em Saúde - Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde de Ceilândia, composto por integrantes da Regional de Saúde de Ceilândia da Secretaria da Saúde do DF e da FCE da UnB. O referido PET trata sobre a reorientação da Formação e do Cuidado em Saúde - Discussões e reflexões sobre a saúde materno-infantil: subsídio para intervenção na atenção básica/SUS - Ceilândia/DF. Neste texto o referido grupo doravante será chamado de grupo PET Saúde Materno-Infantil.

Ao todo, foram convidadas 45 gestantes para participar das três oficinas em dinâmica de grupo desta pesquisa. Esse total de grávidas foi dividido em três grupos, cada um com 15 integrantes. A definição desse quantitativo de mulheres grávidas por grupo levou em conta a possibilidade de não adesão desde a primeira até a última sessão da oficina, por diversos motivos, inclusive pela ocorrência de parto antes da data provável. Previsões essas que de fato foram confirmadas. Verificou-se o percentual de 28,9% de desistência, ou seja, 13 gestantes não compareceram a uma sequer sessão da oficina.

O local de moradia consistiu o critério de divisão de 15 gestantes por grupo. Assim, considerou-se para cada grupo, a área geográfica de residência de referência das quatro unidades básicas da ESF envolvidas nesta pesquisa. Os três grupos tinham a seguinte composição desenhada inicialmente:

- Grupo 1: gestantes moradoras nas áreas de abrangência das quatro equipes da Saúde da Família da Unidade Básica da ESF do Laboratório Regional.
- Grupo 2: gestantes moradoras nas áreas de abrangência das quatro equipes da Saúde da Família da Unidade Básica da ESF do CS 12.
- Grupo 3: gestantes moradoras nas áreas de abrangência das duas equipes da Saúde da Família da Unidade Básica da ESF da Vila Olímpica e do CS 8.

Desse modo, as gestantes, que seriam convidadas para formar os três grupos, eram residentes em áreas cobertas por dez equipes da ESF, de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2.

Áreas e unidades básicas da ESF do SHSN, Ceilândia, DF, 2014

Área / Nº de equipes da ESF	Unidade de Saúde
54 / 1	Unidade Básica da ESF do CS 8
55, 56, 57 e 59/4	Unidade Básica da ESF do Laboratório Regional
58 / 1	Unidade Básica da ESF da Vila Olímpica
64, 66, 67 e 68 / 4	Unidade Básica da ESF do CS 12

Constituíram critérios de inclusão da população em estudo: (1) gestantes residentes no SHSN, nas áreas de abrangência dos CS 8 e 12 e das Unidades Básicas da ESF do Laboratório Regional e da Vila Olímpica; e (2) gestantes a partir do primeiro trimestre de gravidez, independentemente do número de partos anteriores (nulíparas, primíparas ou múltíparas). Foram excluídas da pesquisa as gestantes não residentes nas áreas delimitadas. Esclarece-se que os CS 8 e 12 na época desta pesquisa não tinham cobertura plena da ESF nas suas áreas de abrangência.

Além da identificação das gestantes a partir da ficha B GES adaptada para convite pessoalmente em sua residência ou por telefone, mais duas estratégias de captação foram adotadas:

1) Abordagem pessoal às gestantes nas Unidades Básicas da ESF do Laboratório Regional, da Vila Olímpica e dos CS 8 e 12, por ocasião da espera à consulta do pré-natal e da saída das palestras educativas dirigidas às gestantes e seus companheiros;

2) Identificação de gestantes na comunidade pelas mulheres de movimentos sociais locais, apoiadoras desta pesquisa, nas áreas cobertas pelas Unidades Básicas da ESF do Laboratório Regional e da Vila Olímpica, e dos CS 8 e 12. O reconhecimento das gestantes se verificou também pela vizinhança ou pela comunicação entre as mulheres.

Salienta-se a relevância da participação de três mulheres de movimentos sociais locais de Ceilândia na equipe desta pesquisa: duas do projeto Luz do Amanhecer e uma do grupo de Promotoras Legais Populares. Essas mulheres, engajadas em trabalhos sociais voltados para os segmentos de mulheres e crianças, e conhecedoras da comunidade local, muito colaboraram na captação das gestantes e no acompanhamento das oficinas e grupos focais.

Assim, foram feitas visitas às residências das gestantes cujos endereços foram previamente destacados da ficha B GES adaptada ou apontados pelas mulheres de movimentos sociais ou da comunidade. Esta fase da pesquisa contou com o envolvimento das mulheres de movimentos sociais de Ceilândia, que auxiliaram no chamamento de gestantes para esta investigação, já que detinham maior conhecimento dos endereços da área, que são difíceis de serem encontrados, em função de irregularidades em relação a nomes e números das casas. Outro fator importante é que as mulheres de movimentos sociais eram moradoras da região, e, portanto identificadas pelas gestantes como pertencentes ao seu mesmo grupo social. Desse modo, as mulheres ativistas sociais contribuíram favoravelmente como intermediadoras no convite às mulheres grávidas. Nas abordagens com as gestantes, explicações eram dadas sobre os propósitos das oficinas em dinâmica de grupo, indicadas para as tardes de sábado. Foi ponderado que a tarde de sábado seria mais viável para a ocorrência das oficinas, uma vez que as gestantes poderiam estar mais disponíveis nesse período, tendo menos afazeres domésticos e sem compromisso de levar e trazer suas crianças da escola. Até mesmo as grávidas que trabalhassem fora de casa, de segunda a sexta-feira, ou até o meio dia de sábado, teriam chance de participarem da pesquisa numa tarde de sábado.

Quando o convite foi aceito, após abordagem pessoal, indagou-se ou confirmou-se contato telefônico da gestante, visando chamá-la quando um grupo de 15 gestantes estivesse constituído. Aproveitou-se, ainda, para confirmação de informações como os dados relativos à idade da gestante, data provável do parto e número de partos prévios, pois a composição do grupo previa faixas etárias distintas, inclusão de grávidas no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação e em diferentes condições de paridade.

Foram realizadas visitas domiciliares a gestantes para convidá-las a compor os três grupos, nos dias de sábado, durante um período de 12 semanas. Nem sempre as residências buscadas foram localizadas, seja pela condição do SHSN não ter uma área urbana regularizada, dificultando a identificação das localidades procuradas, seja pelo fato de os endereços terem sido anotados de forma incompleta ou errônea.

Houve recusa de convite da parte das gestantes por diversos motivos, como os listados abaixo:

- trabalhar fora de casa, inclusive no dia de realização da oficina (sábado);
- não ter com quem deixar seus filhos no período da oficina em grupo;

- achar longe o local dos encontros do grupo;
- não ter ânimo para sair de casa;
- não ter interesse, sem especificar o motivo.

Em função da falta de completitude de dados e da desatualização das fichas B GES adaptadas, durante as visitas domiciliares e contatos telefônicos, foram encontradas gestantes em condições que as excluam do convite para participar do grupo de oficina:

- ter mudado de endereço para local diferente daqueles definidos na pesquisa;
- data do parto próxima do parto;
- já ter tido o parto;
- hospitalizada com uma complicação obstétrica, no momento do convite;
- ter tido a gravidez interrompida (aborto ou natimorto).

Diante dessa situação e levando em conta que as oficinas só aconteceriam nas tardes de sábado, não necessariamente em sábados consecutivos, avaliou-se que as sessões da oficina em dinâmica de grupo de uma mesma composição de gestantes teriam que ocorrer em um número mínimo de três encontros e máximo de quatro, em função das saídas das participantes do grupo em decorrência do parto. Por conseguinte, decidiu-se estabelecer um intervalo, preferencialmente, semanal ou quinzenal entre as sessões, de acordo com a disponibilidade das gestantes, se possível dentro de um espaço de tempo máximo de oito semanas por cada grupo de oficina.

Além do chamamento das participantes, pessoalmente em suas residências ou por telefone, as mulheres grávidas do grupo 1 receberam também convite impresso mostrando o objetivo da oficina, local, horário e responsáveis pela atividade. Esse lembrete por escrito deveu-se ao fato de que o primeiro encontro da oficina distanciou cinco semanas da visita domiciliar inicial para o convite.

Houve muita dificuldade para encontrar gestantes residentes na região de abrangência da Unidade Básica da ESF da Vila Olímpica, correspondente à área 58 da ESF do SHSN, conforme mostra o Quadro 2. Dessa localidade apenas três gestantes foram identificadas com aceitação do convite e moravam distantes de gestantes sob a responsabilidade da Unidade Básica da ESF do CS 8 (área 54), que seriam somadas às primeiras para formar o grupo 3. Diante dessa situação, foi desfeita a composição originalmente pensada para esse grupo. Considerando que seria inviável reunir as gestantes das áreas 54 e 58 para formar o grupo 3 com 15 integrantes, decidiu-se que o grupo 3 seria reconstituído segundo procedência da gestante. A nova formação do grupo

3 considerou gestantes das regiões de abrangência das Unidades Básicas da ESF do CS 8 (área 54) e do Laboratório Regional (áreas 64, 66, 67 e 68), pelo maior número de gestantes residentes nessas áreas que inclusive são regiões contíguas. Mesmo com essa redefinição do grupo 3, só foi possível identificar 13 gestantes para começar a oficina. No decorrer das sessões da oficina do grupo 3, duas novas gestantes foram incluídas, sendo uma indicada por uma das mulheres grávidas desse grupo e outra por uma das mulheres dos movimentos sociais locais, apoiadora da capacitação.

Para cada gestante foi designado um nome de uma flor como pseudônimo. Apenas uma das participantes da pesquisa tinha nome real de tema floral que não foi utilizado como pseudônimo. No Quadro 3, encontra-se a lista das gestantes de cada grupo por pseudônimo e idade gestacional (trimestre de gravidez) por ocasião da primeira sessão da oficina.

Quadro 3.

Gestante convidada por grupo e trimestre de gravidez

Nº de Ordem	Grupo 1	Trimestre de gestação	Grupo 2	Trimestre de gestação	Grupo 3	Trimestre de gestação
1	Acácia	2º	Dália	3º	Lobélia	1º
2	Açucena	3º	Estrelícia	2º	Madressilva	1º
3	Alfazema	2º	Flox	3º	Magnólia	2º
4	Amamélis	1º	Frésia	1º	Margarida	2º
5	Amarilis	2º	Gardênia	2º	Níger	2º
6	Angélica	2º	Gazânia	3º	Papoula	2º
7	Anis	2º	Genciana	3º	Peônia	1º
8	Azaleia	2º	Gérbera	3º	Perpétua	1º
9	Begônia	3º	Glicínia	3º	Rosa	2º
10	Beladona	2º	Gloriosa	2º	Sálvia	3º
11	Betônica	2º	Hera	3º	Santolina	2º
12	Bogarim	2º	Hortêncina	3º	Tulipa	2º
13	Bonina	3º	Íris	2º	Verônica	2º
14	Camélia	2º	Jasmim	2º	Violeta	1º
15	Centáurea	1º	Lis	2º	Zínia	2º

Em função de que não tem havido, com maior frequência, a captação precoce das gestantes, pelos serviços de saúde, para iniciar o pré-natal, ou seja, a identificação da mulher grávida até a 12ª semana de gestação, conforme recomendado pela RC, a grande maioria das gestantes reconhecidas estava no segundo ou terceiro trimestre de gravidez.

A despeito de ter sido reiterado o convite às gestantes faltosas em qualquer sessão para participarem de momentos posteriores, a frequência nas oficinas não foi integral para a totalidade das mulheres convidadas, sendo que algumas nunca compareceram a qualquer sessão, mesmo confirmando pessoalmente ou por telefone sua participação. Vários motivos foram expostos para justificar a ausência, como cansaço, desconforto físico, intercorrências da gravidez, encontro com familiares, participação em eventos religiosos. O Quadro 4 mostra a frequência de cada gestante nos dias das oficinas dos três grupos. Salienta-se que apenas no primeiro grupo de gestantes houve a ocorrência de parto dentre as participantes durante o período da oficina, impedindo o seu comparecimento às sessões posteriores, no caso de duas grávidas, Begônia e Açucena. Os percentuais de presença a, pelo menos, uma sessão, foram, respectivamente para os grupos 1, 2 e 3: 80,0%, 73,3% e 60,0%.

Quadro 4.

Gestante por grupo e por sessão das oficinas

Grupo	1º sessão	2º sessão	3º sessão	4º sessão
1	1. Acácia 2. Açucena 3. Amamélis 4. Amarilis 5. Angélica 6. Anis 7. Azaléia 8. Begônia	1. Acácia 2. Alfazema 3. Amarilis 4. Angélica 5. Begônia 6. Beladona 7. Bonina 8. Centáurea	1. Acácia 2. Alfazema 3. Amamélis 4. Amarilis 5. Angélica 6. Anis 7. Bonina	
2	1. Estrelícia 2. Flox 3. Gardênia 4. Gazânia 5. Genciana 6. Gerbéra 7. Hera 8. Íris 9. Glicínia	1. Gérbera 2. Hera 3. Glicínia 4. Lis	1. Flox 2. Gardênia 3. Hera 4. Glicínia 5. Lis	1. Gardênia 2. Gloriosa 3. Hera 4. Lis
3	1. Madressilva 2. Margarida 3. Sálvia 4. Santolina 5. Tulipa	1. Magnólia 2. Margarida 3. Níger 4. Sálvia 5. Santolina 6. Tulipa	1. Magnólia 2. Sálvia 3. Tulipa	1. Lobélia 2. Magnólia 3. Santolina 4. Tulipa 5. Violeta

3.2.3 Instrumentos

Em função de este estudo ser uma pesquisa-ação colaborativa na abordagem teórica emancipatória, a concepção do questionário é intimamente relacionada com o tema e os problemas levantados com os participantes da pesquisa, nas discussões iniciais e com diretrizes correspondentes (Thiollent, 2011). Por isso, não se dispôs no início desta investigação de um questionário já prontamente elaborado para atender a abordagem qualitativa da pesquisa nas oficinas em dinâmica de grupo e nos grupos focais. Os instrumentos dos dados cadastrais de cada gestante consistiram: (1) na ficha B GES adaptada pelo grupo PET Saúde Materno-Infantil, (2) cartão da gestante, e (3) caderneta da criança. Os dados coletados a partir desses instrumentos permitiram o delineamento do perfil sociodemográfico das gestantes e mulheres participantes desta pesquisa.

3.2.4 Oficinas e Grupos na Abordagem da Técnica Qualitativa

A natureza qualitativa deste estudo utilizou como método de intervenção psicossocial, oficinas em dinâmica de grupo para a construção do conhecimento compartilhado em relação aos temas sobre a saúde da mulher e da criança, visando ao bem-estar materno e à prevenção da mortalidade materna e infantil. Esta estratégia considera o reconhecimento dos cidadãos como fonte de conhecimentos e depositários de um poder (Deslauriers & Kérisit, 2008).

Para avaliar a percepção das mulheres, no período pós-parto, sobre o conhecimento construído e aplicado acerca dos temas saúde da mulher e da criança, foi utilizada a técnica do grupo focal, por conta do seu potencial da abordagem desses grupos no levantamento de informações qualitativas, ao expor percepções e opiniões, destacando posturas e padrões de comportamento, em função do estímulo de memórias e sentimentos dos participantes que levam a uma ampla discussão do tópico estudado.

3.2.4.1 Fase 1: Oficinas em Dinâmica de Grupo

As Oficinas em Dinâmicas de Grupo consistem em “um trabalho estruturado em grupo, independente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social” (Afonso et al., 2010, p. 9). Os participantes das oficinas, além de realizarem uma reflexão racional, são

também envolvidos de maneira integral, em relação às formas de pensar, sentir e agir (Afonso et al., 2010).

O grupo deve ser constituído com a aceção de um conjunto de pessoas que tem por objetivo conhecer crenças, ideias e sentimentos de seus participantes visando à reflexão, adaptação ou mudança, e estimulando novas aprendizagens para o enfrentamento de dada problemática, especialmente quando é influenciada por fatores sociais, culturais e psíquicos, exigindo mudança da mentalidade e a reorganização do cotidiano da população atendida. Não se limita a conhecer crenças, mas intenciona a sua transformação para a mudança da realidade de saúde/doença dessa população (Afonso et al., 2010).

Afonso (2010) afirma a efetividade do uso das oficinas em dinâmicas de grupo, enquanto metodologia de intervenção psicossocial aplicada ao contexto de saúde coletiva, incentiva e apresenta publicações acadêmico-científicas resultantes da prática desse método. Desse modo, diversos estudos apontam para suas contribuições no processo de mobilização, reflexão e transformação social (Brito, Rezende, Malta, Schall, & Modena, 2008; Maheirie, Urnau, Vavassori, Orlandi, & Baierle, 2005; Meneghel et al., 2008; Soares & Ferraz, 2007).

3.2.4.2 Operacionalização das Oficinas em Dinâmica de Grupo

A segunda etapa da pesquisa-ação – projeção das ações – iniciou seu desenvolvimento, na primeira sessão de cada oficina, a partir da escuta ativa das gestantes em relação às expectativas de temas a serem abordados nos grupos. Dessa forma, foram concluídos os diagnósticos, inicialmente formulados, relativos a conhecimentos limitados dos direitos das gestantes à atenção à saúde. Indagou-se às participantes das oficinas sobre suas inquietações e interesses em compreender melhor pontos da linha de cuidado materno-infantil, visando à melhoria do bem-estar das gestantes e à prevenção de mortes maternas, fetais e infantis. Assim, foi atendida a condição da pesquisa-ação colaborativa na abordagem teórica emancipatória, em que as decisões são tomadas coletivamente (Ibiapina, 2008), os participantes ajudam a elaborar questões a serem abordadas (Creswell, 2007). Ressalta-se, ainda, que a iniciativa do próprio grupo de gestantes estabelecer os temas para discussão vai de encontro com o que consta na definição de organização comunitária, ou seja, necessidades ou problemas em torno dos grupos comunitários organizados devem, necessariamente, ser

identificados pela própria comunidade e não por uma organização ou agente externo de mudança (Minkler & Wallerstein, 2002) .

Na primeira sessão de cada um dos três grupos de oficinas, as gestantes demonstraram vontade de discutir sobre a relação entre a mulher grávida e a equipe de saúde durante o pré-natal e parto, acompanhante da gestante na maternidade, atenção ao parto normal, cesariana e ao recém-nascido. Esses termos foram organizados em títulos de tema para reflexão em cada sessão da oficina, conforme o Quadro 5. Desse modo, considerou-se como diagnóstico para orientar a intervenção na pesquisa-ação, a existência de lacunas do conhecimento sobre os pontos levantados pelas gestantes que constituíram os temas alvos de pauta para as sessões seguintes das oficinas.

Fazendo parte ainda da projeção das ações, foi formulado um plano de ação para abordar cada tema nas oficinas educativas e projetada a avaliação da intervenção, por meio de realização de grupos focais, um com mulheres participantes e outro com mulheres não participantes das oficinas.

Quadro 5.

Tema por sessão das oficinas dos grupos 1, 2 e 3

Sessão	Tema (Grupos 1, 2 e 3)		
Primeira	Apresentação e levantamento de expectativas		
Sessão	Temas		
	Grupo 1*	Grupo 2	Grupo 3
Segunda	Atenção humanizada ao pré-natal	Atenção humanizada ao pré-natal	Importância do acompanhante na atenção humanizada ao pré-natal e parto
Terceira	Atenção humanizada ao parto, nascimento e puerpério	Atenção humanizada ao parto normal e à cesariana	Atenção humanizada ao parto normal e à cesariana.
Quarta		Importância do acompanhante na atenção humanizada ao pré-natal e parto	Atenção humanizada ao nascimento e cuidados com a criança

* O grupo 1 decidiu por apenas três sessões.

Apesar dos convites reiterados às gestantes para participação em cada sessão das oficinas, a adesão não foi completa. Os Quadros 6, 7 e 8 mostram o perfil sociodemográfico das gestantes que participaram de pelo menos de uma sessão em cada oficina: 12 (80,0%), 11 (73,3%) e 9 (60,0%), na mesma ordem, no grupo 1, 2 e 3.

Das 12 gestantes do grupo 1, quanto à condição de paridade, cinco eram nulíparas (nunca pariram antes), duas primíparas (com apenas um parto no passado) e cinco multíparas (antecedente de dois ou mais partos). Em relação ao trimestre da gravidez, tendo como referência a data da primeira sessão da oficina, duas gestantes estavam no primeiro trimestre, sete no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. A grávida mais jovem desse grupo tinha 15 anos de idade e a mais velha já havia completado 37 anos. O número de gestantes para as faixas de idade de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos e 35 a 39 anos era, respectivamente, dois, dois, três e dois. Examinando o nível de escolaridade, havia uma gestante com ensino fundamental incompleto, três com ensino fundamental completo, uma com ensino médio incompleto, seis com ensino médio completo e uma com ensino superior incompleto (Quadro 6).

Quadro 6.

Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 1

Nº de ordem	Pseudônimo	Condição da paridade	Trimestre da gravidez no primeiro dia da oficina	Idade no primeiro dia da oficina	Nível de escolaridade
1	Acácia	Multípara	2º	28	Ensino médio completo
2	Açucena	Nulípara	3º	15	Ensino fundamental completo
3	Alfazema	Multípara	2º	37	Ensino fundamental completo
4	Amamélis	Nulípara	1º	22	Ensino fundamental completo
5	Amarilis	Multípara	2º	33	Ensino superior incompleto
6	Angélica	Primípara	2º	31	Ensino médio completo
7	Anis	Nulípara	2º	27	Ensino médio completo
8	Azaleia	Primípara	2º	17	Ensino médio incompleto
9	Begônia	Multípara	3º	28	Ensino fundamental incompleto
10	Beladona	Multípara	2º	36	Ensino médio completo
11	Bonina	Nulípara	3º	20	Ensino médio completo
12	Centáurea	Nulípara	1º	31	Ensino médio completo

Das 11 gestantes do grupo 2 que participaram de, pelo menos, uma sessão das oficinas, cinco eram nulíparas, quatro múltiparas e duas primíparas. As idades variaram de 18 a 35 anos, distribuídas nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 30 a 34 anos e 35 a 39 anos, contando, respectivamente, com duas, quatro, uma, três e uma gestante. Seis mulheres tinham completado e uma não o tinha. Uma gestante tinha concluído o ensino médio, mas duas não o tinham. Uma única mulher tinha nível universitário incompleto (Quadro 7).

Quadro 7.

Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 2

Nº de ordem	Pseudônimo	Condição da paridade	Trimestre da gravidez no primeiro dia da oficina	Idade no primeiro dia da oficina	Nível de escolaridade
1	Estrelícia	Múltipara	2º	35	Ensino fundamental completo
2	Flox	Múltipara	3º	34	Ensino superior incompleto
3	Gardênia	Múltipara	2º	20	Ensino médio incompleto
4	Gazânia	Nulípara	3º	20	Ensino fundamental completo
5	Genciana	Nulípara	2º	18	Ensino fundamental completo
6	Gerbéira	Primípara	3º	23	Ensino fundamental completo
7	Gloriosa	Primípara	2º	32	Ensino fundamental completo
8	Hera	Nulípara	3º	26	Ensino fundamental incompleto
9	Íris	Nulípara	2º	21	Ensino médio completo
10	Jasmim	Múltipara	2º	30	Ensino médio incompleto
11	Lis	Nulípara	2º	18	Ensino fundamental completo

Das 15 gestantes convidadas para compor o grupo 3, nove compareceram, a pelo menos, uma sessão. Dentre essas mulheres, havia nulípara, primípara e múltipara, sendo três para cada uma dessas condições de paridade. A mais nova gestante estava na véspera de completar 15 anos e a mais velha tinha 41 anos. Para cada faixa etária de 14 a 19 anos e de 35 a 39 anos, havia duas mulheres. O grupo etário de 20 a 24 anos concentrou três participantes, enquanto cada um dos grupos de 30 a 34 anos e 35 a 39 anos tinha apenas uma mulher. O ensino fundamental tinha sido concluído por uma mulher, mas não por três. Uma gestante tinha parado de estudar quando cursava o ensino médio. Quatro gestantes eram egressas do ensino médio completo (Quadro 8).

Quadro 8.*Perfil sociodemográfico das gestantes do grupo 3*

Nº de ordem	Pseudônimo	Condição da paridade	Trimestre da gravidez no primeiro dia da oficina	Idade no primeiro dia da oficina	Nível de escolaridade
1	Lobélia	Nulípara	2º	20	Ensino médio incompleto
2	Madressilva	Primípara	1º	29	Ensino fundamental completo
3	Magnólia	Primípara	2º	37	Ensino médio completo
4	Margarida	Primípara	2º	20	Ensino fundamental incompleto
5	Níger	Nulípara	3º	14	Ensino fundamental incompleto
6	Sálvia	Multípara	3º	24	Ensino médio completo
7	Santolina	Multípara	2º	31	Ensino médio completo
8	Tulipa	Multípara	2º	41	Ensino médio completo
9	Violeta	Nulípara	1º	15	Ensino fundamental incompleto

As mesmas três mulheres de movimentos sociais locais de Ceilândia que colaboraram com o chamamento das gestantes para esta pesquisa, também participaram das oficinas, fazendo parte de uma rede de apoio de moradoras do mesmo meio comunitário que compartilham os mesmos bens públicos, passam por dificuldades comuns e como mães puderam compartilhar algumas de suas experiências em temas de maternidade. Nem sempre as três mulheres estiveram presentes ao mesmo tempo em todas as sessões das oficinas. Dentre o total de 11 sessões de oficina dos três grupos de gestantes, a frequência de cada uma dessas três mulheres foi em ordem decrescente: dez, oito e cinco. Vale salientar que as mulheres compareceram a todas as três sessões de oficina do grupo 1.

