



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**BIANCA GONÇALVES ALBUQUERQUE**

**RODA DE CONVERSA COM GESTANTES E FAMILIARES:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RIO DE JANEIRO  
2020**

**BIANCA GONÇALVES ALBUQUERQUE**

**RODA DE CONVERSA COM GESTANTES E FAMILIARES:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.**

**Orientadora: Maria Inez Padula Anderson**

Rio de Janeiro

**2020**

## Ficha Catalográfica

Albuquerque, Bianca Gonçalves.

Roda de conversa com gestantes e familiares: relato de experiência de uma atividade de educação em saúde na estratégia saúde da família. / Bianca Gonçalves Albuquerque. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2020.

67 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Maria Inez Padula Anderson.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 56 -61.

1. Educação em Saúde. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Aprendizagem. 5. Saúde da Família – Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Anderson, Maria Inez Padula. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

### ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às 10h e 30 min do dia 31 de Julho de 2020 teve início a Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: ( ) Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis ; ( x ) Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde; ( ) Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS); ( ) Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS). A dissertação com o título **RODA DE CONVERSA COM GESTANTES E FAMILIARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

foi apresentada pela(o) candidata(o) **BIANCA GONÇALVES ALBUQUERQUE** regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro 118011804 (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, art° 1°", ( ) item 2, com banca remota, presidente da banca e candidato juntos; ( X ) item 3, totalmente remota, com gravação. A Dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **MARIA INEZ PADULA ANDERSON (Presidente), VALERIA FERREIRA ROMANO (1° Ex.), RICARDO DONATO RODRIGUES (2° Ex.)** em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( x ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) APROVADO ( ) NÃO APROVADO à dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Maria Inez Padula Anderson

1º Examinador(a): Maria Inez Padula Anderson

2º Examinador(a): Maria Inez Padula Anderson

Aluno(a)/Examinado(a): Bianca Gonçalves Albuquerque

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e ensinaram-me que o estudo é o melhor caminho a se seguir, me apoiaram apesar de todas as dificuldades encontradas e foram fundamentais para a conquista desta etapa de minha vida.

À minha irmã, que além de irmã é minha melhor amiga, sempre me ouviu, apoiou e me deu as mãos não me deixando cair ou desistir nos momentos mais frágeis pelos quais passei.

Ao meu esposo, amigo e companheiro, que acompanhou a minha jornada desde o início, me apoiou e incentivou em todos os momentos que passei, ficou ao meu lado em todas as fases fáceis e difíceis e esteve sempre presente.

Aos profissionais do Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis e aos residentes e acadêmicos da UFRJ, os quais foram fundamentais neste processo. Foram 4 anos convivendo diariamente, sorrindo e chorando, mas sempre juntos no propósito de proporcionar cuidado aos usuários cadastrados em nossa querida unidade.

Às gestantes e todos os usuários do Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis, os quais proporcionaram meu crescimento pessoal e profissional com as trocas diárias na rotina da unidade e me fizeram buscar a atualização profissional para melhorar o cuidado que é oferecido por mim.

À minha querida orientadora Maria Inez, que me acolheu e aceitou minhas ideias para a elaboração deste trabalho, me auxiliou sempre que necessário e mostrou-se disposta todas as vezes que necessitei de sua ajuda.

Aos professores, coordenadores e alunos do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da UFRJ, nossos encontros às sextas e sábados nunca

serão esquecidos e ficarão para sempre em minha memória. Foi uma etapa árdua, mas nossos encontros tornavam-na mais leve. Que a chama da esperança em um futuro melhor para a APS sempre esteja presente dentro de nós.