Participaram, ainda, das oficinas, duas estudantes como pesquisadoras auxiliares, uma graduanda do curso de Fisioterapia da FCE - UnB, e outra mestranda do curso de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da FCE - UnB. A primeira estudante esteve presente em seis das onze sessões que ocorreram nos três grupos e a segunda em três sessões. A universitária de Fisioterapia compareceu nas três sessões do grupo 1, enquanto a pós-graduanda esteve presente numa única sessão.

Como, por ocasião desta pesquisa, as unidades de saúde não tinham estrutura física que favorecesse o desenvolvimento de atividades grupais, e por não funcionarem

dia de sábado, além de distarem de muitas residências do SHSN, as oficinas aconteceram em duas escolas públicas – Escola Classe do Setor P Norte e Escola Classe 66 - e em uma entidade de projeto social – Luz do Amanhecer –, situadas no SHSN, que foram contatadas e concordaram em ceder o local para a realização da pesquisa. Os três espaços escolhidos, situados em localização geográfica estratégica, facilitaram o acesso das gestantes dos três grupos, inclusive por deslocamento a pé para algumas das mulheres. Contou-se ainda com veículo da FCE, um ônibus em alguns dias e, em outros, um utilitário do tipo van, para transportar as gestantes residentes em pontos mais distantes do local da oficina.

Os grupos 1 e 2 escolheram sábados alternados e o grupo 3 optou por sábados consecutivos a partir da segunda sessão da oficina, em função da disponibilidade da agenda das mulheres grávidas. Entretanto, por conta de jogos da seleção brasileira de futebol na copa do mundo, que aconteceram em dia de sábado, em datas antes não previstas, alguns dias inicialmente marcados tiveram que ser reagendados para os grupos 2 e 3 que assim ficaram com intervalos entre as sessões das oficinas variando de duas a cinco semanas.

O desenvolvimento das sessões de oficina dos três grupos consiste a terceira etapa da pesquisa-ação, em que as atividades previstas são realizadas, ou seja, é quando se concretiza a intervenção educativa. Em seguida, serão relatados os passos sequenciais da estruturação das sessões das oficinas.

Na primeira sessão da oficina de cada um dos três grupos, após o cumprimento de boas-vindas, passava-se para a apresentação de todas as pessoas envolvidas. Cada gestante falava um pouco de si, informando seu nome, o porquê de seu nome, uma característica de si iniciada pela primeira letra de seu nome. Além disso, comunicava o que fazia, ou seja, se era do lar, se trabalhava fora, se estudava. Acrescentava ainda a ordem (primeira, segunda ou outra) da atual gestação e o número de filhos.

Posteriormente, esclarecimentos sobre esta pesquisa eram feitos, os objetivos das oficinas eram mostrados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Anexo D, era apresentado, discutido e assinado por cada gestante. Aproveitava-se a oportunidade para atualizar a Ficha B GES adaptada para mais informações sobre a gestação a partir do cartão da gestante.

Combinava-se se mais duas ou três sessões seriam realizadas. O grupo 1 optou por mais duas sessões, enquanto os grupos 2 e 3 decidiram por mais três sessões de oficina. Acertavam-se as datas, duração e horários dos próximos encontros. O contrato

de convivência era elaborado, sempre levando em conta, a questão do sigilo em relação aos conteúdos discutidos no interior do grupo. Pausa no meio da tarde era feita para um lanche, ocasião em que as gestantes continuavam comentando sobre pontos abordados até aquele momento.

Passava-se à escuta ativa das expectativas das gestantes em relação aos temas de interesse para composição de pauta das sessões subsequentes. Para a definição dos temas, as gestantes, a depender do número, eram divididas em grupos menores para discussão de três pontos positivos e três pontos a serem melhorados na atenção às mulheres grávidas nos serviços de saúde. Sem maior delonga, as integrantes da oficina costumavam identificar os problemas existentes, todavia, levavam mais tempo para listar os aspectos favoráveis do cuidado em saúde à gestante na sua região. Cada grupo apresentava a síntese de sua discussão numa cartolina para todas as pessoas participantes da oficina. Instalava-se debate em plenária que levava ao consenso a delimitação dos temas escolhidos para reflexão, por trazerem mais inquietações e por serem de interesse para melhor compreensão, por meio da construção coletiva do conhecimento nas oficinas. Os temas referiam-se a direitos das gestantes na atenção à saúde.

Em seguida, exibia-se breve trecho de um filme sobre parto humanizado. Fazia-se uma avaliação com uma ou poucas palavras da experiência vivenciada na tarde, e então a sessão era encerrada.

A segunda, terceira e quarta sessões apresentavam as seguintes atividades, por ordem de sequência temporal: (1) boas-vindas; (2) apresentação da gestante vinda pela primeira vez; (3) reiteração do objetivo da oficina; (4) lembrete do contrato de convivência; (5) aquecimento por meio de expressão corporal ao som de música lúdica; (6) reapresentação dos títulos dos temas selecionados por sessão; (7) aplicação de técnicas sobre o tema da sessão (roda de conversa, dramatização, estrela de cinco pontas (Anexo I), cartelas com palavras-geradoras de debate, vídeos); (8) pausa para o lanche; (9) técnica de relaxamento ao som de música clássica; (10) plenária para debate dos pontos levantados; (11) síntese dos principais aspectos abordados; (12) palestra interativa sobre os direitos dos usuários do SUS, direitos reprodutivos, e sobre o tema em foco da sessão (breves notas), tendo como apoio visual uma apresentação em Microsoft Power Point; (13) dramatização, pelas gestantes, de uma consulta de pré-natal em dois momentos, com e sem aspectos de humanização; (14) dramatização de uma consulta de pré-natal humanizado pela equipe de pesquisa; (15) discussão e síntese de

aspectos mostrados na dramatização e na sessão; (16) entrega de texto com tópicos resumidos da palestra interativa; (17) entrega de mídia (DVD) com o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, publicado pelo UNICEF (2011), e com filmes sobre pré-natal e parto humanizados; (18) avaliação da tarde por escrito ou oralmente (bilhete para o filho no ventre, “carinhas” para assinalar sentimentos, mensagem ao telefone, breves palavras de avaliação); (19) avaliação da oficina (última sessão); (20) encerramento com canto de músicas em homenagem à mulher (última sessão).

As técnicas aplicadas em cada sessão das oficinas dos três grupos estão apresentadas no Anexo E. O teor das encenações sobre a atenção ao pré-natal, apresentadas pelas gestantes do grupo 1, encontra-se no Anexo F. O conteúdo de uma abordagem adequada e esperada de um atendimento humanizado, durante uma consulta de pré-natal, foi ilustrado por meio de uma peça teatral conduzida pelas duas pesquisadoras auxiliares. O roteiro dos diálogos (Anexo G) foi produzido por esta pesquisadora, a partir da adaptação do texto de Fonseca Neto (2008), denominado *Pré-natal: um diálogo mágico com a vida*.

Esclarece-se que se utilizou, nos três grupos de oficina, a roda de conversa que consiste num método que auxilia lidar com pessoas, proposto por Campos (2007). Trata-se de “maneiras para analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto” (Campos, 2007, p. 13). É um método que “tenta reinventar e ampliar as possibilidades históricas de mudança” (Campos, 2007, p. 17), a partir da lógica da autonomia do sujeito, tendo base conceitual freiriana (Campos, 2007). O método da roda ou método Paidéia é definido como: “Um método crítico à racionalidade hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção” (Campos, 2007, p. 234).

Salienta-se que por ocasião das palestras interativas, pontos de abordagem teórica eram confrontados ou reiterados com os aspectos mostrados nas técnicas desenvolvidas anteriormente. Uma vez que se sabe da retenção incompleta de informações repassadas de forma oral, resumo do conteúdo explanado era distribuído em material impresso para cada gestante. Acompanhava a síntese, legislações pertinentes ao tema abordado, como por exemplo, às referentes ao direito da gestante a acompanhante (Lei nº 11.108 de 7/4/2005, Portaria nº 2.418 de 2/12/2005) e à vinculação da gestante à maternidade (Lei nº 11.634 de 27/12/2007).

Para cada grupo, foi exibido o vídeo “Sagrado”, produzido por Paulo Batistuta, com duração de 17 minutos e que mostra partos hospitalares conforme as recomendações da OMS, para a maternidade segura e o parto humanizado.

De um modo geral, as oficinas foram bem avaliadas. Os resultados consolidados dos três grupos, a partir do questionário de avaliação da oficina, mostraram que 82% e 18% das gestantes, respectivamente, apontaram o conceito de ótimo e bom para os aspectos da oficina como: (1) importância do tema discutido, (2) aplicação prática do tema discutido, (3) organização do evento, (4) adequação do tempo, (5) qualidade do material distribuído, (6) lanche, e (7) local (conforto, distância).

3.2.4.3 Fase 2: Grupo Focal

A técnica do grupo focal utilizada em pesquisa qualitativa resgata uma tradição de entrevista em grupo que é bastante comum em Antropologia. Nesse grupo é fundamental que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado, seja *um tema* específico, a fim de captar as diferentes visões sobre o mesmo; seja *um grupo*, com o objetivo de conhecer sua visão de mundo ou de determinados temas; *ou ambos*, quando se pretende entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (Victoria, 2000). Neste estudo, os focos foram o tema (tópicos sobre a atenção humanizada ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, mostrados como direitos da gestante e da criança na área da saúde, relacionados a fatores de proteção e de risco para a saúde materna e a mortalidade materna e infantil) e o grupo (o conjunto de mulheres selecionadas).

3.2.4.4 Operacionalização dos Grupos Focais

Foram formados dois grupos focais, sendo um grupo constituído de mulheres que não participaram das oficinas em dinâmica de grupo, denominado Grupo Focal 1, e outro grupo, chamado grupo focal 2, das mulheres que participaram das oficinas. As mulheres do grupo focal 1 eram residentes nas mesmas áreas de procedência das gestantes participantes das oficinas (Figura 7).

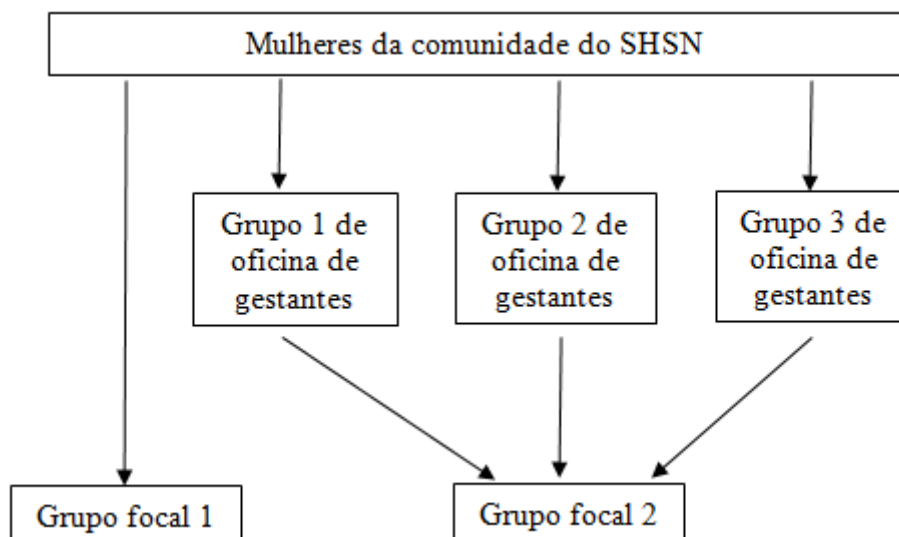


Figura 7. Procedência das mulheres pesquisadas nas oficinas e grupos focais.

O grupo focal teve o objetivo de avaliar a percepção das mulheres que vivenciaram a maternidade em relação a conhecimentos e atitudes referentes a temas dos direitos da gestante e da criança na área da saúde, especialmente aqueles que podem contribuir para a melhoria da saúde materna e redução da mortalidade materna e infantil.

As questões centrais indagadas foram: (1) se a mulher identificou a contemplação dos seus direitos sobre saúde reprodutiva durante seu pré-natal, trabalho de parto, parto ou puerpério; e (2) se a mulher sentiu falta e cobrou algum de seus direitos sobre saúde reprodutiva durante seu pré-natal, trabalho de parto, parto ou puerpério.

Para cada grupo focal, definiu-se um número de 12 mulheres para composição. Desse modo, esse foi o quantitativo de mulheres chamadas para cada grupo focal. Considerou-se esse número de 12 mulheres convidadas, em função da possibilidade de imprevistos, impedindo o comparecimento de parte dessas mulheres. Assim, esperou-se que as faltas não correspondessem mais que a metade do grupo para poder se contar com pelo menos seis participantes que é o número mínimo admissível para compor um grupo focal, segundo a literatura. Transcorreu que no grupo focal 1 faltaram seis mulheres e no grupo focal 2, três deixaram de comparecer. Em cada sessão as discussões foram gravadas. Além desta pesquisadora, como moderadora, e das mulheres participantes, houve um auxiliar de pesquisa para registrar notas importantes do

funcionamento do grupo focal. As transcrições como os dados básicos para a análise partiram das discussões e das anotações.

Duas datas foram agendadas para a realização dos dois grupos focais, uma inicial para o grupo de mulheres que não participaram das oficinas, e uma segunda, com o intervalo de uma semana da primeira, para as mulheres procedentes dos três grupos de gestantes participantes das oficinas.

Os critérios de seleção das 12 mulheres que participaram das oficinas em dinâmica de grupo para composição do grupo focal foram:

- gestantes que tiveram frequência integral ou apenas uma falta às oficinas temáticas, a partir da segunda sessão da oficina;
- gestantes cuja data do parto distou mais de dois meses do dia do grupo focal;
- gestantes que participaram de forma comunicativa e colaborativa nas oficinas;
- gestantes que após o término das oficinas foram receptivas à visita domiciliar para coleta complementar de dados do cartão da gestante e da caderneta da criança.

Foram identificadas e convidadas 12 mulheres durante a vigência da maternidade que atenderam aos critérios mencionados. A Tabela 7 mostra os dados das mulheres convidadas e das participantes em relação a aspectos sociodemográficos e obstétricos de cada um dos dois grupos focais. Constam na apresentação tabular as variáveis referentes à faixa etária, escolaridade, ocupação, situação de convívio com o cônjuge / companheiro, número de gestações, número de consultas de pré-natal e condição obstétrica adversa (aborto e natimorto).

Examinando a Tabela 7, verifica-se que havia mulheres de quase todas as faixas de idade, desde o intervalo etário de 20 a 24 anos até o de 40 a 44 anos, em ambos os grupos focais, dentre as convidadas e as que compareceram à reunião grupal. A escolaridade das participantes dos grupos variou desde ensino fundamental incompleto até o médio concluído. Apenas uma mulher do grupo focal 2 trabalhava fora de casa, como operadora de caixa. Metade das mulheres do grupo focal 1 convivia com o seu cônjuge, e apenas uma do grupo focal 2 não contava com companheiro. Uma única mulher do grupo focal 1 e três do grupo focal 2 estavam na condição de primípara. Somente uma mulher do grupo focal 1 não havia feito nenhuma consulta de pré-natal. Duas mulheres do grupo focal 1 tinham história pregressa de aborto. Dentre as participantes do grupo focal 2, três tinham tido aborto e uma natimorto, decorrente de gestação anterior em relação à mais recente.

Tabela 7.

Perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres convidadas e participantes dos grupos focais

Perfil	Convidadas		Participantes	
	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo
	1	2	1	2
Faixa etária				
18 - 19	1	0	0	0
20 - 24	3	2	1	1
25 - 29	2	4	1	4
30 - 34	3	2	2	1
35 - 39	1	3	0	2
40 - 44	2	1	2	1
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	4	2	2	2
Ensino fundamental completo	1	1	1	1
Ensino médio incompleto	2	3	1	3
Ensino médio completo	4	6	2	3
Ensino superior incompleto	1	0	0	0
Ocupação				
Do lar	10	11	6	8
Estudante	1	0	0	0
Operadora de caixa	0	1	0	1
Vendedora	1	0	0	0
Convivendo com cônjuge/companheiro				
Sim	7	10	3	8
Não	5	2	3	1
Número de gestações				
1	5	3	1	3
2 - 4	5	7	3	4
5 - 7	2	2	2	2
Número de consultas de pré-natal da última gestação				
0	1	0	1	0
1 - 5	0	1	0	1
6 - 10	10	8	4	7
11 - 14	1	3	1	1
Condição obstétrica adversa pregressa				
Aborto	2	4	2	3
Natimorto	0	2	0	1
Total de mulheres	12	12	6	9

O roteiro do grupo focal incluiu questões relacionadas às recomendações preconizadas com base em evidências científicas quanto à maternidade segura e à atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento.

Os pontos abordados em comum para os dois grupos giraram em torno de pré-natal, trabalho de parto, parto, nascimento, período depois do parto e atendimento à criança. Seguem as questões discutidas no grupo focal, em cada fase da linha do cuidado materno-infantil.

- Sobre o pré-natal:
 - 1) Durante o pré-natal a equipe da unidade de saúde prestou atenção com respeito e dignidade, sem discriminá-las por raça/cor, religião, idade ou condição social?
 - 2) Foram chamadas pelo nome?
 - 3) Sentiram-se bem acolhidas e orientadas na unidade de saúde durante seu pré-natal?
 - 4) Foram ouvidas com atenção e tinham suas dúvidas esclarecidas pela equipe de saúde?
 - 5) Ao longo do seu pré-natal o profissional que as atendeu deu informações sobre os objetivos do pré-natal, como funcionava a unidade de saúde e a importância das consultas, dos exames e das vacinas?
 - 6) Durante seu pré-natal receberam orientações sobre cuidados gerais com o recém-nascido, valorizando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida?
 - 7) Receberam explicações sobre a importância das consultas depois do parto?
 - 8) Receberam a informação de que teriam o direito de conhecer o hospital onde ocorreria o parto?
 - 9) Foi informado qual era o hospital para o qual deveriam ir na hora do parto?
 - 10) Visitaram o hospital antes do parto?
- Sobre o trabalho de parto:
 - 1) Quando procuram a maternidade para o parto, encontraram vaga para internação?
 - 2) Foram ouvidas e tiveram suas dúvidas esclarecidas?
 - 3) Tiveram oportunidade de expressar os seus sentimentos e suas reações emocionais livremente?
 - 4) Contaram com a presença de um acompanhante escolhido livremente por vocês?
 - 5) Tiveram acesso a banhos de água morna no chuveiro para alívio das dores?
 - 6) Tiveram o direito de escolher a melhor posição durante o trabalho de parto?
 - 7) Perceberam se o parto estava sendo avaliado para saber se estava evoluindo bem? Receberam informações sobre essa avaliação?

- 8) Ouviram o coração do bebê de vez em quando?
 - 9) A dilatação do colo do útero foi acompanhada por toques vaginais?
 - 10) Quando da utilização do soro com hormônio (ocitocina) para acelerar o parto, a equipe de saúde explicou por que estavam usando?
- Sobre o parto / nascimento:
 - 1) Seu parto normal ocorreu sem a barriga ser empurrada para forçar a saída do bebê?
 - 2) Seu parto normal ocorreu sem episiotomia (o corte do períneo)?
 - 3) Foi evitado o corte imediato do cordão umbilical? Houve a espera de, pelo menos, três minutos para haver esse corte?
 - 4) Quem fez cesariana foi informada sobre os motivos por que não foi feito o parto normal?
 - Sobre o período depois do parto:
 - 1) Logo após o parto, o bebê foi colocado sobre seu corpo para sentir seu cheiro e calor e ter contato com a mama?
 - 2) Seu bebê mamou na primeira hora depois do parto?
 - 3) Você e seu filho/filha ficaram juntos no mesmo local (quarto, enfermaria)?
 - 4) Você teve a orientação que a melhor posição de colocar o bebê no berço é de barriga para cima?
 - 5) O aleitamento materno foi incentivado e explicado na maternidade antes da sua alta do hospital?
 - 6) No momento da alta, você e sua família receberam orientações sobre quando e aonde iriam fazer a consulta depois do parto e para acompanhamento do bebê?
 - 7) Se em algum momento precisou ser transferida de uma maternidade para outra, isso foi realizado em um transporte adequado (ambulância)?
 - Sobre o atendimento à criança:
 - 1) A primeira dose da vacina contra hepatite B foi aplicada ainda na maternidade?
 - 2) A criança recebeu os diversos exames, como o teste do pezinho, olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho?
 - 3) Foi explicado para que servem esses exames?
 - 4) As mães que residem em áreas onde há ACS têm recebido a visita desse profissional para orientações sobre os cuidados com a criança?

Considerando o diferencial de um grupo para outro em relação à participação em oficinas educativas, foram elaboradas questões exclusivas para cada grupo. De forma

direcionada para o grupo focal 1, indagações foram feitas sobre direitos percebidos da gestante e da criança na área da saúde. Outra questão consistiu em saber sobre a avaliação feita pelas mulheres em relação aos cuidados recebidos da parte dos serviços de saúde. Os pontos abordados especificamente com o grupo focal 1 estão apresentados em seguida.

Questões exclusivas do grupo focal 1:

Na área de saúde existem direitos da mãe e do bebê desde a gestação até a assistência ofertada à criança após o nascimento. São direitos importantes para garantir uma maternidade segura e consequentemente prevenir morte de mães e crianças. Vocês puderam perceber alguns desses direitos quando passaram pelas consultas do pré-natal, pelo parto no hospital, pelas suas consultas após o parto, pelas consultas de seu filho / filha e pelo atendimento prestado pelo ACS?

- 1) Identificaram direitos atendidos plenamente?
- 2) Identificaram direitos atendidos de forma parcial?
- 3) Identificaram direitos que não foram atendidos?

De um modo geral, como vocês avaliam o conjunto dos cuidados recebidos por vocês dos serviços de saúde?

Para o grupo focal 2, a intenção foi a de tomar conhecimento da posição das mulheres quanto aos aspectos descritos em seguida.

Questões exclusivas do grupo focal 2:

- 1) O que mais marcou nas oficinas sobre o que foi discutido e aprendido?
- 2) Você acha que seu olhar sobre a gestação e o nascimento de seu filho/filha teria sido outro se não tivesse participado das oficinas?
- 3) Os direitos da gestante e do bebê vistos nas oficinas foram atendidos?
- 4) Vocês tomaram alguma atitude para fazer valer o cumprimento desses direitos?
- 5) Pensando no conhecimento construído por vocês nas oficinas, o que vocês dizem sobre a atenção recebida dos serviços de saúde desde quando passaram pelo pré-natal até o atual atendimento que é dado ao filho/filha de vocês.

3.2.5 Tratamento dos Resultados das Oficinas e dos Grupos Focais

A análise dos dados obtidos com base nas oficinas em dinâmica de grupo e nos grupos focais tem início com o desenho dos grupos, seguindo a fase do trabalho de campo durante as reuniões, e é concluído na fase final do estudo. A profundidade e

intencionalidade da análise devem ser ajustadas para o fim e o recurso do estudo, como também o valor da informação (Valles, 2000), deixando de lado a ideia da simples descrição como a análise dos resultados dos grupos.

Valles (2000) reporta-se a Krueger, para dizer que é possível destacar, como tipo de informação baseada no grupo, o modelo que consiste em introduzir o tema ou ideia básica e apresentar os discursos dos participantes classificados por temas ou subitens em que as descrições analíticas vão se apoiando.

Foi feita a análise de conteúdo no tratamento dos dados qualitativos. Cumpre retomar que de acordo com Bardin (2011), esse método define-se como: “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (p. 48). Vale ainda lembrar que um sistema de categorização é gerado a partir do material examinado (Bardin, 2011; Flick, 2009; Minayo, 2010b; Moraes, 1999).

Nesta pesquisa, realizou-se categorização analógica, também denominada por semelhança, dos elementos unitários de conteúdo, de acordo com critérios definidos durante a classificação. Ao final do processo de categorizar, conferiu-se o título conceitual de cada categoria (Bardin, 2011). Uma vez que o procedimento da análise de conteúdo não é obrigatoriamente quantitativo, adotou-se a abordagem qualitativa, ou seja, não foi considerada a frequência de aparição de elementos da mensagem. Essa operação por ser de caráter mais intuitivo, “permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou diversas variáveis do locutor (ou da situação da comunicação)” (Bardin, 2011, p. 145).

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, utilizou-se neste trabalho, a análise temática, por ser apropriada para as investigações qualitativas em saúde (Minayo, 2010b). Unrug, citado por Minayo, define tema como: “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão” (pp. 315-316.)

3.2.6 Equipe de Pesquisa

Esta pesquisa derivou do projeto de Territorialização da Saúde em Ceilândia, cuja equipe foi composta por professoras da FCE - UnB, sendo uma pesquisadora e tutora do PET/Saúde Materno-Infantil e esta como doutoranda da Pós-Graduação em Ensino na Saúde do Instituto de Psicologia/FCE - UnB, trabalhadores da rede da Regional de Saúde de Ceilândia da SES/DF como preceptores do PET/Saúde Materno-Infantil, estudantes bolsistas do PET/Saúde Materno-Infantil e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), estudantes de graduação da FCE - UnB, e mulheres de movimentos sociais de Ceilândia.

Especificamente das atividades de campo desta pesquisa, participaram, além desta pesquisadora, duas estudantes, sendo uma do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da FCE da UnB, e outra do curso de graduação em Fisioterapia da mesma faculdade. Ainda compuseram a equipe desta pesquisa, uma psicóloga, três mulheres de movimentos sociais de Ceilândia, quatro pessoas de apoio, e seis motoristas.

3.2.7 Cuidados Éticos

O sigilo das discussões ocorridas nos grupos foi assegurado, assim como o anonimato na divulgação dos resultados das oficinas e grupos focais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi lido, discutido, elucidado e assinado pelas partes envolvidas na investigação, a pesquisadora e as gestantes. O TCLE desta investigação encontra-se no Anexo D.

Os aspectos éticos desta pesquisa atendem às normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, de acordo com as Resoluções 196/1996 e 466/2012, referentes à ética em pesquisa com seres humanos.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). O parecer inicial do Comitê de Ética em Pesquisa está no Anexo J e o de autorização de prorrogação da atividade de campo está no Anexo K.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, inicialmente serão mostrados e discutidos os resultados de cada uma das três oficinas em dinâmica de grupo, sessão por sessão. Dando prosseguimento, será apresentada a análise comparativa dos resultados dos dois grupos focais, ou seja, do grupo focal 1, constituído das mulheres que não participaram das oficinas, e do grupo focal 2 formado por mulheres que fizeram parte, enquanto gestantes das três oficinas educativas.

4.1 Oficina do Grupo 1

Em primeiro momento, serão explicitados os resultados discutidos de quatro dramatizações realizadas pelas gestantes na sessão relativa ao tema de atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério. Em seguida, os dados produzidos por cada atividade desenvolvida junto ao grupo 1 serão apresentados e discutidos.

Visando sistematizar a compreensão sobre a comunicação entre os personagens do profissional de saúde e da gestante, os resultados dos quatro momentos das encenações teatrais sobre aspectos positivos e negativos da atenção humanizada à gravidez por ocasião da dramatização da consulta de pré-natal passaram pela análise de conteúdo temática (Bardin, 2011). Foram consideradas categorias relativas ao sistema observacional, apresentadas por Araujo (2009) em sua sistematização sobre enfoque comunicacional para pesquisa e atuação na área da saúde. Do subsistema da finalidade de recursos comunicacionais foram usadas três categorias: incentivo à participação, incentivo à interação e comunicar informações. Foram também analisadas as duas categorias do subsistema referente ao uso de recursos comunicacionais, facilitadores da comunicação e perturbadores da comunicação. Para cada um dos quatro momentos das dramatizações, as cinco categorias foram estudadas.

As categorias comunicacionais estudadas podem ser visualizadas na Figura 8, conforme a frequência de unidades de registro obtida na análise de conteúdo temática para cada um dos quatro momentos das encenações: o primeiro e o segundo simulando falhas na relação comunicacional; o terceiro e o quarto invertendo as duas situações iniciais para um cenário comunicacional desejável.

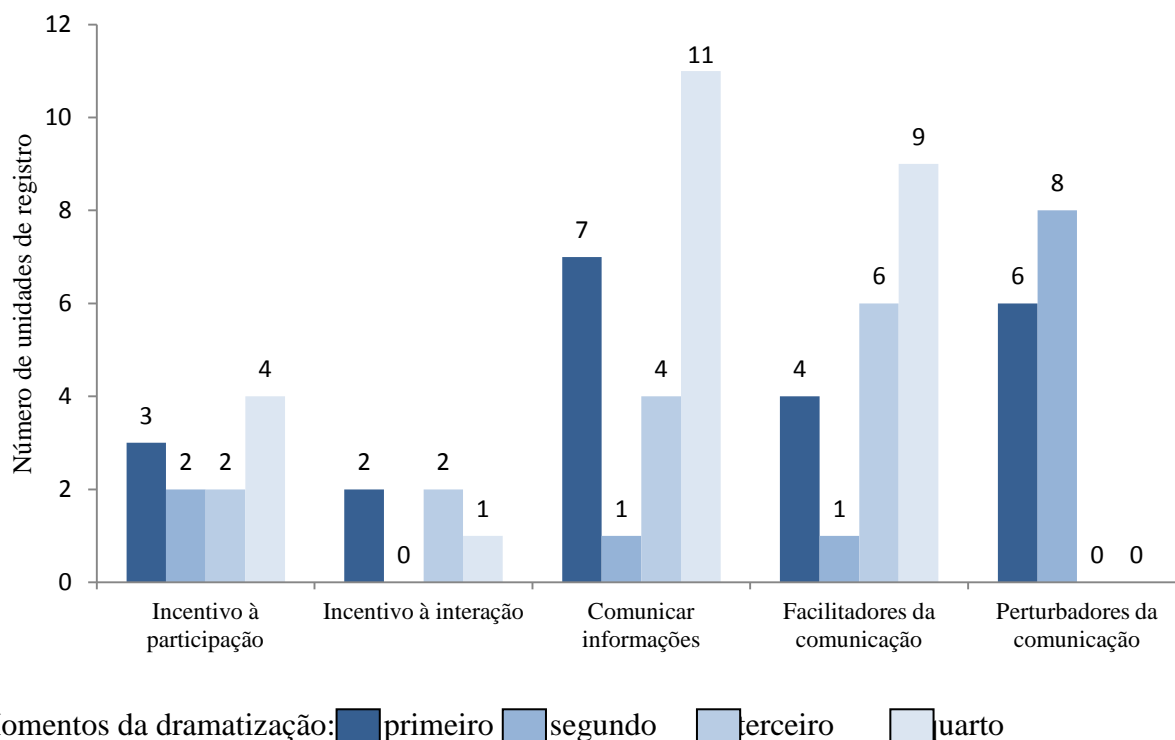


Figura 8. Categorias de comunicação nas encenações de consulta de pré-natal.

As cinco categorias comunicacionais foram comparadas para cada uma das quatro dramatizações, revelando que, de um modo geral, as maiores frequências para incentivo à participação, incentivo à interação, comunicar informações e facilitadores da comunicação foram percebidos para o terceiro e o quarto momentos das encenações que abordaram situações desejáveis na atenção humanizada ao pré-natal, conforme demonstra a Figura 8.

Unidades de registro relacionadas aos perturbadores da comunicação só se expressaram no primeiro e segundo momentos, quando foram representadas falhas na atenção humanizada ao pré-natal. Perturbadores da comunicação não ocorreram na situação desejável da relação entre os papéis da gestante e da médica, ou seja, no terceiro e no quarto momentos da dramatização, de acordo com a Figura 8.

Com o intuito de conhecer a fonte emissora de cada uma das categorias comunicacionais, foram elaborados dois gráficos, um destacando as quatro categorias que contribuem para uma comunicação efetiva (incentivo à participação, incentivo à interação, comunicar informações e facilitadores da comunicação) e outro mostrando os recursos perturbadores da comunicação, correspondendo, respectivamente, às Figuras 9 e 10.

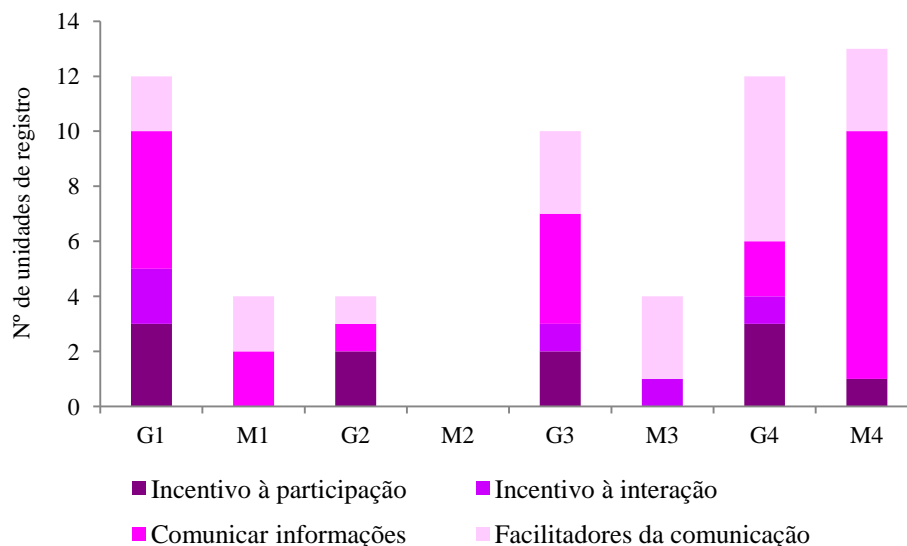


Figura 9. Categorias de comunicação por personagens: gestante e médica.

G1: fala da mulher no papel da gestante no primeiro momento da dramatização; M1: fala da mulher no papel da médica no primeiro momento da dramatização; G2: fala da mulher no papel da gestante no segundo momento da dramatização; M2: fala da mulher no papel da médica no segundo momento da dramatização; G3: fala da mulher no papel da gestante no terceiro momento da dramatização; M3: fala da mulher no papel da médica no terceiro momento da dramatização; G4: fala da mulher no papel da gestante no quarto momento da dramatização; M4: fala da mulher no papel da médica no quarto momento da dramatização.

A Figura 9 permite a constatação de que a fala da personagem da gestante contemplou mais do que a fala da personagem da médica as finalidades da comunicação e a utilização de recursos facilitadores da comunicação nos primeiro, segundo e terceiro momentos da encenação. As competências comunicacionais em valores altos, muito próximos, foram observadas para os relatos das mulheres no papel da gestante e da médica no quarto momento da dramatização, com leve vantagem para a personagem da profissional de saúde.

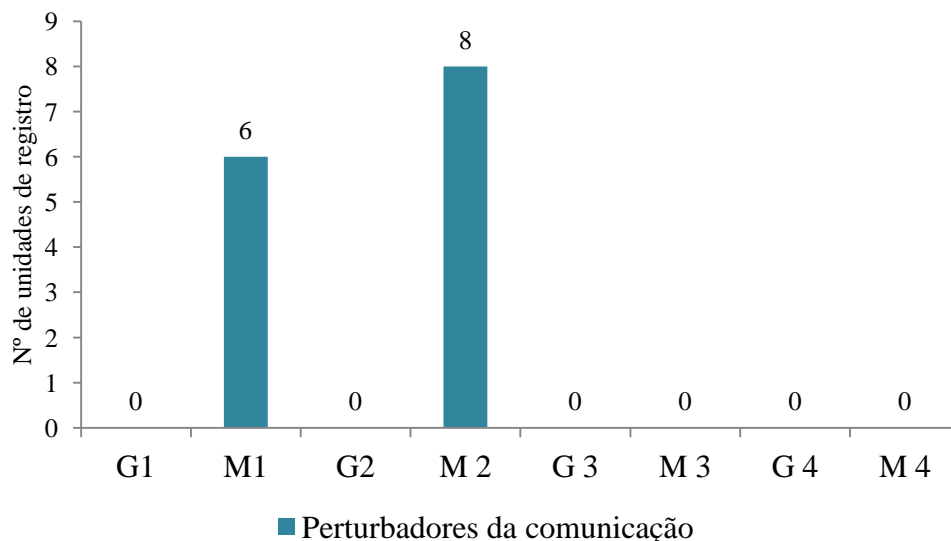


Figura 10. Uso de perturbadores da comunicação por personagens: gestante e médica.

G1: fala da mulher no papel da gestante no primeiro momento da dramatização; M1: fala da mulher no papel da médica no primeiro momento da dramatização; G2: fala da mulher no papel da gestante no segundo momento da dramatização; M2: fala da mulher no papel da médica no segundo momento da dramatização; G3: fala da mulher no papel da gestante no terceiro momento da dramatização; M3: fala da mulher no papel da médica no terceiro momento da dramatização; G4: fala da mulher no papel da gestante no quarto momento da dramatização; M4: fala da mulher no papel da médica no quarto momento da dramatização.

Não foi evidenciada a utilização de recursos comunicacionais perturbadores para a fala da personagem da gestante em nenhum dos quatro momentos de dramatização, apenas para a fala da personagem da médica no primeiro e no segundo momento das encenações, de acordo com a Figura 10. Esse resultado da dramatização, simulando a realidade, expressa a importância do profissional de saúde capacitar-se em competências e habilidades comunicacionais, em consonância com a recomendação das DCN dos cursos de graduação em saúde (Ministério da Educação, 2001) e de autores como Araujo (2009) e Martins e Araujo (2008). Ressalta-se que as gestantes apresentaram expectativas muito afinadas com as competências comunicacionais propostas pelas DCN dos profissionais de saúde, ao vivenciarem a prática educativa da dramatização.

Os dados extraídos dos debates que sucederam os quatro momentos da encenação foram analisados em três categorias: (1) percepção sobre a consulta de pré-

natal, (2) sentimento em relação à consulta de pré-natal, e (3) expectativas em relação ao pré-natal. Cabe a cada categoria a definição em seguida descrita:

- Percepção de consulta de pré-natal: opinião das gestantes sobre as características e qualidade da consulta de pré-natal.

- Sentimento em relação à consulta de pré-natal: como as gestantes são afetadas pelas consultas de pré-natal.

- Expectativas em relação ao pré-natal: como as gestantes gostariam que fossem as palestras, consultas e profissionais de saúde da atenção ao pré-natal.

Seguem as listas das unidades de registro por categoria:

1. Percepção sobre a consulta de pré-natal
 - 1.1. Sem maior atenção humanizada
 - 1.2. Desrespeitosa pela falta de cuidados dignos
 - 1.3. Pouco informativa sobretudo para a gestante não nulípara
 - 1.4. Pouco comunica sobre diagnósticos, condutas e prognósticos
 - 1.5. Baixa qualidade (sem exames físicos)
 - 1.6. De resolutividade a desejar
2. Sentimento em relação à consulta de pré-natal
 - 2.1. Desrespeitada pelos cuidados não dignos
 - 2.2. Discriminada por ser pouco informada na condição de não nulípara
 - 2.3. Desapontada com a baixa qualidade
 - 2.4. Desestimulada para interagir
 - 2.5. Descrente de, um dia, vir a ser de atenção humanizada
3. Expectativas em relação ao pré-natal
 - 3.1. Palestras mais interativas
 - 3.2. Consultas mais humanizadas
 - 3.3. Consultas resolutivas
 - 3.4. Profissionais mais comunicativos
 - 3.5. Profissionais aplicando conhecimento a favor da saúde das gestantes

Nota-se a avaliação negativa desenvolvida pelas gestantes em relação à qualidade da consulta de pré-natal. De acordo com a análise obtida, evidencia-se uma interação entre profissional de saúde e gestante influenciada sobretudo por problemas de habilidades comunicacionais expressas nas categorias e subcategorias do sistema observacional de Araujo (2009): não informar, não comunicar condutas, não usar facilitadores da comunicação. As mulheres grávidas pesquisadas desejam mudanças na

maneira de serem acolhidas nos cuidados do pré-natal. Esperam pela introdução de práticas humanizadas aplicadas por profissionais capacitados em competências e habilidades comunicacionais.

Salienta-se que a expectativa de uma das gestantes quanto o profissional aplicar o conhecimento a favor da saúde da gestante vai ao encontro do que afirma Borges (1986), conforme descrito no capítulo 1, na seção de comunicação e saúde, ou seja, que o profissional de saúde aprenda a escutar o que as mulheres falam e como falam, e junto a elas identifique de que modo seu saber específico pode lhes ser útil.

Na terceira sessão da oficina do grupo 1, por ocasião da roda de conversa, as gestantes anotaram em cartelas sua percepção sobre a atenção humanizada ao parto, nascimento e puerpério. Os textos escritos estão apresentados no Anexo H. A partir desse material, acrescido das falas que emergiram nas discussões, foram construídas três categorias de análise de conteúdo: (1) percepção sobre acompanhante, (2) percepção sobre os cuidados de atenção ao parto, e (3) intenções / iniciativas frente ao não cumprimento de direitos da gestante. A primeira categoria encontra-se desdobrada em duas subcategorias: (1) papel de acompanhante, e (2) obstáculos para atuação de acompanhante. As definições das categorias e subcategorias seguem adiante.

- Percepção sobre acompanhante: opinião das gestantes sobre acompanhante de sua escolha para a ocasião do parto, segundo dois aspectos, ou seja, duas subcategorias, seu papel e obstáculos para sua atuação.

- Percepção sobre os cuidados de atenção ao parto: o que as gestantes acham da qualidade dos cuidados de atenção ao parto em nível hospitalar, e que práticas são desenvolvidas que comprometem a qualidade desses cuidados.

- Intenções / iniciativas frente ao não cumprimento dos direitos da gestante: o que as gestantes fizeram, estão fazendo ou pretendem fazer mediante a violação de seus direitos na atenção à saúde materna.

As três categorias, duas subcategorias e 30 unidades de registro resultantes da análise de conteúdo sobre a atenção humanizada ao parto de acordo com os pontos de vista do grupo 1 estão listadas em seguida.

1. Percepção sobre acompanhante

1.1. Papel de acompanhante

1.1.1. Companhia afetiva e acolhedora para toda grávida

1.1.2. Dá segurança

1.1.3. Fortalece a gestante

- 1.1.4. Importante especialmente nos momentos de contração uterina e dor
- 1.1.5. Alivia a dor fazendo massagem
- 1.1.6. Ajuda a detectar intercorrência e chamar auxílio médico
- 1.2. Obstáculos para atuação de acompanhante
 - 1.2.1. Desconhecimento do direito a acompanhante
 - 1.2.2. Maternidade não aceita acompanhante
 - 1.2.3. Potenciais acompanhantes sentem-se despreparados
 - 1.2.4. Serviço de saúde não oferece capacitação para acompanhantes
2. Percepção sobre os cuidados de atenção ao parto
 - 2.1. Longa espera para admissão na emergência obstétrica
 - 2.2. Pouca atenção devida às gestantes
 - 2.3. A qualidade da atenção depende da equipe de plantão
 - 2.4. Atenção melhor só para as mulheres em estado grave de saúde
 - 2.5. Menos atenção recebida quando não é nulípara
 - 2.6. Menos atenção dada pela equipe de saúde se a gestante grita
 - 2.7. Sem escuta qualificada da gestante
 - 2.8. Sem avaliação médica periódica
 - 2.9. Parto (sozinha) sem assistência médica
 - 2.10. Tratamento desrespeitoso com abusos verbais
 - 2.11. Não permitem beber água durante trabalho de parto
 - 2.12. Toques vaginais frequentes
 - 2.13. Insistência da equipe de saúde em esperar o parto normal
 - 2.14. Em último caso a equipe de saúde realiza cesariana
 - 2.15. Abdome pressionado durante o parto (Manobra de Kristeller)
 - 2.16. Episiotomia de rotina
 - 2.17. Episiorrafia sem efeito anestésico
3. Intenções / iniciativas frente ao não cumprimento de direitos da gestante
 - 3.1. Busca de mais informações sobre os direitos da gestante
 - 3.2. Fazer com que os profissionais de saúde saibam que as gestantes são cientes de seus direitos
 - 3.3. Denunciar a violação de direitos da gestante junto à ouvidoria

A análise desses dados mostra a compreensão clara das mulheres do grupo 1 quanto à relevância da presença de um acompanhante da gestante na maternidade. Entraves importantes para a atuação de acompanhante foram identificados, um dos

quais aponta a sugestão de capacitação do acompanhante pelo serviço de saúde para um desempenho mais efetivo de sua função.

As falas das mulheres revelaram uma atenção ao parto que carece de humanização e que adota práticas não recomendadas pela OMS. Dificuldades comunicacionais são identificadas pelas manifestações de pouca atenção às gestantes e pela ausência de escuta qualificada da gestante. As mulheres sofrem discriminação conforme a gravidade do estado de saúde, condição de paridade e reação comportamental no trabalho de parto (se grita ou não). Diante do exposto, verifica-se que há momentos em que ocorre violação dos direitos humanos da gestante.

Diante do não cumprimento de direitos da gestante, as mulheres estudadas apontam caminhos relacionados a práticas da comunicação, ou seja, informar-se, comunicar problemas, comunicar reações, ao buscar mais informações sobre seus direitos, ao dar conhecimento aos profissionais de saúde que as grávidas são conscientes de seus direitos, ao criticar a violação de seus direitos ao setor representante dos cidadãos dentro do governo. Assim, propõe-se a partir da utilização da comunicação como instrumento de aprendizagem, promover transformações em nível individual e social (Araujo, 2009; Donato & Rosenberg, 2003; Rozemberg, 2012).

4.2 Oficina do Grupo 2

A exemplo do que ocorreu para o grupo 1, na segunda sessão, foi proposta uma dramatização para o grupo 2, sendo que num primeiro momento mostrando falhas na atenção humanizada ao pré-natal e, em seguida, revelando uma situação revertida, considerando aspectos de humanização no cuidado com a gestante. O grupo de quatro gestantes iniciou uma apresentação teatral, que foi interrompida em função de muitas inquietações e dúvidas sobre o tema da sessão da oficina. Desse modo, a encenação não foi mais retomada, estabeleceu-se a roda de conversa com ampla discussão, cujos resultados foram tratados na análise de conteúdo e são mostrados em seguida.

Seis categorias de análise de conteúdo foram formadas: (1) indignação, (2) medos, (3) direitos conhecidos da atenção à saúde da gestante, (4) direitos desconhecidos da atenção à saúde da gestante, (5) acolhimento bem avaliado, e (6) atitude tomada frente a uma dificuldade / insatisfação. A primeira categoria citada foi subdividida em duas subcategorias, uma em relação aos profissionais de saúde e outra

quanto ao serviço de saúde. A definição de cada categoria e as unidades de registro são apresentadas adiante.

- Indignação: as percepções das gestantes relacionadas ao comportamento dos profissionais de saúde e ao funcionamento do serviço de saúde em condições que lhes causam indignação ou insatisfação.

- Medos: situações expectantes que geram insegurança quanto aspectos relacionados não só ao pré-natal, mas também ao parto e nascimento.

- Direitos conhecidos da atenção à saúde da gestante: as garantias à atenção da saúde da gestante identificadas como direitos pelas participantes do grupo, dentro da assistência à gravidez.

- Direitos desconhecidos da atenção à saúde da gestante: referem-se aos direitos da atenção à saúde da gestante que não eram conhecidos pelas mulheres integrantes da oficina até o momento em que foram apresentados e discutidos em suas próprias vivências, em legislação e em vídeo exibido sobre pré-natal humanizado.

- Situações de satisfação com alguns profissionais de saúde: relacionada aos resultados positivos dos contatos das gestantes com alguns profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, geralmente pelo clima de empatia gerado.

- Atitude tomada frente a uma dificuldade / insatisfação: conduta adotada pela gestante por sua iniciativa própria mediante uma situação adversa encontrada nas consultas de pré-natal.

1. Indignação

1.1. Em relação a atitudes dos profissionais de saúde

1.1.1. Não dar ou não corresponder à saudação

1.1.2. Não responder as perguntas

1.1.3. Não explicar em relação às dúvidas levantadas

1.1.4. Exame físico sem delicadeza (palpação abdominal provocadora de dor)

1.1.5. Emissão de abusos verbais principalmente na maternidade

1.2. Em relação aos procedimentos e estruturas do serviço de saúde

1.2.1. Cancelamento da consulta de pré-natal

1.2.2. Reagendamento da consulta em data distante

1.2.3. Ambiência que não propicia privacidade e nem padrões de higiene

1.2.4. Falta de luvas para a coleta de sangue no laboratório

1.2.5. Falta de bom acolhimento

2. Medos

- 2.1. Não ser acolhida na visita à maternidade
- 2.2. Dano para o feto com o exame médico brusco (palpação abdominal provocadora de dor)
- 2.3. Não receber atenção devida da equipe de saúde da maternidade, se gritar durante o trabalho de parto
- 2.4. Maus tratos no parto
- 2.5. Dor do parto
- 2.6. Hérnia prejudicar a mãe ou o bebê na hora do parto
- 2.7. Filho nascer com diabetes no caso de diabetes gestacional da mãe
3. Direitos conhecidos da atenção à saúde da gestante
 - 3.1. Acesso ao serviço público para os cuidados do pré-natal
 - 3.2. Gestante com menos de dezoito anos tem direito a acompanhante na consulta de pré-natal
 - 3.3. Exames laboratoriais para avaliação médica
4. Direitos desconhecidos da atenção à saúde da gestante
 - 4.1. Prioridade no agendamento de consultas
 - 4.2. Exame de mamas durante o pré-natal
 - 4.3. Consulta com dentista durante o pré-natal
 - 4.4. Saber da maternidade de referência para o parto
 - 4.5. Realizar visita à maternidade de referência para o parto
 - 4.6. Analgesia por meios farmacológicos no parto
5. Situações de satisfação com alguns profissionais de saúde
 - 5.1. Receber e ter saudação correspondida
 - 5.2. Profissional comunicativo que incentiva à participação
 - 5.3. Modo atencioso do profissional
 - 5.4. Ter suas perguntas respondidas
 - 5.5. Profissional que esclarece exames laboratoriais
 - 5.6. Profissional com boa vontade para tirar dúvidas
 - 5.7. Nutricionista que comunica explicações antes não dadas por outros profissionais
 - 5.8. Palpação abdominal feita com delicadeza (exame físico e ecografia)
6. Atitude tomada frente a uma dificuldade / insatisfação
 - 6.1. Insatisfeita com um primeiro médico, mudou de profissional

6.2. Perguntas reiteradas na consulta para melhor compreensão das informações e orientações

6.3. Pela privacidade, pediu mudança no ambiente (fechar a porta do consultório)

6.4. Realizou parte dos exames na rede particular por não ter na pública.

A análise da categoria referente à indignação evidencia problemas de comunicação no relacionamento entre profissional de saúde e gestante. De acordo com sistematização por Araujo (2009), sobre o enfoque comunicacional para pesquisa e atuação na área da saúde, inexistem, nos dados aqui estudados, recurso facilitador de comunicação, como uma saudação, e no papel de perturbador da comunicação, encontra-se a situação do profissional que pouco fala, não responde à gestante em suas dúvidas. Acrescenta-se, também, que não há incentivo à participação, pois não ocorre a comunicação de informações, quando o profissional deixa de dar explicações em relação às dúvidas levantadas.