## RESUMO

A educação em saúde é uma prática que costuma ser realizada pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A educação bancária, denominada pelo educador Paulo Freire, é um modelo tradicional de educação que desconsidera os conhecimentos prévios, as vivências e os aspectos individuais de cada aprendiz, baseando-se, principalmente, na transmissão do conhecimento. Este modelo é defasado, porém ainda utilizado na área da saúde, onde são realizados grupos educativos para diversas linhas de cuidado. Este estudo tem como objetivo geral analisar a experiência de uma atividade de educação em saúde no modelo de Roda de Conversa para gestantes e familiares, realizada por profissionais atuantes em uma unidade de saúde da família, baseada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A gestação é um período propenso a vulnerabilidades na vida da mulher e de seus familiares. É sabido a importância de ter uma rede de apoio relevante e também uma assistência adequada neste período. Neste sentido, foram utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem na atividade proposta, visando maior êxito nesta atividade de educação em saúde, e proporcionando trocas entre os profissionais de saúde e as gestantes, considerando aspectos sociais, psicológicos e biológicos. A Roda de Conversa foi realizada em 5 encontros, contando com a presença de 8 gestantes, 1 acompanhante e 1 enfermeira residente de saúde da família. Os dados para análise foram coletados através de entrevista semiestruturada, registros e observações acerca dos encontros e as avaliações individuais dos participantes sobre a atividade. O estudo evidenciou a difícil adesão de familiares e gestantes na prática educativa, principalmente devido ao conflito de horários entre os trabalhos e os encontros da Roda. Também foi notória a dificuldade encontrada para a execução da Roda devido ao contexto político de atrasos de pagamentos dos profissionais e reforma da APS, durante a pesquisa. Apesar dos obstáculos, foi verificado através das avaliações e entrevistas com as gestantes, com o familiar e com a residente, que o uso de metodologias ativas propiciou um ambiente de troca de informações entre os participantes, considerando a cultura de cada um, as vivências e realidades singulares, possibilitando um espaço seguro no qual se promoveu saúde e acolhimento para diminuir possíveis anseios e dúvidas

que permeiam o período gravídico-puerperal. Também se destacou a percepção dos profissionais de saúde envolvidos, que consideraram a relevância da experiência e os aprendizados trazidos pelo uso desta abordagem metodológica.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Cuidado Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Aprendizagem.

## **ABSTRACT**

Health education is a routine practice performed by health professionals working in Primary Health Care (APS). Banking education, named by educator Paulo Freire, is a traditional model of education that disregards previous knowledge, experiences and individual aspects of each apprentice, based mainly on the transmission of knowledge. This model is outdated, but still used in the health area, where educational groups are held for different lines of care. This study aims to analyze the experience of a health education activity in the Circle Discussion model for pregnant women and their families, carried out by professionals working in a family health unit, based on active teaching-learning methodologies. Pregnancy is a period prone to vulnerabilities in the lives of women and their families. It is known the importance of having a relevant support network and also adequate assistance in this period. In this sense, active teaching-learning methodologies were used in the proposed activity, focusing on greater success in this health education activity, and providing exchanges between health professionals and pregnant women, considering social, psychological and biological aspects. The Circle Discussion was held in 5 meetings, with the presence of 8 pregnant women, 1 companion and 1 resident nurse in family health. The data for analysis were collected through semi-structured interviews, records and observations about the meetings and the individual evaluations of the participants about the activity. The study showed the difficult adherence of family members and pregnant women to educational practice, mainly due to the conflict of schedules between the work and the meetings of the Circle Discussion. It was also notable the difficulty encountered in the execution of the Circle Discussion due to the political context of late payments by professionals and APS reform, during the research. Despite the obstacles, it was verified through the evaluations and interviews with the pregnant women, the family member and the resident, that the use of active methodologies provided an environment for the exchange of information between the participants, considering the culture of each one, the experiences and unique realities, enabling a safe space in which health and welcome were promoted to reduce possible anxieties and doubts that permeate the pregnancy-puerperal period. Also highlighted was the perception of the health professionals involved, who

considered the relevance of the experience and the lessons learned through the use of this methodological approach.

Keywords: Health Education; Prenatal care; Primary Health Care; Learning.

## **LISTRA DE TABELAS**

Tabela. 1 – Características sociodemográficas dos entrevistados. Rio de Janeiro, 2020, f. 31.