A relatada palpação abdominal feita com muita força, provocando dor, vai de encontro ao recomendado pela semiologia obstétrica que indica palpar com a polpa dos dedos de forma suave. Uma gestante manifestou que considera ser normal a pressão feita no abdome durante a ecografia para obtenção de um exame eficiente. A indignação em relação aos maus tratos à parturiente e ao recém-nascido se referiu a uma reportagem comentada por uma gestante em que um obstetra dirigiu palavras ofensivas a uma mãe e seu filho por ocasião do parto. Foi discutido que tal situação acontecia com certa frequência nas maternidades públicas e era difícil acreditar em sua ocorrência nos tempos atuais. A mencionada agressão é abominável, pois os princípios da atenção humanizada à gravidez e ao parto defendem que a mulher deve ser tratada com respeito e dignidade (Ministério da Saúde, 2006a, 2012b; Unicef, 2011; White Ribbon Alliance, 2016).

Possivelmente, fatores limitantes ligados a espaço físico, materiais e equipamentos, gestão, capacitação de pessoal e seguimento de protocolos contribuem para o despreparo da instituição na humanização ao pré-natal e parto, tendo como consequência as falas das gestantes de indignação e constrangimento em relação ao serviço de saúde.

Pressupõe-se que a manifestação dos medos das gestantes, alguns dos quais por desinformação, em parte pode espelhar deficiências de ações educativas em nível grupal e de atenção individual que não são ofertadas pela unidade de saúde, embora estejam preconizadas há muito tempo por diversas normas técnicas da saúde materna e mais

recentemente pela Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011). Um comunicado que circula na comunidade local desta pesquisa é que a gestante não pode gritar enquanto estiver em trabalho de parto na maternidade, caso contrário deixa de receber atenção devida da equipe de saúde. A possibilidade de não receber atenção hospitalar adequada nessa circunstância consistiu num dos medos apontados pelo grupo 2.

Dos três direitos da gestante na área da saúde que foram identificados, dois são da vivência do dia a dia das mesmas, ou seja, acesso ao sistema público de saúde e a realização dos exames laboratoriais de rotina. Esses dois direitos foram explanados na fala de uma das mulheres. Uma das participantes da oficina, ao indagar se a mulher grávida poderia entrar acompanhada na consulta de pré-natal, prontamente escutou a resposta de uma integrante do grupo que tinha o conhecimento de estar assegurado o direito a acompanhante no caso de a gestante ser menor de idade, com menos de dezoito anos. O Ministério da Saúde estabelece que a gestante tem direito a acompanhante de sua livre escolha em consultas de pré-natal, independentemente de sua idade (Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015).

Direitos importantes da gestante na atenção à saúde eram desconhecidos pelas mulheres grávidas da oficina. Constatou-se a falta de comunicação desses direitos como também o não cumprimento dos mesmos, da parte dos serviços de saúde para com as gestantes. Todos os seis direitos apontados como desconhecidos, até então, não tinham sido vivenciados por nenhuma das gestantes. O direito a visitar a maternidade do parto está inclusive assegurado em legislação (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007). Uma das mulheres informou que não teve prioridade para agendamento de consulta de pré-natal, passando muito tempo de espera para ser consultada em função de o próprio serviço ter cancelado uma consulta. Até aquele momento, todas as mulheres, presentes na segunda sessão da oficina, ainda não tinham tido o exame clínico das mamas, o agendamento de consulta com o dentista, a comunicação da maternidade de vinculação, a visita à maternidade antes do parto, apesar de já terem passado por consultas de pré-natal da gestação em andamento. Dentre as quatro gestantes presentes na oficina, duas multíparas nunca tinham feito antes uso de anestésico em partos anteriores e as duas nulíparas, igualmente como as demais desconheciam o direito a fármacos para alívio da dor. Uma gestante reagiu com admiração ao saber do direito a visitar a maternidade. Uma das mulheres de movimento social, que estava presente na sessão da oficina, chamou a atenção de que direito é para conhecer e exercer. Quando foi indagada se as

gestantes conheciam e se já tinham usado, como canais para reclamar os seus direitos não contemplados, as caixas de reclamação das unidades de saúde e o Conselho Local de Saúde, a resposta foi negativa.

Foi verificado que a depender da qualidade de comunicação desenvolvida pelo profissional pré-natalista, seja médico, enfermeiro ou nutricionista, se essa comunicação é mais participativa e interativa, a avaliação do papel do profissional é positiva, resultando na satisfação da usuária da consulta do pré-natal. Contribui, ainda, para a satisfação da gestante, o modo gentil de como o profissional realiza exames, sem provocar desconforto, como no caso da palpação obstétrica e da ecografia abdominal.

Limitações constatadas na atenção ao pré-natal induziram as gestantes a tomarem decisão própria para melhor lidar com as mesmas, recorrendo assim ao empoderamento psicológico (Carvalho, 2004; Minkler & Wallerstein, 2002). As gestantes tomaram atitudes na busca de soluções de algumas dificuldades ou insatisfações referentes ao pré-natalista (troca de médico), às mensagens médicas passadas na consulta inicialmente confusas (perguntas reiteradas para esclarecimento), ao exame clínico em ambiente sem privacidade (pedido de fechar a porta do consultório), e aos exames laboratoriais não contemplados pelo sistema público de saúde (feitos na rede particular).

A terceira sessão da oficina do grupo 2 versou sobre o tema da atenção humanizada ao parto normal e à cesariana. A partir da roda de conversa, solicitou-se a cada gestante que escrevesse numa cartela uma situação de deficiência ou mesmo falta de atenção humanizada a um desses eventos obstétricos, podendo incluir outros, como aborto e natimorto, que tenha vivenciado ou tomado conhecimento, nos serviços de saúde do SUS. A partir dos textos construídos pelas gestantes, procedeu-se então a uma discussão cujos resultados passaram pela análise de conteúdo, tendo a formação de três categorias: (1) sentimentos, (2) percepções, e (3) expectativas. A seguir apresenta-se a definição de cada uma das referidas categorias, e, posteriormente, exibe-se sua lista com as respectivas subcategorias e unidades de registro constituídas.

- Sentimentos: sentimentos gerados nas mulheres em relação aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde quando vivenciaram ou tomaram conhecimento dos citados eventos obstétricos (parto, aborto ou natimorto). Esta categoria foi subdividida em três subcategorias: desrespeito, abandono e outros sentimentos.

- Percepções: opiniões das mulheres em relação aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde quando vivenciaram ou tomaram conhecimento dos citados eventos obstétricos (parto, aborto ou natimorto).

- Expectativas: relacionam-se ao que as mulheres esperam, anseiam em relação aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde para que haja uma atenção humanizada ao parto, aborto ou natimorto.

1. Sentimentos

1.1. Desrespeito

1.1.1. Pela falta de maior atenção

1.1.2. Pelos abusos verbais dos profissionais de saúde

1.1.3. Pelo excesso de toques vaginais

1.1.4. Pela falta de liberdade de escolher a posição desejada para o parto

1.1.5. Pelo abdome empurrado (Manobra de Kristeller)

1.1.6. Pela ocorrência do parto no corredor de hospital superlotado

1.1.7. Pela falta de privacidade no atendimento ao abortamento

1.1.8. Pela falta de apoio emocional por ocasião do abortamento

1.2. Abandono

1.2.1. Por ser deixada sozinha

1.2.2. Por não contar com pessoas de apoio (acompanhante, funcionário no papel de doula)

1.2.3. Pelo atendimento negado no período expulsivo do parto

1.3. Outros sentimentos

1.3.1. Preocupação com a dor do parto

1.3.2. Conforto em saber do alívio que se sucede após a dor do parto

2. Percepções

2.1. Descaso

2.2. Desrespeito

2.3. Modo rude de tratamento

2.4. Demora em realizar cesariana

2.5. Demora em atender casos de aborto

2.6. Comunicação não flui para dar notícias da puérpera e recém-nascido à família

3. Expectativas

3.1. Mais atenção a ser dada à mulher

3.2. Conforto a ser dado à mulher

3.3. Compreensão a ser dada à mulher

3.4. Acompanhante assegurado à mulher

3.5. Mais sensibilidade dos profissionais de saúde

3.6. Atenção a programa de televisão (da parte dos profissionais de saúde) não concorra com a atenção a ser dada ao parto

Praticamente a totalidade dos sentimentos e percepções expressados foi de conotação negativa, ou seja, reportando-se a alguma crítica ao modo do serviço de saúde e dos profissionais de saúde tratar as mulheres ao chegarem à maternidade, violando seus direitos humanos a uma atenção com dignidade e respeito. Alguns dos motivos dos sentimentos e percepções apontados pelas gestantes coincidem com as categorias de desrespeitos e abusos (abusos físicos e verbais, cuidados não consentidos, cuidados não dignos, abandono ou negação de atendimento) que contrariam os direitos universais das gestantes, tais como estar livre de danos e maus-tratos, a dignidade, o respeito, direito à informação, à recusa e ao consentimento informado, e respeito pelas escolhas e preferências (White Ribbon Alliance, 2016).

Os dados obtidos do grupo 2 revelam falhas de humanização da atenção à saúde materna em relação ao parto e aborto, pela não adoção das boas práticas recomendadas de assistência a esses eventos (Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015; OMS, 1996). Soma-se a esse quadro, a deficiência nas habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde que lidam com a mulher em nível de maternidade, conforme mostrado nas interpretações das falas das gestantes pesquisadas, sobretudo, ao que é dito nas duas expectativas mencionadas: compreensão a ser dada a mulher, e mais sensibilidade dos profissionais de saúde, que requerem o ato de comunicação e interação.

A quarta e última sessão do grupo 2 tratou sobre a importância do acompanhante na atenção humanizada ao parto. A discussão foi suscitada a partir de questões relacionadas a esse tema central, constantes na técnica da estrela de cinco pontas (Anexo I). Os cinco pontos de reflexão consistiram em: (1) o que você observa, (2) o que você sente, (3) alegações do hospital para não aceitação do acompanhante, (4) como você gostaria que fosse, e (5) o que você faz em relação a essa questão.

A análise de conteúdo das informações obtidas resultou em cinco categorias quanto à importância do acompanhante na atenção humanizada ao parto: (1) percepção sobre o papel de acompanhante, (2) percepção sobre o direito a acompanhante, (3) alegações do hospital para não aceitação de acompanhante, (4) desconhecimentos e

dúvidas, e (5) expectativas. Após a definição de cada uma dessas categorias, são apresentadas as unidades de registro construídas.

- Percepção sobre o papel de acompanhante: opinião das gestantes sobre a importância e função de acompanhante de sua escolha para a ocasião do parto.

- Percepção sobre o direito a acompanhante: o que as gestantes sabem, observam e acham sobre o cumprimento e o descumprimento do direito da gestante a um acompanhante de sua livre escolha para o momento do parto na maternidade.

- Alegações do hospital para não aceitação de acompanhante: os motivos de conhecimento das gestantes que a maternidade apresenta para não admitir a presença de acompanhante.

- Desconhecimentos e dúvidas: inquietações que as gestantes têm em relação a acompanhante.

- Expectativas: o que as gestantes desejam de acontecimentos benéficos em relação à presença de acompanhante na maternidade e que ainda não faz parte de sua realidade.

1. Percepção sobre o papel de acompanhante

1.1. Bom e importante

1.2. Confere segurança à gestante

1.3. Confere proteção à gestante

1.4. Mais um olhar pela gestante

1.5. Ajuda a fazer massagens

1.6. Pode evitar que a criança seja roubada

2. Percepção sobre o direito a acompanhante

2.1. Bom saber que é um direito

2.2. Está em lei

2.3. O hospital é obrigado a aceitar acompanhante

2.4. A recorrer se esse direito não for cumprido

2.5. A depender do hospital o direito de refeição é negado a acompanhante

2.6. Ouvidoria é um canal de reclamação se direito não cumprido

3. Alegações do hospital para não aceitação de acompanhante

3.1. Falta de espaço

3.2. Falta de roupa

3.3. Mulher logo receberá alta

4. Desconhecimentos e dúvidas

- 4.1. Acompanhante como direito
- 4.2. Marido como acompanhante
- 4.3. Tempo de permanência do acompanhante
- 4.4. Substituição do acompanhante
- 5. Expectativas
 - 5.1. Acompanhante a ser assegurado
 - 5.2. Atenção a ser dada a acompanhante

Uma série de razões que justifica o papel importante de acompanhante é exposta pelo grupo 2. Problemas para cumprimento do direito a acompanhante são apresentados. Havia desconhecimento da figura de acompanhante como direito, além de algumas inquietações de quem pode ser acompanhante, por quanto tempo, e se é substituível. Expectativas são apontadas na direção do desejo de que o acompanhante se torne uma realidade. Diante dos resultados obtidos, pressupõe-se que as questões relativas a acompanhante, se abordadas nas ações educativas do pré-natal (consultas e palestras), não o eram de forma mais aprofundada, apesar de o acompanhante ser uma importante tecnologia do cuidado materno, de “efeito benéfico do suporte emocional nos resultados perinatais, no aumento do aleitamento materno e na percepção mais positiva do parto pelas mulheres” (Domingues, 2002, p. 3).

4.3 Oficina do Grupo 3

A segunda sessão do grupo 3, sobre a importância de acompanhante na atenção humanizada ao parto, contou com a mesma técnica utilizada pelo grupo 2, ao tratar de igual tema. Assim, em pequenos grupos, as gestantes refletiram sobre questões constantes na estrela de cinco pontas (Anexo I). Desse modo, as discussões sobre o referido tema giraram em torno de cinco pontos: (1) O que você observa / sabe; ((2) O que pensa / percebe; 3) O que você sente; (4) Como você gostaria que fosse; e (5) O que faz em relação a essa questão.

Os relatos submetidos à análise de conteúdo redundaram em seis categorias: (1) percepção sobre o papel de acompanhante, (2) percepção sobre o direito a acompanhante, (3) sentimentos negativos gerados pela ausência de acompanhante / direito a acompanhante negado, (4) outros fatores que contribuem para os sentimentos negativos, (5) expectativa em relação à presença de acompanhante, e (6) intenções /

iniciativas para o cumprimento do direito a acompanhante. As categorias foram definidas conforme explicitado abaixo.

- Percepção sobre o papel de acompanhante: opinião das gestantes sobre a importância e função de acompanhante de sua escolha para a ocasião do parto.

- Percepção sobre o direito a acompanhante: o que as gestantes sabem, observam e acham sobre o cumprimento e o descumprimento do direito da gestante a um acompanhante de sua livre escolha para o momento do parto na maternidade.

- Sentimentos negativos gerados pela ausência de acompanhante / direito a acompanhante negado: sentimentos de sofrimento em relação a partos sem a presença de acompanhante por opção própria ou pela situação de ter o direito a acompanhante negado.

- Outros fatores que contribuem para os sentimentos negativos: condições que favorecem os sentimentos negativos em relação à experiência do parto hospitalar, além da ausência de acompanhante da gestante na maternidade.

- Expectativas em relação à presença de acompanhante: o que as gestantes desejam de acontecimentos benéficos em relação à presença de acompanhante na maternidade e que ainda não faz parte de sua realidade.

- Intenções / iniciativas para o cumprimento do direito a acompanhante: referem-se a atitudes tomadas, ou sendo tomadas ou a tomar para a gestante fazer valer o seu direito a acompanhante na maternidade.

As seis categorias estabelecidas estão desdobradas em 40 unidades de registro que variaram de um número mínimo de quatro a um máximo de 12 por categoria, conforme listado em seguida.

Categorias e unidades de registro da análise de conteúdo dos resultados da oficina temática do grupo 2 de gestantes sobre a importância de acompanhante na atenção humanizada ao parto:

1. Percepção sobre o papel do acompanhante
 - 1.1. Alivia a dor fazendo massagens
 - 1.2. Acompanha na deambulação da gestante
 - 1.3. Oferece apoio emocional
 - 1.4. Transmite tranquilidade
 - 1.5. Propicia conforto
 - 1.6. Dá atenção
 - 1.7. Ampara

- 1.8. Apoia
- 1.9. Auxilia a valer os direitos da gestante
- 1.10. Ajuda a impedir morte evitável da mulher
- 1.11. Presença necessária pelo momento de fragilidade da gestante no parto
- 1.12. Importante não só para o parto normal, mas também para a cesariana
2. Percepção sobre o direito a acompanhante
 - 2.1. Se acompanhante é um direito, está em lei para ser cumprido
 - 2.2. É um benefício só no papel
 - 2.3. Tem que ser respeitado
 - 2.4. Inaceitável ser violado
 - 2.5. Uns hospitais cumprem, outros não
 - 2.6. Não cumprido por falta de sensibilidade e amor ao próximo
 - 2.7. Não cumprido porque as pessoas não dão importância à presença do acompanhamento no parto
 - 2.8. Hospital não permite homem como acompanhante, só mulher.
 - 2.9. Não cumprido integralmente: acompanhante sem acolhimento, sem refeição e sem acomodação
 - 2.10. Descrente de a busca ao cumprimento do direito a acompanhante ser efetiva
3. Sentimentos negativos gerados pela ausência do acompanhante / direito a acompanhante negado
 - 3.1. Insegurança
 - 3.2. Medo de parir
 - 3.3. Preocupação
 - 3.4. Insatisfação
 - 3.5. Impotência
4. Outros fatores que contribuem para os sentimentos negativos
 - 4.1. Desatenção hospitalar
 - 4.2. Atenção médica a desejar
 - 4.3. Médicos que não conversam
 - 4.4. Atitudes desrespeitosas dos profissionais de saúde
5. Expectativas em relação à presença de acompanhante
 - 5.1. Hospital a adequar-se para acompanhante
 - 5.2. Maternidade aceitar a presença de um acompanhante masculino (por exemplo, o companheiro da gestante, pai da criança)

- 5.3. Acompanhante ser capacitado pelo serviço de saúde
- 5.4. Sentir-se segura com a presença do acompanhante escolhido
- 5.5. Exercício de cidadania pelo cumprimento do direito a acompanhante
6. Intenções / iniciativas para o cumprimento do direito a acompanhante
 - 6.1. Buscar informações sobre esse direito.
 - 6.2. Compartilhar as informações sobre esse direito com a família
 - 6.3. Levar a lei de acompanhante à maternidade
 - 6.4. Mudar de hospital
 - 6.5. Denunciar na ouvidoria

Diante dos resultados, constata-se que o diálogo desenvolvido no grupo e a abordagem de problematização, promovendo análise crítica da realidade de vivência das mulheres, permitiram a construção de um conhecimento compartilhado a partir do encontro dos saberes popular e acadêmico. O conhecimento produzido é evidenciado pela clareza de compreensão que o grupo demonstrou sobre as principais questões envolvidas no tema discutido e sintetizadas nas seis categorias de análise de conteúdo identificadas: relevância do papel do acompanhante da gestante, violação do direito a acompanhante, repercussões psicológicas negativas da referida violação de direito, deficiências nas habilidades comunicacionais das equipes de saúde para lidar com as gestantes, mudanças desejadas da realidade, e, possíveis iniciativas para tais transformações. Iniciativas essas uma vez tomadas contribuem para o empoderamento das mulheres na busca de uma atenção à saúde com mais qualidade.

Na terceira sessão do grupo 3, utilizando a roda de conversa, as gestantes escreveram em cartelas suas dúvidas, medos e falhas vivenciadas, observadas ou comunicadas no cuidado materno em relação à atenção humanizada ao parto normal e à cesariana. Os resultados das discussões que se sucederam passaram por análise de conteúdo com a formação de quatro categorias: (1) experiências negativas; (2) medos; (3) dúvidas; (4) percepções e saberes acumulados. A definição de cada uma dessas categorias segue exposta em seguida.

- Experiências negativas: relatos de vivências obstétricas próprias ou alheias indesejadas que tenham ocorrido durante os cuidados recebidos no trabalho de parto, parto ou puerpério.

- Medo: temores relacionados à experiência do parto.

- Dúvidas: inquietações, incertezas e questionamentos referentes à atenção ao parto.

- Percepções e saberes acumulados: entendimentos, concepções e conhecimentos relativos ao trabalho de parto e parto e aos cuidados recebidos durante esses eventos obstétricos.

As quatro referidas categorias englobam um total de 30 unidades de registro conforme explicitado adiante.

1. Experiências negativas
 - 1.1. Sem liberdade de escolha de posição (deitar, sentar, ficar em pé, caminhar) em trabalho de parto anterior
 - 1.2. Falta de atenção à puérpera após o parto
 - 1.3. Complicações de uma cesariana no passado
 - 1.4. Perda fetal em gestação pregressa
 - 1.5. Morte neonatal na família após parto normal. Achava que deveria ter sido cesariana
 - 1.6. Laqueadura tubária de uma mulher conhecida em sua primeira gestação por causa de diagnóstico de câncer de mama. Sobrevida longa, mas sem poder ter mais filhos
 - 1.7. Morte materna de uma mulher conhecida por ocasião da cesariana
 - 1.8. Sofrimento intenso e longo de trabalho de parto de uma mulher da mesma enfermaria até decidirem levá-la para uma cesariana
 - 1.9. Erro médico leva a uma infecção puerperal após cesariana em uma mulher conhecida
2. Medos
 - 2.1. Trabalho de parto demorado com dor
 - 2.2. Parto normal
 - 2.3. Espera longa de evolução para parto normal que não acontece
 - 2.4. Cesariana
 - 2.5. Erro médico na cesariana
 - 2.6. Complicações imediatas da cesariana
 - 2.7. Sequela duradoura da cesariana
3. Dúvidas
 - 3.1. A gestante tem direito de escolher a maternidade de sua preferência?
 - 3.2. Critérios para a maternidade admitir a gestante para o parto e não mandá-la embora para casa?
 - 3.3. Indicações para cesariana?

- 3.4. Toque vaginal decide se parto normal ou cesariana?
- 3.5. Critérios para decidir logo pela cesariana? E não precisar passar longo tempo com dor à espera de um parto normal que não acontece
- 3.6. Feto em posição pélvica pode nascer de parto normal?
- 3.7. Pode ser pedido o contato pele a pele, da mãe e filho, após o parto?
4. Percepções e saberes acumulados
 - 4.1. Existem meios não farmacológicos para aliviar a dor
 - 4.2. É possível usar anestesia para aliviar a dor em trabalho de parto normal
 - 4.3. Parto normal é melhor para a mulher e para a criança
 - 4.4. Recuperação após parto normal é mais rápida do que aquela após cesariana
 - 4.5. Cesarianas cada vez mais frequentes
 - 4.6. Na rede particular, mulheres pedem cesariana por não suportarem a dor do trabalho de parto
 - 4.7. Cesariana traz mais complicações que o parto normal

A análise dos dados obtidos mostra a aproximação das gestantes com experiências negativas, de cunho significativo, ao envolver aspectos de falhas da atenção humanizada ao trabalho de parto, parto e puerpério, contracepção permanente e mortes materna, neonatal e fetal. Os medos apontados guardam relação estreita com as experiências obstétricas negativas conhecidas ou de vivência própria. As dúvidas levantadas podem refletir as limitações comunicacionais das consultas de pré-natal e das palestras, que não dão conta de seu papel educativo na construção de conhecimentos de interesse da gestante. Acredita-se que as percepções e saberes acumulados que foram evidenciados tenham recebido mais contribuições de vivências, dos meios de comunicação de massa e até da sessão anterior da oficina educativa do que de oportunidades de aprendizagem na rede de saúde frequentada pelas gestantes.

A quarta e última sessão do grupo 3 dedicou-se a discutir sobre a atenção humanizada ao nascimento e cuidados com a criança. Na roda de conversa foram explanadas vivências, dúvidas, indagações, opiniões, críticas, desejos e sugestões sobre a temática em tela. As discussões apresentadas foram submetidas à análise de conteúdo resultando em três categorias, cinco subcategorias e 25 unidades de registro.

As três categorias constituídas foram denominadas de: (1) saberes, (2) temas com dúvidas, e (3) ambiência. Seguem as definições dessas categorias e de suas respectivas subcategorias.

- Saberes: conhecimentos acumulados sobre aspectos da atenção humanizada ao nascimento e cuidados com a criança, em relação a três pontos, correspondentes às subcategorias: fontes de aprendizagem, atenção humanizada ao nascer e cuidados de direito da criança.

- Temas com dúvidas: inquietações, incertezas e questionamentos referentes à atenção humanizada ao nascimento e cuidados com a criança.

- Ambiência: refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (Machado & Silva, 2009). Foram considerados em duas subcategorias os aspectos positivos e negativos mencionados sobre a ambiência.