## **LISTRA DE ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIOPS	Sistema de Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b>	13
2	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
2.1	JUSTIFICATIVA	17
2.2	OBJETIVO GERAL	18
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	20
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	20
3.2	BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO	21
3.3	GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
3.4	ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	24
3.5	FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO	27
4	<b>METODOLOGIA</b>	29
4.1	CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO	29
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	30
4.3	ETAPAS DO ESTUDO	31
4.3.1	<b>1ª etapa: Planejamento</b>	31
4.3.2	<b>2ª etapa: Atividade de grupo e os processos a ele relacionados</b>	31
4.3.3	<b>3ª etapa: Entrevistas</b>	32
4.4	COLETA DE DADOS	32
4.5	ANÁLISE	33
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	34
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	35
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES	35
5.2	QUANTO À POSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO	36

5.3	RELATO SOBRE A RODA E COMENTÁRIOS SOBRE OS RELATOS	36
5.3.1	<b>1º Encontro</b>	36
5.3.2	<b>2º Encontro</b>	38
5.3.3	<b>3º Encontro</b>	40
5.3.4	<b>4º Encontro</b>	43
5.3.5	<b>5º Encontro</b>	45
5.4	AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE O GRUPO	46
5.5	DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DA RODA	48
5.6	O QUE PODERIA MELHORAR?	49
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	53
	<b>REFERÊNCIAS</b>	56
	<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
	<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento para coleta de dados	64

## 1 APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira egressa da Universidade Federal Fluminense, local onde desenvolvi meu interesse pela Atenção Primária à Saúde e também pela área de Saúde da Mulher. Após o término da faculdade, em 2015, iniciei a vida profissional em uma unidade da atenção primária, localizado no bairro Cidade Nova, no município do Rio de Janeiro.

Em 2016, iniciei minha especialização em Saúde da Família, pois como enfermeira de equipe e também responsável técnica de enfermagem, senti a necessidade em aprimorar meus conhecimentos para melhorar a qualidade da assistência ofertada. Além disso, a unidade é um centro de saúde escola campo de ensino-aprendizagem para alunos da graduação de enfermagem e medicina, residentes de saúde da família e saúde da mulher, e os responsáveis técnicos de enfermagem e medicina atuam como preceptores. Desta forma é preciso estar capacitado para oferecer também um ambiente propício ao ensino.

Muitas são as responsabilidades demandadas aos profissionais de saúde que atuam em clínicas da família e, no contexto político atual no qual o município e o país se encontram, “sobreviver” com falta de estrutura, insumos, recursos humanos, não é uma tarefa fácil. Por isso e por outros motivos, no final do ano de 2019, com muito pesar, optei por me afastar da linha de frente da saúde da família. Porém, defender o Sistema Único de Saúde é preciso, afinal ele é fruto de luta e persistência. Logo, digo um até breve para a saúde da família, tenho certeza que nos reencontraremos em breve.

A motivação para o tema de Educação em Saúde, com ênfase em grupos educativos com gestantes, deve-se principalmente ao interesse pessoal por esta população atendida na atenção primária à saúde. As gestantes costumam ter muitas dúvidas, questionamentos, medos, incertezas sobre a gestação, sobre o puerpério, sobre cuidados com o recém-nascido e, portanto, é interessante que sejam oferecidos espaços que propiciem discussões sobre este tema.

## 2 INTRODUÇÃO

Este estudo, aos moldes de um relato de experiência, tem por objeto uma atividade de educação em saúde realizada com gestantes e seus acompanhantes em uma unidade de saúde da família.

Considera-se que o tema educação em saúde é de grande relevância no contexto da atenção primária, especialmente se são utilizadas tecnologias leves com base na participação ativa das pessoas na realização destas atividades. Merhy (2003), define as tecnologias leves como as relações interpessoais estabelecidas no trabalho realizado no cuidado à saúde. É caracterizada pela maneira de agir entre os profissionais e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.