Em seguida, lista-se o conjunto de categorias, subcategorias e unidades de registro definidas a partir das discussões feitas:

1. Saberes
 - 1.1. Fontes de aprendizagem
 - 1.1.1. Comunidade
 - 1.1.2. Mídia (televisão e internet)
 - 1.1.3. Palestras da unidade de saúde
 - 1.2. Atenção humanizada ao nascer
 - 1.2.1. Contato pele a pele de mãe e filho (imediatamente após o nascimento)
 - 1.2.2. Aleitamento materno ao nascer
 - 1.3. Cuidados de direito da criança
 - 1.3.1. Vacinas
 - 1.3.2. Triagem neonatal
 - 1.3.3. Consulta do nutricionista aos seis meses de idade da criança
2. Temas com dúvidas
 - 2.1. Viabilidade para nascimento conforme idade gestacional
 - 2.2. Acolhimento humanizado ao nascer
 - 2.3. Aleitamento materno
 - 2.4. Vacinas
 - 2.5. Triagem neonatal
 - 2.6. Cuidados com o coto umbilical
 - 2.7. Cuidados no banho do recém-nascido
3. Ambiência
 - 3.1. Ambiência: aspectos positivos

- 3.1.1. Tratamento respeitoso só em alguns hospitais
- 3.1.2. Vontade de voltar à maternidade que oferece boa atenção
- 3.1.3. Identificação de temas da oficina com o cartaz da Rede Cegonha na unidade de saúde
- 3.2. Ambiência: aspectos negativos
 - 3.2.1. Tratamento desrespeitoso
 - 3.2.2. A orientação da comunidade é de não gritar na maternidade, sob pena de deixar de receber atenção da equipe médica
 - 3.2.3. Hospital superlotado: vagas de leitos só nos corredores
 - 3.2.4. Hospital em reforma: sem poder receber visita após o parto
 - 3.2.5. Vestimenta hospitalar a desejar
 - 3.2.6. Sem poder usar calçado, apenas propé
 - 3.2.7. Como acompanhante de recém-nascido, recebe leite materno em quantidade insuficiente

A análise quanto às fontes de aprendizado dos saberes acumulados sobre o tema em questão revelou que o conhecimento das gestantes é construído a partir do que escutam na comunidade, assistem na televisão, pesquisam na internet e ouvem das palestras dadas nas unidades de saúde. O grupo identificou duas situações de atenção humanizada ao nascer: contato pele a pele de mãe e filho, imediatamente, após o nascimento, e o aleitamento materno até uma hora após o parto. Das cinco gestantes presentes, apenas Lobélia desconhecia essas duas práticas da atenção humanizada ao nascimento.

Embora a vacina e os exames do recém-nascido tenham sido apontados como cuidados que a criança tem direito, ainda havia dúvidas sobre os mesmos. As gestantes tinham conhecimento do direito da criança à vacinação ao nascer, mas não sabiam especificá-las. O teste do pezinho, embora reconhecido como sendo um direito da criança, tinha local de realização desconhecido por parte de duas gestantes dentre cinco, sendo uma multípara e outra nulípara: se na maternidade ou no centro de saúde. O apontamento de apenas duas situações de atenção humanizada ao nascimento e uma série de dúvidas levantadas nas discussões, possivelmente, refletem, em nível de atenção básica da saúde, uma abordagem educativa e comunicacional limitada que não compartilha as informações sobre os direitos da gestante e da criança na atenção à saúde materno-infantil.

Quanto à ambiência, constataram-se mais relatos de aspectos negativos do que positivos, indicando a necessidade de melhorar a qualidade da comunicação dos profissionais de saúde bem como de haver investimentos na estrutura física hospitalar.

4.4 Grupos Focais

Esta seção discorrerá sobre os resultados procedentes das falas dos dois grupos focais que tiveram como base os roteiros de discussão descritos, com questões comuns e específicas para cada grupo, ou seja, para o grupo focal 1, aquele constituído de mulheres que não participaram das oficinas, e para o grupo focal 2, composto de mulheres participantes das três oficinas em dinâmica de grupo.

Inicialmente, será mostrada a percepção geral do grupo focal 1 sobre os direitos da gestante e da criança, a partir de reflexões suscitadas por questionamentos específicos para esse grupo. Em seguida será apresentada uma análise comparativa das falas dos dois grupos, em relação às questões comuns dos roteiros de discussão.

A comparação será feita em termos quantitativos e qualitativos. O primeiro enfoque tem o propósito de apresentar as distribuições percentuais das respostas positivas às questões comuns dos dois roteiros de discussão dos grupos focais. É de caráter descritivo e sem aplicação de testes estatísticos. A abordagem qualitativa será apoiada na análise de conteúdo. Na sequência serão mostrados aspectos positivos e negativos destacados por ambos os grupos ao elaborarem uma avaliação geral da atenção materno-infantil vivenciada. Esta seção será encerrada com a apresentação e análise dos resultados de questões exclusivas do roteiro de discussão do grupo focal 2, em relação à percepção das mulheres quanto aos cuidados de saúde recebidos, considerando sua experiência das oficinas.

Quanto à percepção em geral do grupo focal 1 sobre os direitos da gestante e da criança, das reflexões compartilhadas pelas mulheres participantes do grupo focal 1, constatou-se a menção dos seguintes direitos: (1) direito da gestante a acompanhante na maternidade, (2) direito da gestante de conhecer a maternidade indicada para atendimento de intercorrências durante a gravidez e para o parto, e (3) direito de acesso a medicamentos e exames médicos.

Dentre as seis gestantes do grupo, três, Cyclame, Fúcsia e Mimosas, relataram que não tiveram contemplado o direito a acompanhante na maternidade. Petúnia revelou que até aquele momento, desconhecia o direito da gestante contar com um acompanhante,

entretanto, era ciente do direito a visitar a maternidade indicada para o parto. Nenúfar falou que era do seu conhecimento a existência de muitos direitos, mas só especificou os relacionados ao diagnóstico laboratorial e ao tratamento medicamentoso. Clematide não se expressou, permanecendo em silêncio do primeiro ao último instante de discussão desse tema sobre a abordagem geral dos direitos da gestante e da criança. Em momentos posteriores da reunião, Clematide comunicou-se com o grupo, emitindo suas opiniões. De acordo com essas manifestações, nota-se certo distanciamento das mulheres do grupo focal 1 com a temática dos direitos da gestante e da criança na saúde.

Comparando as respostas dadas nos dois grupos focais, em relação às questões em comum formuladas do roteiro de discussão a ambos os grupos, os desfechos favoráveis e desfavoráveis informados foram quantificados em termos de percentuais. Esclarece-se que desfecho favorável foi considerado quando a resposta dada à pergunta do roteiro de discussão era positiva, e desfavorável, quando negativa. De um modo geral, as situações favoráveis consistem ou resultam das boas práticas obstétricas demonstradas como eficazes pelas evidências científicas, e, por conseguinte, fazendo parte da atenção humanizada à gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério e da maternidade segura. Os Anexos L, M e N apresentam a lista desses desfechos favoráveis, respectivamente, nos períodos de pré-natal, trabalho de parto, parto, e puerpério e atendimento à criança, tendo como base as questões constantes no roteiro de discussão dos grupos focais. A Tabela 8 revela o número e o percentual das respostas dadas pelos grupos, considerando os desfechos favoráveis, desfavoráveis e as respostas não dadas ou que não se aplicavam.

Enfocando os percentuais dos desfechos favoráveis nos dois grupos, verifica-se que há mais valores elevados para o grupo focal 2, exceto para a fase da atenção do pré-natal que apontou melhores resultados para o grupo focal 1, ou seja, 56,0% contra 51,0%. Um grande percentual (62,5%) de perguntas não respondidas, por diversos motivos, corresponde ao conjunto de indagações da fase da atenção ao parto / nascimento, relacionadas a aspectos que as mulheres não tinham informação ou não se recordavam mais (Tabela 8).

Tabela 8.

Número e percentual de desfechos favoráveis, desfavoráveis e sem classificação dos grupos focais

Fase da atenção	Número e percentual de falas					
	Situação de desfecho				Sem classificação*	
	Favoráveis		Desfavoráveis			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Pré-natal	28 (56,0)	46 (51,0)	22 (44,0)	44 (49,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Trabalho de parto	22 (36,7)	56 (62,2)	22 (36,7)	20 (22,2)	16 (26,6)	14 (15,6)
Parto/nascimento	5 (20,8)	13 (36,1)	4 (16,7)	7 (19,4)	15 (62,5)	16 (44,5)
Período pós-parto	25 (59,5)	39 (61,9)	11 (26,2)	16 (25,4)	6 (14,3)	8 (12,7)
Atenção à criança	11 (45,8)	22 (61,2)	11 (45,8)	7 (19,4)	2 (8,4)	7 (19,4)

Nota. *Sem classificação: pergunta não se aplicava ao caso de algumas entrevistadas em grupo (exemplo: indagação sobre parto normal ao grupo com componentes que tinham passado por cesariana e vice-versa), ou a entrevistada não sabia ou não se lembrava do que lhe aconteceu para responder, ou a resposta não correspondia ao que estava sendo perguntado.

Excluindo as respostas que não se aplicavam, ao se verificar exclusivamente os desfechos favoráveis e desfavoráveis, os novos percentuais conhecidos são exibidos na Tabela 9. Predomínio de desfechos favoráveis permanece constatado no grupo focal 2, excetuando para a fase da atenção ao pré-natal, na qual o maior percentual é atribuído ao grupo focal 1, ou seja, 56,0% das respostas foram positivas para as perguntas formuladas e respondidas por esse grupo.

Em relação às fases da atenção, maior diferença percentual entre os grupos está para os desfechos favoráveis relativos a eventos do trabalho de parto (grupo focal 1 com 50,0% contra grupo focal 2 com 73,7%). Uma das possíveis explicações para o percentual mais elevado do grupo focal 2 refere-se à presença mais frequente do acompanhante de gestante nesse grupo na fase do trabalho de parto.

Tabela 9.*Número e percentual de desfechos favoráveis e desfavoráveis dos grupos focais*

Fase da atenção	Desfecho			
	Favorável (%)		Desfavorável (%)	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Pré-natal	28 (56,0)	46 (51,1)	22 (44,9)	44 (48,9)
Trabalho de parto	22 (50,0)	56 (3,7)	22 (50,0)	20 (26,3)
Parto / nascimento	5 (55,6)	13 (65,0)	4 (44,4)	7 (35,0)
Período pós-parto	25 (69,4)	39 (70,9)	11 (30,6)	16 (29,1)
Atendimento à criança	11 (50,0)	22 (75,9)	11 (50,0)	7 (24,1)
Total	91 (56,5)	176 (65,2)	70 (43,5)	94 (34,8)

As falas comparadas das mulheres dos dois grupos focais foram analisadas em seu conteúdo e organizadas em duas categorias: direitos contemplados e direitos não contemplados da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal, considerando cinco etapas de atenção à saúde materno-infantil: (1) pré-natal, (2) trabalho de parto, (3) parto e nascimento, (4) período puerperal, e (5) atenção à saúde infantil. Cada categoria conta com uma a três subcategorias e um total de 98 unidades de registro. Segue a definição de cada categoria e a lista de subcategorias por categoria nas cinco fases de atenção à saúde materno-infantil, anteriormente descritas. As unidades de registros identificadas por subcategoria e categoria estão apresentadas nos Anexos O a Y.

- Direitos da mulher e da criança contemplados, no ciclo gravídico-puerperal: referem-se à aplicação das boas práticas da atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento, preconizadas em documentos técnicos internacionais e nacionais, baseadas em evidências científicas (Ministério da Saúde, 2015; OMS, 1996). Os Anexos L, M e N, referentes a desfechos favoráveis da atenção humanizada do pré-natal ao nascimento, listam as referidas boas práticas.

- Direitos da mulher e da criança não contemplados, no ciclo gravídico-puerperal: situação em que uma ou mais das boas práticas da atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento, deixa de ser aplicada; ou no caso em que práticas

desaconselháveis por evidências científicas são conduzidas (Ministério da Saúde, 2015; OMS, 1996).

As categorias e subcategorias identificadas na análise de conteúdo das falas dos grupos focais são apresentadas, por cada fase de atenção do ciclo gravídico-puerperal.

1. Pré-natal

1.1. Direitos da gestante contemplados

1.1.1. Acolhimento

1.1.2. Acesso a informações e orientações

1.2. Direitos da gestante não contemplados

1.2.1. Acesso limitado a informações e orientações

1.2.2. Falhas no acesso aos cuidados da saúde materna

2. Trabalho de parto

2.1. Direitos da gestante contemplados

2.1.1. Acolhimento

2.1.2. Acesso a informações e orientações

2.1.3. Apoio de acompanhante

2.2. Direitos da gestante não contemplados

2.2.1. Acesso limitado a informações e orientações

2.2.2. Sem acompanhante

2.2.3. Falhas na atenção humanizada

3. Parto / nascimento

3.1. Direitos da puérpera e da criança contemplados

3.1.1. Acesso a informações e orientações

3.1.2. Acesso às boas práticas obstétricas

3.2. Direitos da puérpera e da criança não contemplados

3.2.1. Acesso limitado a informações e orientações

3.2.2. Submissão às práticas obstétricas desaconselháveis

4. Período puerperal

4.1. Direitos da puérpera e da criança contemplados

4.1.1. Acesso a informações e orientações

4.1.2. Boas práticas obstétricas e nascimento humanizado

4.1.3. Apoio da rede de atenção materno-infantil

4.2. Direitos da puérpera e da criança não contemplados

4.2.1. Acesso limitado a informações e orientações

4.2.2. Deficiência na rede de atenção materno-infantil

5. Atenção à saúde da criança

5.1. Direitos da criança contemplados

5.1.1. Apoio da rede de atenção materno-infantil

5.2. Direitos da criança não contemplados

5.2.1. Acesso limitado a informações e orientações

5.2.2. Deficiência da rede de atenção materno-infantil

Pelas falas das participantes dos grupos focais, evidencia-se que a depender do momento, ora direitos da gestante e da criança são contemplados e ora não, dentro do espaço dos mesmos serviços de saúde, seja, a unidade da estratégia da saúde da família, seja, a unidade hospitalar. Situações semelhantes e distintas na atenção materno-infantil são vistas ao se comparar um grupo com o outro, e internamente no interior de um mesmo grupo. Entre os grupos, são constatadas poucas experiências em comum. Dentre as 98 unidades de registro, 17 (17,3%) relatos do grupo focal 1 coincidiram com 17 (17,3%) do grupo focal 2, enquanto houve 64 pronunciamentos distintos, sendo 25 (25,5%) do grupo focal 1 e 39 (39,8%) do grupo focal 2.

Considerando que as vivências de maternidade aconteceram no mesmo espaço de tempo e lugar social, nas mesmas unidades de saúde da atenção básica e no mesmo hospital, as diferentes abordagens nos cuidados materno-infantis poderiam ser atribuídas às maneiras distintas de comunicação dos profissionais de saúde com as usuárias do SUS. As mulheres, uma vez capacitadas em temas de saúde de seu interesse, cientes de seus direitos, com visão crítica de sua realidade, poderiam desenvolver empoderamento e influenciar as práticas de saúde a seu favor? Vejamos o que dizem os dados qualitativos dos grupos focais comparados, um com e outro sem a capacitação referida.

Nesta análise será dado destaque às subcategorias relativas ao acesso a informações e orientações das categorias referentes a direitos da mulher e da criança. Os Anexos de O a Y ilustram relatos de acesso e de falta de acesso a informações / orientações, nas diversas etapas da rede de atenção materno-infantil. Em relação ao pré-natal, o grupo focal 2 expressou a boa interação das mulheres enquanto gestantes com os profissionais de saúde, além de orientações recebidas sobre cuidados com recém-nascidos não só nas palestras mas também nas consultas. Essas duas experiências não foram relatadas pelo grupo focal 1 (Anexo P). É possível que a interação apontada tenha contribuído para a orientação educativa mencionada. A pesquisa Nascer no Brasil,

realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, estudou a aplicação de práticas educativas no pré-natal e encontrou dados indicativos da frequência baixa dessa atividade, por exemplo, apenas 64,0% das 23.940 mulheres entrevistadas responderam que receberam informação sobre a amamentação na primeira hora de vida (Viellas et al., 2014). Incentivar a interação é uma das finalidades da comunicação (Araujo, 2009), cujo desenvolvimento tem muito a colaborar no processo educativo.

Iniciativas diversas foram tomadas pelas mulheres de ambos os grupos focais mediante as dificuldades para acessar informações e orientações no pré-natal. Na falta de informações de interesse da gestante procedentes do serviço de saúde, a busca das mesmas na comunidade consistiu numa solução encontrada, de acordo com o exposto pelo grupo focal 1. Esse mesmo grupo, para resolver o problema de dúvidas não dirimidas pelos médicos, recorreu à prática comunicativa da solicitação de esclarecimento, inclusive de modo insistente (Anexo P). Pressupõe-se que a gestante, uma vez consciente de seu direito de acesso a informações e orientações em saúde, tenha motivado a mulher do grupo focal 2 que denunciou sua médica à Ouvidoria por não prestar esclarecimentos durante a consulta. E, paralelamente, à denúncia, buscou outras fontes de informação como outros profissionais de saúde. Tomando o conceito de empoderamento de Minkler e Wallerstein (2002), pode se dizer que iniciativa da mulher do grupo focal 2 de mudar de médico pelo fato do primeiro não ter sido interativo na relação comunicacional, representou um empoderamento, uma vez que para melhorar a qualidade de vida de gestante, a ação individual de domínio sobre sua vida promoveu mudança do ambiente social.

Alguns exemplos de falhas da comunicação, por ocasião da atenção ao trabalho de parto, foram relatados pelos dois grupos focais, a exemplo de informações e orientações não disponibilizadas sobre o parto induzido e decidido exclusivamente pela equipe médica (Anexo P). A grávida não é considerada como protagonista de seu parto e com direito de participar do processo decisório compartilhado com o profissional de saúde, em questões de seu interesse, inclusive a indução do parto. Portanto, é um exemplo de uma intervenção não consentida que representa um desrespeito ao direito da parturiente de ter acesso a informação (White Ribbon Alliance, 2011).

Dentre os problemas relativos ao acesso limitado a informações e orientações no momento do parto, destaca-se a não comunicação do motivo da indicação da cesariana, conforme referido pelo grupo focal 1 (Anexo R). Mais um exemplo de violação do

direito à informação, de um caso de procedimento médico sem consentimento esclarecido.

Uma das experiências compartilhadas pelo grupo focal 1 consistiu na falta de orientação sobre o aleitamento materno antes da alta hospitalar (Anexo V). Tal fato representa uma importante oportunidade perdida, considerando o essencial papel da amamentação não só como fator de proteção ao desenvolvimento infantil, mas também como um fenômeno de percepção positiva da mulher nutriz que pode orientar reformulação de atividades de incentivo ao aleitamento (Walker et al., 2011).

O não comunicar informação afeta a compreensão de questões relativas aos exames e vacinas do recém-nascido como explicitado pelos dois grupos focais. As mulheres do grupo focal 1 expressaram que não sabiam para que serviam tantos testes feitos pela criança ao nascer. Já da parte do grupo focal 2 havia a dúvida se a criança havia tomado a vacina contra hepatite B, pois nenhuma informação tinha sido dado a respeito de vacinação (Anexo Y).

Problemas de comunicação em saúde foram percebidos em ambos os grupos focais, em situações de acesso limitado às informações e orientações, o que por sua vez repercute na efetividade das ações educativas, e assim em mudanças desejáveis para uma vida de mais qualidade. Diante de falta ou escassez de informações e orientações, iniciativas foram tomadas para o seu alcance. Não disponibilizar informações às gestantes é violar seu direito de acesso a informações para que possa fazer decisões conscientes, é impossibilitar a escolha informada. E, “ser/estar empowered significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde” (Oliveira, 2005, p. 428).

Na fala de avaliação geral de cada mulher, de ambos os grupos focais, sobre os cuidados materno-infantis recebidos em seu ciclo gravídico-puerperal foram salientados aspectos positivos e negativos que estão apontados no Anexo X. Em síntese, a atenção ao pré-natal foi bem avaliada, mas a direcionada ao parto foi considerada como a desejar. Um bom atendimento ao parto em nível hospitalar é atribuído ao fator sorte, em função da qualidade da equipe de saúde que se encontra escalada no plantão. Foi ressaltada a satisfação com a série de exames laboratoriais da gestante (teste da mãezinha). Dentre as fragilidades constatadas na atenção ao parto, para ambos os grupos focais, destaque foi dado aos abusos verbais dos profissionais de saúde. Esta é uma preocupação em nível mundial. A OMS afirma que pesquisas vêm descrevendo a ocorrência de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao

parto nas instituições de saúde. Dentre um conjunto de medidas propostas para eliminar essas situações indesejáveis, a OMS aponta a necessidade de apoio e treinamento dos profissionais de saúde em todos os níveis para assegurar que as mulheres grávidas sejam tratadas com compaixão e dignidade (WHO, 2014).

Para compreender as possíveis repercussões das oficinas educativas nas vidas das mulheres participantes dessa intervenção, elaborou-se análise de conteúdo, a partir das discussões geradas por três questões próprias do roteiro do grupo focal 2: (1) percepção das mulheres sobre os aspectos mais marcantes das oficinas, (2) olhar dessas mulheres sobre a gestação e nascimento de seu filho/filha após terem participado das oficinas, e (3) alguma atitude tomada para fazer valer os direitos da gestante e da criança, que foram abordados nas oficinas.

As três categorias derivadas da citada análise referem-se a: percepções, sentimentos e atitudes tomadas, cujas definições estão apresentadas em seguida.

- Percepções: opiniões das mulheres sobre as oficinas em relação ao conteúdo aprendido, aos modos de aprender, e a outros ganhos ocorridos além das aprendizagens. Esses três aspectos formam as subcategorias:

- Sentimentos: os sentimentos suscitados nas mulheres com o processo de aprender nas oficinas.

- Atitudes tomadas: iniciativas empreendidas pelas mulheres motivadas pelas aprendizagens nas oficinas e que promoveram alguma mudança em sua realidade.

As três categorias mencionadas resultam da consolidação de três subcategorias e 16 unidades de registro que são descritas na sequência.

1. Percepções

1.1. Conteúdos aprendidos

1.1.1. Direitos da gestante

1.1.2. Parto humanizado

1.2. Modos da aprendizagem

1.2.1. Conversando

1.2.2. Trocando experiências

1.2.3. Tendo acesso a informações

1.2.4. Tirando dúvidas

1.3. Outros ganhos

1.3.1. Companheirismo no grupo

1.3.2. Emoção ao escrever para o filho

- 1.3.3. Aceitação da gravidez
- 1.3.4. Não desistência do pré-natal
- 2. Sentimentos
 - 2.1.1. Segurança
 - 2.1.2. Confiança
 - 2.1.3. Encorajamento
- 3. Atitudes tomadas
 - 3.1. Levou acompanhante para maternidade
 - 3.2. Não permitiu excesso de toques vaginais
 - 3.3. Denunciou profissional à Ouvidoria

Dentre todos os conteúdos abordados nas oficinas, dois destacaram-se das falas das mulheres do grupo focal 2: direitos da gestante e parto humanizado. Ênfase foi dada a dois direitos: o direito da gestante a acompanhante de sua livre escolha e o direito de saber e conhecer a maternidade em que ocorrerá o parto. O formato da aprendizagem desses temas fluiu das palavras das mulheres, referindo-se à importância de trocar ideias, tirar dúvidas, acessar as informações e conversar para a compreensão dos tópicos de interesse.

Outros benefícios alcançados com a realização das oficinas foram identificados em número de quatro, quais sejam: (1) companheirismo no grupo, (2) emoção ao escrever uma mensagem para o filho ainda no ventre, (3) aceitação da gravidez, e (4) não desistência do pré-natal. A interação entre as participantes das oficinas desenvolveu-se bem, sendo facilitada pela introdução das dinâmicas de grupo e ainda pelo fato de as gestantes compartilharem as mesmas unidades básicas de saúde, local de residência, por vezes até a mesma rua de moradia. Duas mulheres informaram da gravidez não planejada, mas que ao frequentar as reuniões das oficinas, passaram a aceitar seu estado gravídico. Em um caso houve relato da mudança de ideia para desistir das consultas do pré-natal, em função da perda recente da mãe. O contato em grupo com outras mulheres grávidas demoveu-a do intuito inicial de não mais cuidar do pré-natal.

Sentimentos de segurança, confiança e encorajamento para lutar por seus direitos foram internalizados pelas mulheres que se sentiram motivadas para tomar atitudes simples, mas significativas em sua vida reprodutiva e cidadã. Cientes do direito a acompanhante, as mulheres cuidaram de escolher livremente as pessoas para lhes fazer companhia na maternidade, inclusive conduziram até a maternidade as legislações que asseguram esse direito. Magnólia pronunciou-se assim:

Senti firmeza de poder chegar na maternidade e impor uma coisa que é meu direito. Levei uma irmã para a maternidade a fim de ser minha acompanhante. Se não soubesse desse direito do acompanhante, teria ficado sozinha, pois a equipe médica não pergunta sobre acompanhante, apenas indaga à gestante que se interna para o parto se há alguém da família para levar seus pertences de volta a casa.

Salienta-se, como outro exemplo, de atitude tomada baseada no conhecimento aos direitos da gestante, a situação em que uma mulher não permitiu um segundo toque vaginal de uma estagiária de enfermagem logo em seguida a um primeiro feito por uma enfermeira. Alegou que estava dentro de seu direito, de não aceitar cuidados não consentidos.

Incentivada por saber que é seu direito ter acesso à informação e orientação durante o pré-natal, uma mulher tratou de denunciar à Ouvidoria uma médica considerada desatenciosa por não prestar esclarecimentos durante as consultas de pré-natal.

Diante da análise dos dados dos grupos focais, constata-se que as mulheres de ambos os grupos passaram por problemas da qualidade da atenção materno-infantil. Entretanto, foi possível verificar que as mulheres do grupo focal 2, possivelmente por um maior conhecimento dos direitos da gestante, recorrendo ao empoderamento, enfrentaram situações assegurando esses direitos, como contar com o apoio de acompanhante no parto e reagir em defesa de acesso mais amplo a informações, tomando inclusive a atitude de proceder oficialmente denúncia frente à dificuldade de obtenção de esclarecimentos em consulta de pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Data de muito tempo o empreendimento de esforços, em nível comunitário e organizacional, para a melhoria da saúde e do bem-estar materno. Políticas públicas de implementação dos direitos reprodutivos têm contribuído de forma significativa ao aprimoramento da saúde da mulher e prevenção de óbitos maternos. Entretanto, nos dias de hoje, determinantes sociais da morbimortalidade materna ainda representam desafios importantes a serem superados. Tal situação demanda intervenções tecnológicas inovadoras inclusive na área do ensino na saúde, especialmente em populações de alta vulnerabilidade social.

Diante desse quadro esta pesquisa visou identificar as contribuições da construção do conhecimento compartilhado, a partir de relatos de gestantes de Ceilândia – DF, e pesquisadores acerca de questões relacionadas à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, na indução de práticas transformadoras na promoção do bem-estar da mulher e na prevenção da mortalidade materna e da infantil.

Assim, foram realizadas oficinas em dinâmica de grupo com gestantes, como uma proposta de intervenção tecnológica, visando o bem-estar materno, na perspectiva da promoção da saúde. Considera-se seu caráter inovador, por ser uma propositura de intervenção educativa melhorada e por seu desenvolvimento em local onde não há a rotina de condução de atividades grupais.

Ressalta-se que a referida prática grupal trata-se de uma intervenção psicossocial e educativa propiciadora do diálogo, da conscientização coletiva do contexto social e, desse modo, favorece o potencial do indivíduo e do grupo para promoção de mudança, ou seja, promove o empoderamento, sem o qual não são cumpridos os objetivos de educação em saúde.

Sendo assim, esta intervenção educativa de delineamento de pesquisa-ação, considera o saber prévio dos partícipes da pesquisa colaborativa, neste caso o saber popular das gestantes em relação a sua interpretação de uma realidade que pode ser melhorada com a coprodução de um saber acadêmico.

Uma vez que a tecnologia proposta apoia-se nos conhecimentos da comunicação, educação, avaliação e inovação, o conceito de campo de Bourdieu é considerado. Isto é, como um espaço social de relações objetivas recorre ao modo do

pensamento relacional. Entende-se que os quatro referidos saberes assim articulados são úteis para subsidiar as discussões dos resultados.

Esta pesquisa identificou alguns obstáculos de ordem operacional: dificuldade para localização dos endereços das gestantes para convite pessoal à participação na investigação, por ser uma área residencial em processo de regularização urbana; recusas aos convites por diversos motivos; unidades básicas de saúde que não funcionam aos sábados, dia de realização das oficinas. Para resolução dessas limitações, contou-se com o apoio de mulheres de movimentos sociais, residentes no mesmo local das gestantes; ampliou-se o número de mulheres grávidas a serem chamadas, considerando as não aceitações; e utilizou-se espaço de escolas públicas e de projetos sociais para as reuniões dos grupos.

Encenações, estrela de cinco pontas com questões para discutir, palestras interativas, reflexões em pequenos grupos para posterior partilha de pontos de vista, cartelas com palavras-geradoras de debate, e comentários de vídeos exibidos consistiram diversas técnicas de dinâmica de grupo aplicadas. Os recursos comunicacionais foram úteis para compartilhar percepções, informações e sentimentos sobre os temas selecionados pelas gestantes para discussão.

Os relatos obtidos dos três grupos de oficinas foram submetidos à análise de conteúdo e apontaram: os direitos da gestante não são do conhecimento de todas as mulheres; profissionais com perfis comunicacionais distintos, uns que incentivam à participação, e outros com dificuldades em habilidades comunicacionais; abusos verbais dos profissionais de saúde. Essas últimas situações foram atribuídas para os profissionais atuantes no pré-natal, e, principalmente, àqueles que atendem na maternidade. Outros resultados a ressaltar: gestantes não nulíparas sentem-se discriminadas por essa condição de paridade, para receber mais informações e orientações; receios de maus-tatos na maternidade; medos relacionados a desinformações de questões educativas do pré-natal; qualidade da atenção na maternidade depende da equipe de plantão; “profissionais mais comunicativos” e “palestras mais interativas” são algumas das expectativas das gestantes.

Os resultados evidenciados desvelam que alguns profissionais de saúde apresentam deficiências em habilidades comunicacionais em suas relações com as gestantes. Uma parte das equipes de saúde não comunica informações sobre os direitos das gestantes, durante as consultas de pré-natal. A atenção de mais qualidade, direcionada à gestante, possivelmente, procede de profissionais de saúde com mais

capacitação comunicacional, daí o desejo das gestantes de contar com equipes de saúde mais comunicativas. Há um tratamento discriminatório da gestante não nulípara, para a qual é negado o direito a informações. A ocorrência de abusos verbais e maus-tratos dirigidos às mulheres, principalmente na assistência institucional ao parto segue uma tendência mundial, que levou a OMS, em 2014, a declarar um conjunto de medidas para a eliminação dessa situação, dentre as quais o treinamento de profissionais de saúde para garantir o tratamento digno das mulheres grávidas.

Num segundo momento da pesquisa dois grupos focais foram realizados com o objetivo de verificar se havia diferença de percepções e atitudes no grupo capacitado em temas da saúde da mulher e da criança em relação a outro que não passou pela experiência de capacitação. As oficinas teriam auxiliado na construção do conhecimento compartilhado, na conscientização do contexto social, no desenvolvimento de empoderamento, em mudanças na realidade?

Tendo como apoio um roteiro com pontos a serem refletidos, os grupos focais foram conduzidos. Os dados, examinados à luz do conteúdo de análise, produziram resultados, dentre os quais se salientam duas subcategorias, sendo uma referente a acesso a informações e orientações durante a atenção recebida no período gravídico-puerperal e outra em que esse acesso foi limitado.

Para ambos os grupos, o direito da gestante a informações e orientações deixou de ser contemplado em todas as etapas da linha de cuidado materno-infantil, ou seja, pré-natal, trabalho de parto, parto, nascimento, puerpério, atenção à saúde da criança. A violação desse direito traduz falhas nas ações comunicacionais e educativas, e pode repercutir na ameaça ao direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Gestantes, parturientes e puérperas, uma vez informadas dos seus direitos na atenção a saúde e em condição de empoderamento, podem reivindicar os cuidados que lhe são devidos e assim ficarem menos expostas a situações de risco para a morbimortalidade materna e infantil.

O quadro encontrado no local desta pesquisa, relacionado à qualidade da atenção na rede de atenção materno-infantil, não difere do que ocorre em muitas outras partes do mundo. Iniciativas diversas foram tomadas pelas mulheres, de ambos os grupos focais, mediante as dificuldades para acessar informações e orientações no pré-natal. Todavia, constatou-se que as mulheres do grupo focal 2, possivelmente, por mais acúmulos no conhecimento dos direitos da gestante, e empoderadas, enfrentaram muito mais situações assegurando esses direitos.

Pondera-se que, com a identificação e aplicação de estratégias para adesão de gestantes em atividades grupais e com o apoio da gestão local, a intervenção educativa desta pesquisa seja viável de incorporação pelas unidades básicas de saúde. Há de se considerar a atuação de atores importantes nas oficinas em dinâmica de grupo nos serviços de saúde: gestores e profissionais das equipes de saúde e familiares das gestantes, especialmente, o seu companheiro.

Certamente, pesquisas são necessárias para produção de conhecimento em aspectos da visão comunicacional nos encontros de profissionais de saúde com gestantes, que possa contribuir para o fortalecimento de ações educativas, disponibilizando informações e orientações de opções saudáveis a serem escolhidas pelas mulheres no período gravídico-puerperal, no enfoque da promoção da saúde, visando melhoria do bem-estar materno.

Outras linhas de investigação referem-se às questões do empoderamento da mulher, ao longo da evolução do ciclo gravídico-puerperal. Que fatores, relacionados ao desenvolvimento de tecnologias sociais de intervenção na área da saúde materna, influenciariam o empoderamento? Mulheres empoderadas durante a gestação e parto, permaneceriam em estado de empoderamento no período puerperal, convivendo com alguma situação adversa para o lado da saúde materna ou infantil?

Entende-se que ainda seria pertinente pesquisar o influxo de intervenções de tecnologias sociais na percepção e contribuição de atores importantes na rede de atenção à saúde materno-infantil para promoção de mudanças desejáveis visando mais saúde e qualidade de vida: os profissionais da estratégia saúde da família, as mulheres de movimentos sociais e os próprios familiares da mulher vivenciando a maternidade.

Por fim, estão previstas duas apresentações para compartilhar os resultados deste trabalho, sendo uma com as mulheres participantes da pesquisa e de movimentos sociais do local de estudo, e outra com os trabalhadores de saúde das unidades básicas da estratégia da saúde da família que cobrem a área de residência das mulheres pesquisadas.

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. L. M. (2010). Oficinas em dinâmica de grupo: Um método de intervenção psicossocial. In M. L. M. Afonso (Ed.). *Oficinas em dinâmica de grupo: Um método de intervenção psicossocial* (3ª ed., pp. 9-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Afonso, M. L. M., Abade, F. L., Akerman, D., Coelho, C. M. S., Medrado, K. S., Paulino, J. R., & Pimenta, S. D. C. (2010). Longe dos olhos, perto do coração: uma experiência de educação à distância na formação do profissional de saúde. In L. Afonso, F. L. Abade, D. Akerman, C. M. S. Coelho, K. S. Medrado, & S. D. C. Pimenta (Eds.), *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde* (2ª ed., pp. 7-21). Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Alves, G. G., & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 319-325. doi: 10.1590/S1413-81232011000100034
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., & Coelho, L. C. A. (2013). A estratégia saúde da família e o SUS. In M. Z. Rouquayrol, & M. G. Silva (Eds.), *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed., pp. 601-622). Rio de Janeiro: Medbook.
- Araújo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Araújo, M. F. M., Almeida, M. I., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2013). Educação em saúde: Reflexões para a promoção da vigilância à saúde. In M. Z. Rouquayrol, & M. G. Silva (Eds.), *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed., pp. 633-651). Rio de Janeiro: Medbook.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt
- Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. doi: 10.1590/S0104-12902014000100020
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde. (2016). *GT de comunicação e saúde*. Retirado de <http://www.abrasco.org.br/site/sites/gtcomunicacoesaude/>
- Barbosa, L. M. M., Escalda, P. M. F., Albuquerque, O. M. R., C. Simão, A. B. (2011, abril). *Rede básica de saúde em foco: Saúde da mulher e da criança, Ceilândia/DF* –

2010. Trabalho apresentado no V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Resumo retirado dos Anais do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da Abrasco, CD – ROM. ISBN: 1413-8132. São Paulo: Abrasco.
- Backheuser, M. P., Kampel, M. M., & Costa, A. P. (1978). Um programa de educação comunitária para saúde. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 84(3), 255-61. Retirado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v84n3p255.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (2ª reimpr. da 1ª ed. de 2011, L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70 (Obra original publicada em 1977).
- Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N. R., Bonatto, D., & Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 655-667. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300017&lng=en&tlng=pt.
- Bercini, L. O. (1994). Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28(1), 38-45. doi: 10.1590/S0034-89101994000100005
- Borges, S. M. N. (1991). Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), pp. 284-289. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200011&lng=en&tlng=pt.
- Bourdieu, P. (2010). *O poder simbólico* (14ª ed., F. Tomaz, Trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (2011). O campo político. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (5), 193-216. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008&lng=en&tlng=pt
- Brandão, C. R., & Borges, M. C. (2008). Criar com o outro: o educador do diálogo. *Revista de Educação Popular*, 7, 12-25. Retirado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/20096/10728>
- Brandão, C. R., & Assumpção R. (2009). A educação como cultura popular: Princípios, procedimentos e intencionalidades. In C. R. Brandão, & R. Assumpção (Eds.), *Cultura re Rebelde: Escritos sobre a educação popular ontem e agora* (pp. 11-37). São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire.
- Brito, V. F. D. S, Rezende, A. R.; Malta, J. D., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2008).

- Oficinas para cuidadores de crianças com câncer: Uma proposta humanizada em educação em saúde. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 66-81.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
- Campos, J. S. (2010). *Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza – Ceará, 2006* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Retirado de <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-594065>
- Candeias, N. M. F. (1988). Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. *Revista de Saúde Pública*, 22(4), 347-365. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400013&lng=pt&tlng=pt
- Caprara, A., Gomes, A. M. A., & Schraiber L. B. (2013). Humanidades médicas: Mapeando questões e respostas no âmbito da formação de médicos. In M. Z. Rouquayrol, & M. G. Silva. (Eds.). *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed., pp. 623-631). Rio de Janeiro: Medbook.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095. Retirado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2004000400024
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2029-2040. Retirado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&tlng=pt
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2012). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 137-170). São Paulo: Hucitec.
- Cassiano, A. C. M., Carlucci, E. M. S., Gomes, C. F., & Bennemann, R. M. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: Evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, 65(2), 227-244. Retirado de <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>

- Chiesa, A. M., Fracoli, L. A., Veríssimo, M. O. R., Zoboli, E. L. C. P., Ávila, L. K., & Oliveira, A. A. P. (2009). A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Supl2), 1352-1357. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600036&lng=en&tlng=pt
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). (2011a). *Pesquisa distrital por amostra de domicílio (PDAD) 2010/2011*. Retirado de <http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000472.pdf>
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). (2011b). *Pesquisa distrital por amostra de domicílios (PDAD) 2011- indicadores sociais: Retrato das regiões administrativas*. Retirado de http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/politicas_sociais/Indicadores_Sociais_PDAD_2011.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (2016). *Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde*. Retirado de http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cicis/index.html
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Capítulo II dos Direitos Sociais, Artigo 6º. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Creswell, J. W. (2007). Uma estrutura para projeto. In J.W. Creswell. *Projeto de pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto* (2ª ed., pp.21-39). Porto Alegre: Artmed.
- Declaração de Alma-Ata (1978). In *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Retirado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. (2011). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Retirado de <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011>
- Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011*. (2011). Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Retirado de

- http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm
- Decreto nº 37.057 de 14 de janeiro de 2016. (2016). Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Retirado de http://www.tc.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=1ffda413-ebdb-3edf-bd6e-87db841389d8
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, (9)1, 7-14. Retirado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0171.pdf>
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (2008). O delineamento de pesquisa qualitativa. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H Groulx, R., A. P. Mayer, (Eds.). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis - RJ: Vozes.
- Dionne, H. (2007). A pesquisa-ação para o desenvolvimento local (M. Thiollent, Trad.). Brasília: Liber Livro Editora.
- Domingues, R. M. S. M. (2002). *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: A experiência da maternidade Leila Diniz* (Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz). Retirado de <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5214/2/508.pdf>
- Donato, A. F., & Rosenburg, C. P. (2003). Algumas idéias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da saúde. *Saúde e Sociedade*, (12)2, 18-25. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/03.pdf>
- D'Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M., Gusman, C. R., Torres, J. A.,...Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S154-S168. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
- Duchiade, M. P., Carvalho, M. L., & Leal, M. C. (1989). As mortes em domicílio de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986: Um 'evento sentinela' na avaliação dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 5, 251-63. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000300002&lng=en&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X1989000300002
- Educação em saúde. (2016). In Biblioteca Virtual em Saúde, *Descritores em ciências da saúde*. Retirado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decclocator/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&p>

age=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=DECS&q=&index=tw&tree_id=I02.233.332&term=educa%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde

- Escalda, P. M. F., Martins, A. M., & Barbosa, L. M. M. (2015). Redução da mortalidade materno-infantil: Exercitando o diálogo entre a universidade e o movimento social. In Erlando da Silva Rêses (Ed.), *UnB e movimentos sociais* (pp. 149-164). Belo Horizonte: Fino Traço.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. doi: 10.1590/1413-81232014193.01572013
- Flick, U. (2009). Codificação e categorização. In *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed., pp. 276-297, J. L. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Flores, O. (2007). *O agente comunitário de saúde: A caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde* (Tese de doutorado, Universidade de Brasília). Retirado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/5301>
- Fonseca Neto, M. D. (2008). *Tempo de nascer: O cuidado humano no parto e no nascimento* (2ª ed.). Fortaleza: Ronda.
- Freire, P. (1979). *Educação e mudança* (12ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (47ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2008). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (38ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T.,...Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376, pp. 1932-58. Retirado de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61854-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61854-5.pdf)
- Frias, P. G., Navarro, L. M., (2013). Crianças: Sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In S. D. A. Bittencourt., M. A. B. Dias, & M. D. Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 91-122). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Frias, P. G., Navarro, L. M., Gama, S. G. N., Torres, R. M. C., & Bittencourt, M. A. B. (2013a). Outros sistemas de informação em saúde e indicadores de saúde. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias, & M. D. Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 171-200). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.

- Frias, P. G., Navarro, L. M., Gama, S. G. N., Dias, M. A. B., & Viola, R. C. (2013b). Comitês de mortalidade: A sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias, & M. D. Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 247-264). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. (2011). *Guia dos direitos da gestante e do bebê*. Retirado de http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf
- Furtado, J. P. (2001). Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 165-181. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&tlng=pt.
- Furtado, J. P. (2012). Avaliação de programas e serviços. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 715-740). São Paulo: Hucitec.
- Goldberg, M. (1994). Este obscuro objeto da epidemiologia. In D. C. Costa (Ed.), *Epidemiologia: Teoria e objeto* (2ª ed., pp. 87-136). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Gomes, R. A. L. (2007). *A comunicação como direito humano: Um conceito em construção* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco). Retirado de http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/midia/gomes_comunicacao_como_dh.pdf
- Gruskin, S., Hilber, M., Kismodi, E., Lincetto, O., & Roseman, M. J. (2008). Using human rights to improve maternal and neonatal health: History, connections and a proposed practical approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 577-656. Retirado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/07-050500/en/>
- Hartz, Z. M. A., Champagne, F., Leal, M. C., & Contandriopoulos, A. P. (1996). Mortalidade infantil 'evitável' em duas cidades do nordeste do Brasil: Indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 30(4), 310-318. doi: 10.1590/S0034-89101996000400004
- Ibiapina, I. M. L. M. (2008). *Pesquisa colaborativa: Investigação, formação e produção de conhecimento*. Brasília: Líber Livro.
- Inovação. (2016). In Biblioteca Virtual em Saúde, *Descritores em ciências da saúde*. Retirado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?tree_id=J01.897&term=tecnologia&tree_id=SH1.020.010.090&term=inova

cao

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). Censo Demográfico 2010. *Agglomerados subnormais*. Retirado de <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010RgaAdAgsn.asp?o=19&i=P>
- Jannotti, C. B., Silva, K. S., & Perillo, R.D. (2013). Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In S. D. A. Bittencourt, M. A. B. Dias, & M. D. Wakimoto (Eds.), *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* (pp. 51-90). Rio de Janeiro: EAD / Ensp.
- Labonte, R. (1996). *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Retirado de <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Labonte%20Health%20Promotion%20and%20Empowerment%20Report.pdf>
- Lansky, S., França, E., & Leal, M. C. (2002). Mortalidade perinatal e evitabilidade: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 759-772. doi: 10.1590/S0034-89102002000700017
- Laurenti, R., Mello-Jorge, M. H. P., & Gotlieb, S. L. D. (2000). Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 23-30. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100003
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 15(2). Retirado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/promocion/v16n2/179.pdf>
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005*. (2005). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007*. (2007). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

- Lei nº 13.243 de 11 de janeiro de 2016.* (2016). Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação. Retirado de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm
- Lewycka, S., Mwansambo, C., Rosato, M., Kazembe, P., Phiri, T., Mganga, A.,...Costello, A. (2013). Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): A factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, *381*(9879), 1721-1735. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61959-X
- Lopes, M. E. L., Domingos Sobrinho, M., & Costa, S. F. G. (2013). Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *22*(3), 819-825. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300031&lng=en&tlng=pt
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: Análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, *18*(2), 304-311. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&tlng=pt
- Machado, C. B., & Silva, M. G. C. (2009). Glossário de gestão em saúde: Terminologia para uso na gestão. Fortaleza: UECE.
- Mandú, E. N., Antiqueira, V. M. A., & Lanza, R. A. C. (2009). Mortalidade materna: Implicações para o programa saúde da família. *Revista Enfermagem*, *17*(2), 278-84.
- Maheirie, K., Urnau, L. C., Vavassori, M. B., Orlandi, R., & Baierle, R. E. (2005). Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: Um relato de experiência. *Psicologia em Estudo*, *10*(3), 537-542. doi: 10.1590/S1413-73722005000300022
- Malta, D. C., Duarte, E. C., Almeida, M. F., Dias, M. A. S., Morais Neto, O. L., Moura, L., Ferraz, W., & Souza, M. F. (2007). Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *16*(4), 233-244. doi: 10.5123/S1679-49742007000400002
- Martins, B. M., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*, *(26)*53, p. 109-116. Retirado de www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2002&dd99=pdf
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores

- que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). Rio de Janeiro: UFRJ-IMS/ABRASCO.
- Merhy E. E. (2000). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mello, D. A. (1996). Debate sobre o artigo de Briceño-León. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1), 23-24. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100008&lng=en&tlng=pt
- Meneghel, S. N., Farina, O., Silva, L. B., Walter, L., Brito, S. G., Selli, L., & Schneider, V. (2008). Histórias de dor e de vida: Oficinas de contadores de histórias. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 220-228.
- Minayo, M. C. S. (2010a). Metodologia de pesquisa social em saúde. In M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed., pp. 39-53.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2010b). Técnicas de análise do material qualitativo. In M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed., pp. 303-360.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2012). O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (32ª ed., pp. 9-23.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. (2016). *Institucional*. Retirado de <http://www.mcti.gov.br/institucional>
- Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. (2001). *Parecer nº 1.133 de 2001 sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição*. Retirado de <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
- Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2016d). *Coordenação Geral de Saúde das Mulheres*. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dapes>
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2016a). *Indicadores e dados básicos (IDB) 2012: Razão de mortalidade materna*. Retirado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03a.htm>

- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2016b). *Indicadores e dados básicos (IDB) 2012: Taxa de mortalidade infantil*. Retirado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01a.htm>
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2016c). *Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal*. Retirado de <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2016e). *Painel de monitoramento da mortalidade materna*. Retirado de <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
- Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. (2016f). *Estatísticas vitais, nascidos vivos, Distrito Federal*. Retirado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnvdf.def>
- Ministério da Saúde. (2016g). Os sentidos da humanização na atenção ao parto e ao nascimento. In: *Manual prático para a implementação da Rede Cegonha* (pp. 7-8). Retirado de <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>
- Ministério da Saúde & Hospital Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. (2015). *Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres*. Retirado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=Protocolos+da+aten%C3%A7%C3%A3o+b%C3%A1sica&index=ti&search_form_submit=Pesquisar
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. (2011). *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. (2006). *Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2004a). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Plano de ação 2004-2007*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2007). *Política nacional de atenção integral à saúde*

- da mulher: Princípios e diretrizes* (1ª reimpr. da 1ª ed. de 2004). Retirado de http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outsos/03052010/2007_PAISM1.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2015a). *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): Manual instrutivo*. Retirado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2012b). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. (2008). *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *As Cartas da promoção da saúde*. Retirado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. (2002). *Proposta de política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proposta_tecnologia.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2009a). *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2013). Mortalidade materna no Brasil: Tendências, principais causas e investigação de óbitos. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, *Saúde Brasil, 2012: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações* (pp. 41-60). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2014). Morbimortalidade materna: Tendências, causas e

investigação de óbitos. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, *Saúde Brasil, 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza* (pp. 41-61). Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2015b). Mortalidade infantil no Brasil. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, *Saúde Brasil, 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas* (pp. 69-92). Retirado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2015c). A vigilância do óbito no Brasil: Trajetória de 2008 a 2015. In Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, *Saúde Brasil, 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas* (pp. 47-68). Retirado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2009b). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal* (2ª ed.). Retirado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2009c). *Glossário temático: Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3ª ed.). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012a). *Diagnóstico no Brasil: Mortalidade em declínio*. Retirado de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32203

3

Ministério da Saúde. (1986). *Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde*. Retirado de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

Ministério da Saúde. (2004b). *Referencial curricular para curso técnico de agente*

- comunitário de saúde: Área profissional saúde*. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf
- Minkler, M., & Wallerstein, N. B. (2002). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3ª ed., pp. 279-311). San Francisco: Jossey-Bass.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32. Retirado de http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html
- Moreira, T. M. M., & Correia, E. C. (2013). Saúde como direito. In M. Z. Rouquayrol & M. G. Silva. (Eds.), *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed., pp. 521-532). Rio de Janeiro: Medbook.
- Moura, D. O. (2008). Comunicação em saúde: apenas remediar ou participar e prevenir? In Medonça, V., Sousa, M. F., Parreira, C., & Simeão, E. (Eds.), *Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade*. Retirado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15477/1/CAPITULO_ComunicacaoSaude_Apenas.pdf
- Novaes, H. M. D., Almeida, M. F., & Ortiz, L. P. (2004). *Redução da mortalidade infantil* (2ª. ed.). São Paulo: OMS/Bireme.
- Oliveira, D. L. (2005). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: Entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 423-431. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300018&lng=en&tlng=pt.
- Organização das Nações Unidas (ONU), Assembleia Geral. (1948). Declaração universal dos direitos humanos (United Nations High Commissioner for Human Rights, Trad.). Genebra: Organização Mundial da Saúde. Retirado de <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declaração%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1996). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª revisão*. (1ª reimpr. da 8ª ed. rev. e ampl., Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português, Trad.). São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Ostermann, A. C., & Meneghel, S. N. (2012). Humanização, gênero e poder nos atendimentos à saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. In A. C. Ostermann, & S. N. Meneghel (Eds.), *Humanização, gênero e poder: Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pedrosa, J. I. S. (2001). Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1(2), 155-165.
- Pedrosa, J. I. S. (2004). Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 617-626. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en&tlng=pt
- Pelicioni, M. C. F., & Pelicioni, A. F. (2007). Educação e promoção da saúde: Uma retrospectiva histórica. *Mundo saúde* (Impr.), 31(3). Retirado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pitta, A. R. (1995). Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para debate. In A. R. Pitta, (Ed.). *Saúde & comunicações: Visibilidades e silêncios* (pp. 239-266). São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A. R. (2002). Por uma política pública de comunicação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 11(1), 85-93. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100009&lng=pt&tlng=pt
- Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000.* (2000). Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Retirado de bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html
- Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005.* (2005). Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html
- Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008.* (2008). Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Retirado de

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
- Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010.* (2010). Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.* (2010). Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.* (2011). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.* (2011). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
- Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011.* (2011). Dispõe sobre planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Retirado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.* (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.* (2013). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Retirado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.* (2013). Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

- Portaria nº 47 de 13 de março de 2014 (2014)*. Institui o mapa de vinculação da gestante à maternidade no Distrito Federal. Retirado de <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Mar/14/portaria-no-47-de-13-de-marco-de-2014-institui-o>
- Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. (2015)*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
- Programa das Nações Unidas. (2015a). *Os objetivos do milênio*. Retirado de <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>
- Programa das Nações Unidas. (2015b). *Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para um mundo sustentável*. Retirado de <http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>
- Prost, A., Colbourn, T., Seward, N., Azad, K., Coomarasamy, A., Copas, A,... Costello, A. (2013). Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 381(9879), 1736–1746. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60685-6
- Rangel-S, M. L., Guimarães, J. M., & Belens, A. (Eds.). 2014. *Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação*. Salvador: EDUFBA.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde. (2008). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações* (2ª ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Reis, D. C. (2006). Educação em saúde: Aspectos históricos e conceituais. In M. F. Gazzinelli, D. C. Reis, & R. C. Marques (Eds.). *Educação em saúde: Teoria, método e imaginação* (pp. 19-24). Belo Horizonte: UFMG.
- Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, de 07/11/2001. (2001)*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Retirado de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, de 20/06/2014. (2014)*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Retirado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

- Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 5, de 15/03/2011.* (2011). Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a formação de professores de psicologia. Retirado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 41, de 03/03/1993.* (1993). Conselho Nacional de Saúde. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1993/Reso041.doc>
- Rodrigues, B. A. (1979). *Fundamentos de Administração Sanitária* (2ª ed.). Brasília: Senado Federal.
- Rosen, G. (1994). A era biológica e suas consequências. In G. Rosen, *Uma história da saúde pública* (2ª ed., M. F. S. Moreira & J. R. A. Bonfim, Trads., pp. 253-356). São Paulo: Hucitec.
- Rozemberg, B. (2012). Comunicação e participação em saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 741-766). São Paulo: Hucitec.
- Santos, J. L. F., & Westphal, M. F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), 71-88. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007&lng=en&tlng=pt.
- Schmidt, S. M. S. (2008). *O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica* (Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina). Retirado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92159>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Coordenação de Informação e Análise de Dados em Saúde. (2011a). *Relatório epidemiológico de eventos vitais Distrito Federal, 2009*. Retirado de <http://www.saude.df.gov.br/images/Subsecretarias/SVS/DIVEP/relatorios/vitais/2008-9.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2012). *Plano de Ação da Rede Cegonha*. Retirado de <http://www.agecom.df.gov.br/sites/100/163/00012607.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2015). *Relatório*

- epidemiológico sobre óbitos maternos no Distrito Federal - 2014*. Retirado de http://www.saude.df.gov.br/images/Subsecretarias/SVS/DIVEP/relatorios/vitais/Relatorio_Epid_Sobre_obitos_Maternos_DF_2014_Final.p
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016a). *Dados e indicadores epidemiológicos 2010*. Retirado de <http://www.saude.df.gov.br/images/Subsecretarias/SVS/DIVEP/relatorios/epidemiologicos/IDB%20DF%202010.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016b). *Dados e indicadores epidemiológicos 2011*. Retirado de http://www.saude.df.gov.br/images/Subsecretarias/SVS/DIVEP/relatorios/epidemiologicos/IDB_DF_2011.pdf
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016c). *Dados e indicadores de mortalidade 2012*. Retirado de <http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/Dados%20e%20Indicadores%20de%20Mortalidade%202012.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016d). *Dados e indicadores de mortalidade 2013*. Retirado de http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/DIVEP/Dados_e_Indicadores_de_Natalidade_2013.xlsx
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016e). *Dados e indicadores de mortalidade 2014*. Retirado de http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/idb2014_mortalidade.pdf
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. (2016f). *Relatório dos Serviços Médico-Hospitalares da SES/DF, 2014*. Retirado de http://www.saude.df.gov.br/images/Dados%20Estatisticos/Relatorio_dos_Serv_Hosp_e_Consultas_2014.pdf
- Serapioni, M., Lopes, C. M. N., & Silva, M. G. C. (2013). Avaliação em saúde. In M. Z. Rouquayrol, & M. G. Silva (Eds.), *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed., pp. 533-557). Rio de Janeiro: Medbook.
- Silva, R. R., & Brandão, D. (2003). Os quatro elementos da avaliação. *Instituto Fonte*. Retirado de http://www.fonte.org.br/sites/default/files/Silva%20RR%20et%20al_Os%20quatro%20elementos%20da%20Avaliacao_artigo.pdf
- Soares, S. M., & Ferraz, A. F. (2007). Grupos operativos de aprendizagem nos serviços

- de saúde: Sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery*, 11(1), 52-57. doi: 10.1590/S1414-81452007000100007
- Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica. (2002). *Estatuto da Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica (PROTEC)*. Retirado de <http://www.protec.org.br/uploads/paginas/file/ESTATUTOS%20SOCIAIS%20-%20PROTEC.pdf>
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D., & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-153. Retirado de http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf
- Stotz, E. N. (2004). Os desafios para o SUS e a educação popular: Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, *Ver – SUS Brasil: Cadernos de textos* (pp. 286-301). Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
- Syme, S. L. (2004). Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing chronic disease: public health, research, practice and policy*, 1(1), 1-5. Retirado de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/pdf/03_0001.pdf
- Tecnologia. (2016). In Biblioteca Virtual em Saúde, *Descritores em ciências da saúde*. Retirado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocator/?tree_id=&term=tecnologia&tree_id=J01.897&term=tecnologia
- Tecnologia em saúde. (2014). In Biblioteca Virtual em Saúde, *Descritores em Ciências da Saúde*. Retirado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocator/?tree_id=J01.897.115&term=Tecnologia+aplica
- Trevisan, M. R., Lorenzi, D. R. S., Araujo, N. M., & Esber, K. (2002). Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(5), 293-299. doi: 10.1590/S0100-72032002000500002
- Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação* (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Un, J. A. W. (2002). *Visões de comunidade na saúde: Comunalidade, interexistência e experiência poética* (Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz). Retirado de

- http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000102&lng=pt&nrm=iso#top
- United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. Retirado de [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia. (2016). *Matriz curricular*. Retirado de http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_content&view=article&id=509&Itemid=239
- Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2016). *Currículo do Curso de Medicina*. Retirado de <https://www.siga.ufrj.br/sira/temas/zire/frameConsultas.jsp?mainPage=/repositorio-curriculo/48248BDA-92A4-F79E-6CBC-461AB781CD0E.html>
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación Social*. Madrid: Síntesis.
- Vasconcelos, E. M. (2004). Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 67-83. doi: 10.1590/S0103-73312004000100005
- Ventura, M. (2004). *Direitos reprodutivos no Brasil*. Retirado de http://www.unfpa.Ed.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf
- Victora, C. G. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Victora, C. G. (2011). Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
- Vieira-da-Silva, L. M. (2014). *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. Bastos, Gama, S. G. Nogueira, Theme Filha, M. M., Costa, J. V,...Leal, M. C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Supl. 1), S85-S100. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
- Viotti, M. L. R. (2006). Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a mulher, Pequim, 1995. In Frossard H. (Ed.), *Instrumentos Internacionais de direitos das mulheres* (pp. 148-258). Retirado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2006/inst-int.pdf>

- Walker, P. S., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., ...Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378, 1325-38. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60555-2
- White Ribbon Alliance. (2016). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Retirado de http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf
- World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer (2010). *Working individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (1998). *Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers*. Retirado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>
- World Health Organization. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
- World Health Organization. (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Retirado de http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf
- World Health Organization. (2016a). *Health Information and Intelligence Platform (HIIP)*. Retirado de <http://hiip.wpro.who.int/>
- World Health Organization. (2016b). *Maternal mortality countries profiles*. Retirado de http://www.who.int/gho/maternal_health/countries
- World Health Organization. (2016c). *Levels & trends in child mortality: Report 2015*. Retirado de http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf
- World Health Organization. (2016d). *Maternal mortality: Situation*. Retirado de http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/
- You D., Hug L., Ejdemo S., Idele P., Hogan, D., Mathers, C.,...Alkema, L. (United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation). (2015). *Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN*

Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Lancet, 386(10010), pp. 2275-2286. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00120-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00120-8)

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology, 18(1)*, 169-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00922695>

ANEXOS

Anexo A. Estrutura de Análise dos Determinantes da Mortalidade Infantil

Distais/Gerais	Intermediários	Proximais
Fatores socioeconômicos e demográficos	Fatores relacionados à atenção à saúde	Fatores biológicos
Escolaridade da mãe Renda familiar Ocupação da mãe Tipo de moradia Abastecimento de água Coleta de lixo Esgotamento sanitário	Acesso e qualidade da atenção pré-natal História reprodutiva da mulher Tipo de parto Assistência ao parto Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Vacinação Assistência à criança doente	Peso ao nascer Estado nutricional infantil Idade materna Malformação congênita Gestações múltiplas Idade gestacional Morbidade materna

Fonte: Frias e Navarro – 2013 (Adaptado de Mosley e Chen - 1984).

Anexo B. Modelo de Análise dos Determinantes da Mortalidade Materna

→	→	→	→	
GERAIS	← INTERMEDIÁRIOS	← PROXIMAIS		
Ausência/fragilidades das políticas sociais	Restrições de acesso a bens sociais:	Condições gerais de saúde:		
Desigualdades socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • Educação • Saúde • Renda • Trabalho • Propriedade • Segurança pública e pessoal • Autonomia • Participação social 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição, anemia e síndromes carenciais • Doenças infecciosas e parasitárias 		
Fragilidade dos marcos jurídicos normativos		Características individuais sociodemográficas, familiares e reprodutivas:		
Desigualdades de gênero		<ul style="list-style-type: none"> • Idade avançada ou precoce (< 15 anos) • História de complicação em gravidez anterior • Situação conjugal insegura • Multiparidade e grande multiparidade 	Complicações obstétricas	
Ausência/fragilidade da participação democrática da sociedade civil		Acesso restrito a serviço de saúde:		
Discriminações étnico-raciais		<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento reprodutivo • Pré-natal • Parto e puerpério • Ginecológico • Aborto inseguro 	Hemorragia / infecção / Hipertensão associada à gravidez / Trabalho de parto obstruído / Traumas	
		Baixa qualidade de assistência em saúde		Sequela / Morte

Fonte: Jannotti, Silva e Perillo – 2013 (Adaptado de McCarthy J. e Maine – 1992).

Anexo C. Marcos da Política da Saúde Materna

Internacional	
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos / ONU: proteção social à maternidade e à infância (ONU, 1948)
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: consagradas as noções de direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013)
1995	IV Conferência Mundial da Mulher: compromissos dos países em implementar políticas públicas para a promoção dos direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva de sua população (Viotti, 2006)
2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: reduzir a mortalidade materna em três quartos até 2015 (PNUD, 2015a)
2015	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: RMM global < 70 / 100.000 nascidos vivos até 2030 (PNUD, 2015b)
Nacional	
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013)
1988	Constituição brasileira: a proteção à maternidade e à infância é um direito social (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)
1989	Implantação dos primeiros comitês estaduais de mortalidade materna (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013)
1994	Projeto Maternidade Segura (Jannotti, Silva, & Perillo, 2013)
2000	Instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (Portaria nº 569 de 1º/6/2000, 2000)
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (Ministério da Saúde, 2004)
2005	Direito da gestante a acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 /4/2005, 2005)
2007	Direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade (Lei nº 11.634 de 27/12/2007, 2007)
2008	Investigação obrigatória do óbito materno e de mulher em idade fértil (Portaria nº 1.119 de 5/6/2008, 2008)
2011	Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24/6/2011, 2011)
Local	
2014	Mapa de vinculação da gestante à maternidade no DF (Portaria nº 47 de 13/4/2014, 2014)
2015	Estatuto do parto humanizado no DF (Lei nº 5.534 de 28/8/2015, 2015)

Anexo D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto "Redução da mortalidade materna e infantil: uso de tecnologias em saúde – Ceilândia/DF". Nos dias de hoje ainda ocorrem mortes de gestantes e crianças que podem ser evitadas, por isso é importante tratar desse tema e buscar soluções para a prevenção dessas mortes.

O objetivo deste projeto é compartilhar conhecimentos sobre a saúde da mulher e da criança e assim contribuir para a redução da mortalidade da mulher e da criança no futuro.

A sua participação será por meio de conversas sobre a saúde da mulher e da criança em reuniões chamadas de oficinas (em número de aproximadamente seis) e Grupo Focal (um só evento) em local próximo da sua residência cujo endereço será confirmado com antecedência, em datas a serem combinadas com um tempo estimado para realização de cada encontro de no máximo de 4 horas. Todos esses encontros serão gravados em áudio. Você deverá responder a questionários por ocasião desses encontros com um tempo estimado para seu preenchimento de 30 minutos, não existindo, obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para respondê-los, pois será respeitado o tempo de cada uma para seu preenchimento. Não existe a obrigatoriedade para participar das reuniões. Será respeitada a sua vontade de participar ou não das reuniões. Informamos que a Senhora pode se recusar a participar da reunião, a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a Senhora. Não serão aplicados procedimentos que levem a desconfortos e riscos à sua saúde.

Os resultados gerais da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, e serão publicados posteriormente. Será guardado sigilo dos nomes das pessoas participantes desta pesquisa bem como não haverá identificação das pessoas como fonte das informações levantadas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a Luiza de Marilac Meireles Barbosa, professora da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, pelo telefone (61) 81944728.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser tiradas pelo telefone (61) 33760252.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a Senhora que é o sujeito da pesquisa.

Ceilândia – Distrito Federal, ___ de _____ de _____ .

Gestante (Nome/assinatura)

Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Pesquisadora responsável (Nome/assinatura)

Anexo E. Técnicas das Sessões das Oficinas

Técnica	Grupo 1			Grupo 1				Grupo 1			
	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Apresentação com a explicitação de uma característica de si iniciada pela primeira letra do nome											
Descontração dançante ao som de uma música lúdica											
Dramatização											
Roda de conversa											
Estrela de cinco pontas (cinco reflexões)											
Relaxamento ao som de uma música clássica											
Palestra interativa											
Exibição de vídeos: filmes, entrevistas e reportagens sobre pré-natal, parto e nascimento humanizados											

S1: Primeira sessão. S2: Segunda sessão. S3: Terceira sessão. S4: Quarta sessão.

Anexo F. Dramatizações do Grupo 1

Primeiro momento

Na segunda sessão da oficina do grupo 1, dois grupos pequenos de quatro gestantes foram formados para encenar uma situação vivenciada ou conhecida por uma ou mais gestantes em que houve falha de uma atenção humanizada durante a consulta de pré-natal. Uma gestante assumiu o papel de médica e outra representou uma mulher grávida sendo atendida. As encenações seguintes consistiram na rerepresentação das duas primeiras, sob o ponto de vista das gestantes de como deveriam ter acontecido, considerando a aplicação de um bom acolhimento à gestante durante a consulta de pré-natal. O primeiro e o segundo momento das encenações consistiram na apresentação de dois casos com deficiência na atenção humanizada à gravidez. O primeiro momento da encenação foi mostrado pelas gestantes Alfazema e Centáurea, a primeira na representação de médica e a segunda como gestante em atendimento. As gestantes Begônia e Bonina, respectivamente como médica e gestante compuseram o segundo momento da encenação. O terceiro momento da encenação consistiu na rerepresentação do primeiro momento da encenação modificado, revelando aspectos positivos na atenção humanizada ao pré-natal, desta vez conduzida pelas gestantes Begônia como gestante e Bonina como médica. Na sucessão das encenações, Alfazema e Centáurea, na mesma ordem, nos papéis de médica e gestante, substituíram os pontos negativos por positivos na relação médico-paciente do segundo momento da encenação, criando o quarto momento da encenação.

No primeiro momento da encenação, após os cumprimentos iniciais de saudação, a gestante mostrou o resultado de exames à personagem da médica que não se lembrava de que tinha solicitado. Centáurea indagou à médica Alfazema sobre o significado do resultado. Foi respondido de forma lacônica que estava tudo normal e que podia sair da consulta para ir agendar a próxima. Centáurea não saiu logo da sala e comunicou à Alfazema que os episódios de azia e enjoos estavam lhe incomodando muito, pediu-lhe então para trocar os medicamentos antes prescritos para esses problemas já que os mesmos não estavam fazendo efeito. Alfazema indagou que remédios tinham passado. Centáurea lhe respondeu e teve como retorno que o tratamento era esse mesmo. A gestante insistiu na troca das medicações e inclusive interrogou se um determinado medicamento poderia ser tomado. Mais uma vez a resposta médica foi de que tudo isso que Centáurea estava passando era normal. Não conformada, Centáurea reiterou sua pergunta se nenhum medicamento novo seria indicado, se a sua sintomatologia era mesmo normal. A médica retrucou que tudo que a gestante estava sentindo iria passar e emitiu uma mensagem de despedida, encerrando a consulta.

Dramatizações do Grupo 1

Segundo momento

Begônia informou inicialmente que encenaria após a leitura do resumo da história a apresentar que foi inspirada num caso real que lhe aconteceu. Criticou as atitudes dos médicos na vida real que geralmente não examinam a gestante de forma adequada, não explicam o resultado dos exames, não informam da indicação de cada medicamento prescrito, enfim não se comunicam com sua paciente. Acrescentou que todo esse quadro gera uma insegurança na gestante para aderir ao tratamento tal como lhe ocorreu. Foi informado por Begônia que chegou à consulta médica e mostrou o resultado de seus exames. A partir daí começou a encenação.

No papel de médica, Bonina informou que houve uma pequena alteração nos exames, mas sem especificá-la. Begônia reagiu indagando que medicamento então iria tomar. A médica apontou para o nome do remédio que anotou na receita. Durante quanto tempo tomaria o referido fármaco perguntou a gestante. A resposta foi dada acompanhada da mensagem de que já podia ir embora da consulta. Mais nenhuma explicação foi prestada e assim foi concluída a encenação da consulta.

A leitura do texto de Begônia prosseguiu, informando que o médico dessa história na vida real não lhe deu oportunidade de esclarecer suas dúvidas. Ele marcou nos exames da gestante a palavra toxoplasmose e prescreveu os medicamentos. Begônia saiu da consulta achando que estava com essa doença, conhecida por ela como doença de gato, e que os remédios passados eram para tratar essa patologia. Ao chegar a sua residência contou para sua mãe e para todo mundo que estava com a doença de gato e então se desfez de seus animais de estimação. Sabia que era uma doença grave, prejudicial ao feto.

A consulta seguinte de pré-natal de Begônia ocorreu com uma enfermeira que lhe esclareceu do medicamento prescrito pelo médico. Era um antibiótico para tratar uma infecção urinária. Adicionou a informação que a sorologia para toxoplasmose havia indicado infecção antiga no passado, significando imunidade no presente para essa doença. Begônia finalizou sua fala, lamentando que a falta de comunicação na consulta médica deixou-a aflita, levando a crer que estava acometida de uma grave enfermidade, tendo inclusive se livrado de seus bichinhos. Acusou o médico por toda essa situação gerada que poderia ter sido evitada se ele tivesse elucidado o resultado do exame para toxoplasmose. Levantou a questão: por que ele não explicou mais, já que passou tantos anos estudando sobre a doença?

Dramatizações do Grupo 1

Terceiro momento

O terceiro e o quarto momento das encenações foram improvisados a partir dos dois primeiros momentos apresentados, e diferentemente da primeira fase da atuação, não houve combinação prévia das falas que aconteceriam. As personagens do terceiro momento da encenação foram as gestantes Begônia e Bonina, sendo a primeira caracterizada como médica e a segunda como gestante na consulta de pré-natal que dava outro rumo à história do primeiro momento da encenação.

O terceiro momento da encenação estreou com uma troca de saudações, tendo logo em seguida a pergunta da médica de como a gestante estava passando. Begônia queixou-se que não estava bem por apresentar dor no baixo ventre e pediu a opinião da médica se já estaria se aproximando o seu parto. A figura médica respondeu de forma explicativa sobre as alterações fisiológicas da gravidez que produzia o referido quadro mencionado pela gestante. Begônia inquiriu se havia necessidade de tomar algum medicamento e obteve como resposta a indicação de dois fármacos utilizados rotineiramente pelas grávidas. A paciente conferiu com sua médica que a finalidade da medicação seria só para amenizar o sintoma. Bonina tranquilizou Begônia de que o seu quadro representava gravidade. Sentindo-se suficientemente esclarecida e aliviada, Begônia se despede da doutora, externando seu agradecimento.

Dramatizações do Grupo 1

Quarto momento

Alfazema fazendo as vezes de médica e Centáurea no lugar de gestante compuseram o quarto momento da encenação, modificando a consulta de pré-natal do terceiro momento ao conferir-lhe um caráter de atenção humanizada à gravidez. A gestante colocou à tona para a médica as suas inquietações sobre toxoplasmose logo em seguida aos cumprimentos iniciais de saudação. Queria saber em que consistia essa doença, causada de que, se estava relacionada a gato e a outros animais e se os medicamentos prescritos eram para seu tratamento. De forma bem clara, Centáurea esclareceu que se tratava de uma infecção urinária, explicando seu agente causal, a terapêutica a ser feita, a necessidade de o parceiro ser também tratado, as possíveis complicações no caso de não haver adesão ao tratamento, como danos para o feto e até mesmo o aborto. A médica tranquilizou a gestante que ela ficaria bem com o tratamento indicado, todavia se não evoluísse bem, seu caso seria estudado com novos exames, pois o importante era o conceito estar bem. Alfazema após todas as explicações detalhadas, indagou se Centáurea tinha entendido tudo. Esta se pronunciou que passou a entender com a explicação dada. Após as dúvidas dirimidas, a médica realizou o exame físico da grávida e do seu feto. Em seguida foi dada a orientação de que se houvesse piora na evolução do quadro, procurasse de imediato a emergência hospitalar, mas que também buscasse uma maneira de passar na unidade básica de saúde para sua avaliação. Uma vez que Centáurea afirmou estar esclarecida, Alfazema despediu-se de sua paciente, desejando-lhe boa sorte.

Anexo G. Diálogos da Dramatização de um Pré-Natal Humanizado

As falas da locutora foram extraídas do texto “Pré-natal: um diálogo com a vida”, de Manoel Fonseca Neto.

Nomes fictícios:
Gestante: Iraci.
Médica: Magna.
Locutora: Marisa.

Primeira encenação: primeiro momento da consulta do pré-natal

A médica Magna vai até a porta do consultório e chama a gestante Iraci.

Fala da médica:

Sra. Iraci (chamando-a num tom mais alto de voz para que a gestante ouça da sala de espera). Boa tarde! (é dito quando a gestante chega até a porta do consultório).

Fala da gestante:

Boa tarde, Doutora Magna!

Ao mesmo tempo em que diz boa tarde, a médica com sorriso nos lábios estende a mão para a gestante cumprimentando-a, olhando-a em seu rosto. Após o aperto de mão, a médica pede a gestante para entrar na sala e sentar-se.

Fala da locutora:

O primeiro componente do pré-natal é o acolhimento, que pode se iniciar com uma saudação, um aperto de mão e um olhar no rosto. A grávida precisa sentir que o profissional está ligado em sua pessoa e que este encontro é importante. Um toque especial deste momento é o reconhecimento de sua identidade social, chamando-a pelo nome.

Segunda encenação: segundo momento da consulta do pré-natal

Fala da médica:

Como está Dona Iraci? Tudo bem com a senhora e seu bebê? Algum problema surgiu da consulta mais recente para esta?

Fala da gestante:

Os enjoos passaram. Estou muito alegre por sentir meu bebê se mexer bastante. Tenho receio se minha gravidez vai evoluir para parto normal ou se precisará de cesárea.

Fala da médica:

Que bom ter passado essa fase dos enjoos. Sentir os movimentos do bebê é sinal de vitalidade, ou seja, o bebê está bem, dizendo “estou vivo, sintam-me mamãe”. Sua gravidez vem evoluindo bem, os exames feitos por ocasião de suas consultas de pré-natal estão com resultados normais. A senhora será acompanhada em consultas nesta unidade de saúde até o trabalho de parto, pois não existe alta do pré-natal. Apenas 15% das mulheres grávidas é que tem indicação de parto cesariano. Fique tranquila, pois tudo está transcorrendo para que aconteça um parto normal via vaginal.

Fala da gestante:

Doutora Magna, suas palavras me deixam mais calma. Confio muito na senhora como médica.

Fala da locutora:

O segundo momento é o da escuta, quando o profissional estabelece um diálogo que permita à gestante expressar suas queixas, preocupações, temores e alegrias relacionadas com a gravidez. Este momento é fundamental para fortalecer o vínculo e a confiança da gestante, preparando-a e deixando-a a vontade para a fase seguinte.

Terceira encenação: terceiro momento da consulta do pré-natal

Fala da médica:

Agora, Dona Iraci, vou examiná-la. A senhora será pesada. Sua pressão arterial será verificada. Vou tirar a medida da altura do útero. Será feita a escuta do coração do seu bebê com o aparelho sonnar que mede os batimentos cardíofetais. Todos esses exames são importantes para avaliar se está tudo bem com a senhora e seu bebê. Se tiver alguma dúvida, pode me perguntar.

Fala da locutora:

Tum-tá! Tum-tá! Tum-tá! Tum-tá!

Fala da gestante:

É maravilhoso ouvir os batimentos do coração de meu bebê!

Fala da médica:

Anotei todos esses exames realizados hoje no cartão da gestante. Está tudo bem. Parabéns, Dona Iraci!

Fala da locutora:

O terceiro momento é para o do contato físico respeitoso, mas minucioso e revelador, pois nele há o reconhecimento e a aceitação da gestante de que seu corpo é um santuário, mas que precisa ser observado, auscultado, tocado por outro ser que exerce, neste momento, o papel de sacerdote ou sacerdotisa. Este é um momento mágico onde cada gesto precisa ser explicado e consentido. É o momento, talvez, mais importante do pré-natal: o exame físico. Quando se revelam sinais do corpo relativos à evolução da gravidez e crescimento do bebê. Seria um bom momento para estimular o contato físico, mental e espiritual da gestante e mesmo do pai com o bebê durante a ausculta cardíofetal.

Quarta encenação: quarto momento da consulta do pré-natal

Fala da médica:

Dona Iraci, vou lhe explicar sobre o que significa o resultado de cada um dos seus exames bem como sobre a dieta alimentar mais adequada nesse momento. Seus exames estão assim, assim e assim, que significa isto, isto e isto. Quanto à orientação alimentar, faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia. Alguma dúvida?

Fala da gestante:

Sim, Doutora Magna, tenho uma dúvida. Posso tomar líquidos durante as refeições, junto ao almoço e jantar?

Fala da médica:

Dona Iraci, evite consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de azia. Prefira consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras. Se possível, coma frutas, legumes e verduras em todas as suas refeições e lanches do dia. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras que são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna.

Fala da gestante:

Sim, Doutora Magna, vou cuidar de comer mais frutas, legumes e verduras.

Fala da locutora:

O quarto momento é o do aconselhamento, quando o profissional procura pactuar com a gestante os novos cuidados. Os exames laboratoriais anteriores são explicados e comparados, tendo-se o cuidado de não causar “iatrogenia psicológica”, apavorando a gestante, ao interpretar, de forma intempestiva, resultados que, muitas vezes, fazem parte da própria fisiologia da gravidez. Esta é a fase de discutir dieta, cuidados com o corpo, respiração e postura, relações com o parceiro, explicações sobre a medicação prescrita, se for o caso, e os novos exames a serem realizados, quando necessários.

Quinta encenação: quinto momento da consulta do pré-natal

Fala da médica:

Bem, Dona Iraci, se não há mais dúvidas da sua parte, espero-a na sua próxima consulta de pré-natal. Cuide-se bem de si e de seu bebê. Aliás, qual é o nome a ser dado à sua criança?

Fala da gestante:

Doutora Magna, meu marido e eu estamos decidindo o nome. Será um desses: Augusta, Beatriz, Cíntia, Dorotéia, Elza, Feliciano ou Gina (São os nomes fictícios das filhas das gestantes do grupo).

Fala da médica:

Dona Iraci, lindos nomes vocês estão escolhendo. Então até a próxima consulta.

Fala da gestante:

Até logo, Doutora Magna, saio satisfeita por tirar minhas dúvidas e ser tão bem acolhida pela senhora. Até a próxima consulta.

A médica acompanha a gestante até a porta. Ocorre um aperto de mão entre a médica e a gestante, entreolhando-se, ambas com sorrisos nos lábios.

Fala da locutora:

O quinto momento, finalmente, é o da despedida, que deve ser semelhante ao do acolhimento: um olhar no rosto, uma saudação, o chamamento pelo nome, um apelo para cuidar-se bem e cuidar do bebê. Um toque final seria perguntar se o bebê já tem nome e, caso positivo, anotá-lo na ficha do pré-natal.

O pré-natal deve ser um momento mágico de diálogo com a vida, de troca de afetos respeitosos, de fortalecimento de autonomia, da dignidade humana e da consciência de compartilhamento e corresponsabilidade entre o profissional de saúde e a gestante e do reconhecimento e proteção do bebê.

Anexo H: Percepção das gestantes sobre a atenção ao parto, nascimento e puerpério

Transcrições das cartelas da terceira sessão da oficina do grupo 1 de gestantes:

Bom, quando eu ganhei o meu primeiro filho há quase vinte anos em um hospital de Minas Gerais, uma criança nasceu no chão, pois a mãe não teve um acompanhamento adequado das enfermeiras que deviam acompanhá-la nesse momento de muita dor e desconforto. Por mais que não seja a primeira gravidez, seria muito importante ter uma companhia bem humanizada nesta hora. Carinho é tudo pra quem está tão nervosa. (Alfazema)

Em minha opinião no período de internação, seria muito importante a permanência de uma enfermeira ao seu lado da mulher no momento de contrações. Por não ter um enfermeiro por gestante, seria prático ter um acompanhante por gestante. (Acácia)

No hospital eles deveriam dar mais atenção para as mulheres que não têm passagem para um parto normal, porque eles forçam o parto normal até o último momento e acabam passando por uma dor desnecessária. (Bonina)

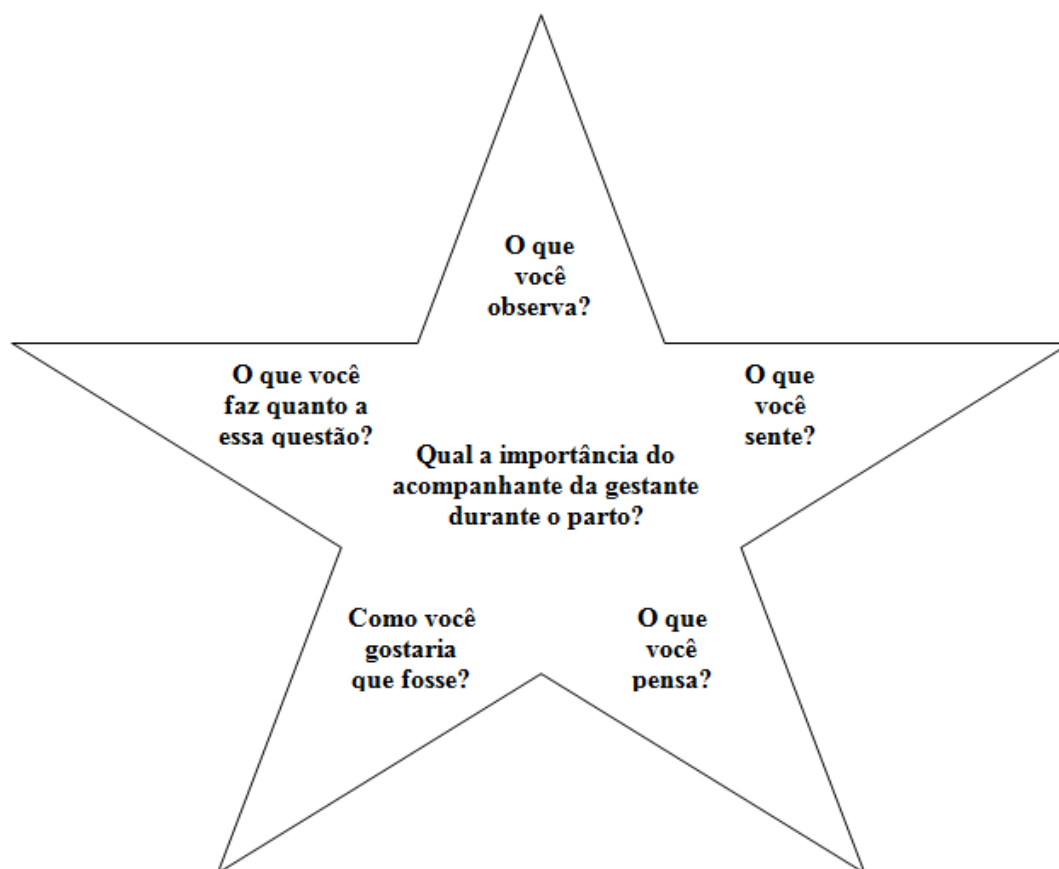
No hospital o pessoal não chama a gestante pelo nome. (Amamélis)

No trabalho de parto tanto no hospital do HMIB quanto no de Ceilândia, no meu caso, faltou atenção dos profissionais. Eles não me observaram durante o trabalho de parto, mesmo eu não fazendo escândalo, quanto na hora do nascimento. Meus dois filhos, eu ganhei sozinha. (Amarilis)

Eles poderiam dar mais atenção depois do rompimento da bolsa. (Angélica)

Há falta de atenção para com os pacientes. Atender melhor com mais carinho. Alguns atendem bem, mas outros, ruim. (Anis)

Falta de atenção. Bom, não tenho muita experiência, mas eu acho que deveriam ter mais respeito com as mãezinhas. Eles não dão a mínima para elas, quando entram em trabalho de parto. Bom, no meu ponto de vista, deveriam ter mais atenção com a gente na hora do parto. Muitas não têm como ter um parto normal, aí eles tacam soro para induzir o parto. Eu acho isso uma falta de respeito com as mãezinhas. É isso, eles poderiam fazer uma cesariana. Só acho. (Anis)

Anexo I. Estrela de Cinco Pontas para Reflexão

Conversem e troquem opiniões sobre as questões constantes na estrela de cinco pontas.

Anexo J. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 015/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 11 de janeiro de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA (com vistas à Gerência de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família) – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 230/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL: USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE – CEILÂNDIA/DF” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 10/01/2012

Validade do parecer: 10/01/2014

Pesquisador responsável e telefone: LUZIA DE MARILAC MEIRELES– (61) 3376-7487

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL-CEPSES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesad@saude.df.gov.br
SMN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

Anexo K. Parecer do Comitê de Ética à Emenda do Projeto

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Projeto Nº.
230/2011**

EMENDA A PROJETO**I – IDENTIFICAÇÃO**

Título: - “Redução da Mortalidade Materno-Infantil: uso de tecnologia em Saúde – Ceilândia/DF..”

Pesquisador responsável: - Profissional de saúde

Data de Entrada no CEP: 06/01/2014

Data de Redistribuição ao relator: 14/01/2014

II – INTRODUÇÃO: MOTIVO(S) DA EMENDA

- 1- “Inicialmente a pesquisa foi proposta para atuar no Setor Habitacional Sol Nascente e Setor Habitacional Pôr do Sol de Ceilândia, propõe-se agora sua aplicação somente na área do Setor Habitacional Sol Nascente de Ceilândia.
- 2- Ampliação da investigação em campo até 10 de janeiro d 2015, por isso solicita-se a prorrogação do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF que vinda em 10 de janeiro de 2014 por mais um ano.
- 3- Atualização do telefone de referência da pesquisadora que não é mais o número (61) 3376-7487, e sim o (61) 3376-0252.

Apresento as justificativas para as alterações supramencionadas:

- 1- Revisou-se que basta como área de estudo o SHSN que reúne as condições suficientes para atender os propósitos da pesquisa: número necessário de gestantes, que é a população de investigação, por ser mais populoso que o SHPS; região de desfavoráveis condições socioeconômicas (até mais desfavoráveis que o SHPS), bem representativa do contexto social que se deseja abordar; presença de mulheres de movimentos sociais que vão participar das oficinas previstas e que residem e têm atuação no SHSN.
- 2- Esta pesquisadora por ter acumulado tarefas de sua atividade profissional de ensino, no período inicialmente previsto para sua pesquisa, não conseguiu cumprir as atividades da pesquisa de campo que requerem um largo espaço de tempo, por incluir gestantes desde o primeiro trimestre de gravidez até após o parto.
- 3- Houve mudança do prédio da instituição em que esta vinculada esta pesquisadora, por isso o seu novo número de telefone de referência.

Página 1

**III – PARECER DO CEP FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E
COMPLEMENTARES:**

As emendas propostas estão em conformidade com a Resolução CNS/MS –
466/2012

IV – EMENDA

Emenda aprovada

Brasília, 27 de janeiro de 2014



Luiz Fernando Salinas
Coordenador CEP/SES-DF

Anexo L. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Pré-Natal

Pré-natal
<ul style="list-style-type: none">• Durante o pré-natal a equipe da unidade de saúde presta atenção à gestante com respeito e dignidade, sem discriminar por raça/cor, religião, idade ou condição social.• A gestante é chamada pelo nome.• A gestante se sente bem acolhida e orientada na unidade de saúde durante seu pré-natal.• A gestante é ouvida com atenção e tem sua dúvida esclarecida pela equipe de saúde.• Ao longo do pré-natal o profissional que atende a gestante presta informações sobre os objetivos do pré-natal, como funciona a unidade de saúde e a importância das consultas, dos exames e das vacinas.• Durante o pré-natal a gestante recebe orientações sobre cuidados gerais com o recém-nascido, valorizando o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.• A gestante recebe explicações sobre a importância das consultas depois do parto.• A gestante recebe a informação de que tem o direito de conhecer o hospital onde ocorrerá o parto.• A gestante visita o hospital indicado para o seu parto.

Nota. As questões deste quadro constaram no roteiro de discussão do Grupo Focal.

Anexo M. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Parto

Trabalho de parto
<ul style="list-style-type: none"> • Quando a gestante procura a maternidade para o parto, encontra sempre vaga para internação ou é transferida para outro hospital. • A gestante é ouvida e tem suas dúvidas esclarecidas. • A gestante tem oportunidade de expressar os seus sentimentos e suas reações emocionais livremente. • A gestante conta com a presença de um acompanhante de sua livre escolha. • A gestante tem acesso a banhos de água morna no chuveiro para alívio das dores. • A gestante tem o direito de escolher a melhor posição durante o trabalho de parto. • A gestante recebe informações sobre a avaliação que é feita sobre o trabalho de parto para saber se está evoluindo bem. • É feito o monitoramento cardiotetral para a avaliação do feto (escuta de vez em quando do coração do feto). • A dilatação do colo do útero é acompanhada por toques vaginais, mas não em número excessivo. • Quando da utilização do soro com hormônio (ocitocina) para acelerar o parto, a equipe de saúde explica a gestante o motivo de seu uso.
Parto e nascimento
<ul style="list-style-type: none"> • O parto normal ocorre sem a Manobra de Kristeller (abdome não é pressionado para auxiliar a expulsão do feto). • O parto normal ocorre sem episiotomia (o corte do períneo). Raras vezes esse procedimento é necessário. • É evitado o corte imediato do cordão umbilical. Há a espera de pelo menos três minutos para ocorrer esse corte. • A gestante que vai fazer cesariana é devidamente informada sobre os motivos da impossibilidade do parto normal.

Nota. As questões deste quadro constaram no roteiro de discussão do grupo focal.

Anexo N. Desfechos Favoráveis na Atenção Humanizada ao Puerpério e à Criança

Puerpério (período depois do parto)
<ul style="list-style-type: none"> • Logo após o parto, o recém-nascido é colocado sobre o corpo da mãe para sentir seu cheiro e calor e ter contato com a mama. • O recém-nascido mama na primeira hora depois do parto. • A mãe e seu filho/filha ficam juntos no mesmo local (quarto, enfermaria). • A mãe tem a orientação que a melhor posição de colocar a criança no berço é a de decúbito dorsal (barriga para cima). • O aleitamento materno é incentivado e explicado na maternidade antes da alta do hospital. • No momento da alta, a mãe e sua família recebem orientações sobre quando e aonde irão fazer a consulta depois do parto e para acompanhamento da criança. • Se em algum momento a gestante precisar ser transferida de uma maternidade para outra, essa transferência será realizada em um transporte adequado (ambulância).
Atenção à saúde da criança
<ul style="list-style-type: none"> • A primeira dose da vacina contra hepatite B é aplicada ainda na maternidade. • A criança passa por diversos exames (triagem neonatal), como o teste do pezinho, olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho. • É explicada à mãe para que servem os exames da criança. • As mães que residem em áreas onde há o ACS recebem a sua visita.

Nota. As questões deste quadro constaram no roteiro de discussão do grupo focal.

Anexo O. Pré-natal: Direitos da Gestante Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acolhimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Bom acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Bom acolhimento • Boa interação com os profissionais de saúde
Acesso a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientações recebidas sobre cuidados com recém-nascido apenas nas palestras 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações recebidas sobre cuidados com recém-nascido nas consultas e palestras

Anexo P. Pré-natal: Direitos da Gestante não Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso limitado a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Faltaram informações sobre o pré-natal, hospital do parto, consulta de revisão de parto Iniciativa: busca informações na comunidade • Dúvidas não dirimidas pelos médicos Iniciativa: insiste para esclarecer • Sem orientações sobre exames médicos necessários 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltaram informações sobre o pré-natal, hospital do parto, consulta de revisão de parto • Dúvidas não dirimidas pelos médicos Iniciativas: a) busca informações com enfermeiro do pré-natal, nutricionista, médico da emergência, médico da ecografia; b) denuncia à ouvidoria a médica que não tira dúvidas • Sem orientações sobre exames médicos a serem feitos na rede privada • Médico não interativo Iniciativa: muda de médico • Discriminação por não ser nulípara e assim não receber mais informações e orientações • Dificuldade de entender mensagem do médico por conta do sotaque estrangeiro
Falhas no acesso aos cuidados da saúde materna	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez por falta de médico na unidade de saúde • Deixa de comparecer à maternidade ao completar nove meses de gravidez, por não estar com o cartão da gestante que havia ficado retido com o agente comunitário de saúde por algum tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso impedido para visitar a maternidade

Anexo Q. Trabalho de Parto: Direitos da Gestante Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acolhimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Vaga encontrada na primeira busca à maternidade • Equipe médica atenciosa (só do segundo hospital para qual transferida após parto) • Avaliação médica periódica 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe médica atenciosa (só do primeiro plantão) • Livre para escolha de posições desejadas • Avaliação médica periódica • Monitoramento cardiofetal
Acesso a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas esclarecidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta qualificada da parte de alguns profissionais de saúde • Informação sobre a evolução da dilatação do colo uterino durante os toques vaginais • Explicação sobre a razão de receber o soro indutor do parto
Apoio de acompanhante	
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum acompanhante 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares como acompanhantes (5 mulheres) • Acompanhante permitido só em tempo parcial • Acompanhante identificou coroamento do feto e avisou à equipe médica • Acompanhante como grande suporte emocional

Anexo R. Trabalho de Parto: Direitos da Gestante não Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso limitado a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Abusos verbais da parte dos médicos • Sem orientações sobre o parto induzido <p style="margin-left: 40px;">Iniciativa: parturiente do leito vizinho é quem explica o significado de parto induzido</p> • Sem informações sobre a evolução do trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Abusos verbais da parte dos médicos • Sem orientações sobre o parto induzido • Profissionais de saúde não se comunicam com as gestantes • Dúvidas não esclarecidas • Sem informações sobre a evolução do trabalho de parto <p style="margin-left: 40px;">Iniciativa: indaga da dilatação após cada toque vaginal</p>
Sem acompanhante	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem acompanhante (6 mulheres) (direito desconhecido: 2; marido impedido: 2; sem pessoa para indicar: 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem acompanhante (5 mulheres) (sem pessoa para indicar: 4; alegação de reforma física do hospital: 1)
Falhas na atenção humanizada	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem avaliação médica periódica • Excesso de toques vaginais • Peregrinando de uma maternidade para outra à procura de vaga • Longa espera em condições desconfortáveis por um leito desocupado • Medicamentos dados sem explicações • Médico não tranquiliza sobre a dor do parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem avaliação médica periódica • Excesso de toques vaginais • Equipe médica rude (do segundo plantão) • Sem liberdade para escolha de posições desejadas • Ameaçada de expulsarem sua mãe se não parasse de gemer • Sem gritar para não reprimenda e deixar de receber atenção médica • Abdome pressionado (Manobra de Kristeller) • Médico não tranquiliza sobre a dor do parto • Sem monitoramento cardiofetal

Anexo S. Parto e Nascimento: Direitos da Puérpera e da Criança Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação da indicação médica da cesariana programada 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação da indicação médica da cesariana programada
Acesso às boas práticas obstétricas	
<ul style="list-style-type: none"> • Parto sem episiotomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto sem episiotomia • Evitado corte imediato do cordão umbilical • Doador o cordão umbilical

Anexo T. Parto e Nascimento: Direitos da Puérpera e da Criança não Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso limitado a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem informação do momento do corte do cordão umbilical • Sem explicação do motivo da indicação da cesariana Iniciativa: perguntou para saber • Sem comunicação sobre os procedimentos médicos aplicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem informação do momento do corte do cordão umbilical • Sem orientação sobre doação do cordão umbilical
Submissão às práticas obstétricas desaconselháveis	
<ul style="list-style-type: none"> • Abdome pressionado (Manobra de Kristeller) • Parto com episiotomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Abdome pressionado (Manobra de Kristeller) • Parto com episiotomia

Anexo U. Período Puerperal: Direitos da Puérpera e da Criança Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o aleitamento materno antes da alta hospitalar • Informações da necessidade das consultas pós-parto e de controle da criança • Apoio de uma enfermeira na orientação do aleitamento materno 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o aleitamento materno antes da alta hospitalar • Apoio da mãe na orientação do aleitamento materno
Boas práticas obstétricas e nascimento humanizado	
<ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele de mãe e filho, após o parto • Aleitamento materno até uma hora após o nascimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele de mãe e filho, após o parto • Aleitamento materno até uma hora após o nascimento
Apoio da rede de atenção materno-infantil	
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de puerpério agendada ao sair do hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso ao banco de leite materno • Visitas regulares da mãe ao berçário até alta hospitalar do recém-nascido • Alta hospitalar só após aleitamento adequado

Anexo V. Período Puerperal: Direitos da Puérpera e da Criança não Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso limitado a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem orientação da posição adequada para colocar a criança no berço • Sem informação sobre o momento adequado das consultas pós-parto e de controle da criança • Sem orientação sobre o aleitamento materno antes da alta hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem orientação da posição adequada para colocar a criança no berço
Deficiência na rede de atenção materno-infantil	
<ul style="list-style-type: none"> • Transferida para outro hospital logo após o parto numa ambulância em precárias condições 	

Anexo W. Atenção à Saúde Infantil: Direitos da Criança Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Apoio da rede de atenção materno-infantil	
<ul style="list-style-type: none">• Primeira dose da vacina contra hepatite B ainda na maternidade	<ul style="list-style-type: none">• Primeira dose da vacina contra hepatite B ainda na maternidade• Orientações do agente de saúde sobre os cuidados com a criança

Anexo Y. Atendimento à Saúde Infantil: Direitos da Criança não Contemplados

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Acesso limitado a informações e orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem explicações sobre as finalidades dos exames da criança 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem receber informações sobre a primeira dose da vacina contra hepatite B
Deficiência da rede de atenção materno-infantil	
<ul style="list-style-type: none"> • Sem contar com o agente de saúde na sua área de residência para orientações de saúde materno-infantil e para agendar consultas da criança e da mulher 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem contar com o agente de saúde na sua área de residência para orientações de saúde materno-infantil e para agendar consultas da criança e da mulher

Anexo X. Aspectos Positivos e Negativos na Avaliação da Atenção Materno-Infantil

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
Aspectos positivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Pré-natal bom • A unidade básica de saúde atende bem • Satisfação com o teste da mãezinha • Bom acolhimento do hospital quando em trabalho de parto (a depender da equipe de plantão) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atribuição ao fator sorte pelo bom atendimento • De um modo geral a atenção à saúde é boa mas tem que melhorar
Aspectos negativos	
<ul style="list-style-type: none"> • Abusos verbais dos profissionais de saúde do hospital • A falta de comunicação entre a unidade básica de saúde e o hospital (pré-natal da gestação de alto risco) gera confusão sobre a realização de exames • Insatisfação por não poder escolher a maternidade de preferência • Atenção muito a desejar para o trabalho de parto • Sensação de abandono da mulher na maternidade • Qualidade do atendimento cai após o parto • Dificuldade para se conseguir consulta de revisão de parto • Consulta da criança agendada com demora 	<ul style="list-style-type: none"> • Abusos verbais dos profissionais de saúde do hospital • Insatisfação com a atuação de um médico que levantou um prognóstico errôneo de data provável do parto • Falta de roupa do hospital para as pacientes da maternidade