O vínculo, a comunicação direta, a troca de saberes, o acolhimento, são essenciais para alcançar resultados satisfatórios nas ações de promoção e educação em saúde. Além disso, estas atividades, focadas nas pessoas e não na doença, permitem explorar as diferentes dimensões que constituem o processo saúde-adoecimento, como: o contexto de vida das pessoas, seus aspectos culturais, socioeconômicos, políticos, filosóficos, sociais e espirituais/religiosos (SALCI et al, 2013).

No início do século XX, sob a ótica do modelo hospitalocêntrico e da visão biologicista das doenças, as responsabilidades pelas ações educativas em saúde costumavam ser atribuídas aos trabalhadores menos qualificados da saúde e da educação. Enquanto os profissionais de saúde realizavam ações principalmente curativistas, os profissionais da educação buscavam realizar ações para mudanças de comportamentos sociais (ALVES; AERTS, 2011). Com o decorrer do tempo, e apesar dos esforços para mudar o enfoque curativista da prática em saúde, ainda é notória a hegemonia destas práticas na realidade cotidiana dos profissionais da saúde.

O modelo de educação em saúde, ainda hegemonicamente desenvolvido, é basicamente assentado na transmissão de informações e, tem sido criticado devido à sua pouca efetividade (Boehs et al, 2007). Duas de suas principais fragilidades estão no caráter prescritivo do processo educacional e por contemplar de forma

insuficiente os aspectos multidimensionais do processo saúde-adoecimento mencionados anteriormente. Os autores acima, reforçam por exemplo, que educação em saúde não pode ser reduzida a atividades que se reportam apenas à transmissão de informação em saúde. Para que as atividades de promoção e educação em saúde sejam exitosas, devem ser baseadas em uma combinação de estratégias de ações educacionais que considerem os aspectos culturais, sociais, econômicos das pessoas, com o objetivo de alcançar ações e mudanças de comportamentos que contribuam para a saúde.

Considera-se, portanto, que realizar atividades de promoção e educação em saúde representa um desafio, considerando a complexidade do seu objeto. (SALCI et al, 2013). Também, vale destacar que, saúde e a educação são práticas sociais que caminham juntas, por isso indissociáveis, se complementam e são essenciais para o progresso da promoção da saúde (FERNANDES; BACKES, 2010).

Paulo Freire, educador, pedagogo e filósofo brasileiro (1921-1997), conhecido mundialmente por sua influência na forma de pensar e agir em pedagogia, denominou o modelo tradicional de educação em saúde como educação bancária. Este tipo de educação foi muito criticado por ele devido à sua lógica de cunho majoritariamente informativo, desconhecendo e desconsiderando a realidade, o contexto e o conhecimento prévios dos estudantes em relação ao tema/assunto que se pretende ensinar. **Educação bancária** seria, então, equivalente a um processo de “depositar” valores e conhecimentos em uma cabeça supostamente “vazia” do educando. Neste modelo não há “diálogo”, a informação é unilateral e verticalizada, colocando o educando como um ser passivo, método bastante distinto daquele proposto por Freire: **um modelo dialógico** (FREIRE, 1987). Em seu livro *A pedagogia da autonomia* (1996), Freire reforça que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

O descontentamento com o modelo tradicional de educação em saúde tornou-se tema da X Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, na qual foram propostas algumas mudanças (ALVES; AERTS, 2011). Nesta conferência, enfatizou-se a importância da formação dos profissionais da saúde em orientar a população de acordo com seus problemas e necessidades sociais. Entretanto, a metodologia

pedagógica ainda ficou muito vinculada a práticas curativistas e hospitalocêntricas. As principais práticas utilizadas nesta época eram as palestras, que apresentavam um tema, muitas vezes sem levar em consideração as necessidades dos participantes ou da população (*ibid*).

Logo, as palestras não deveriam ser consideradas, então, boas práticas de educação em saúde, pois nelas costuma haver mais conteúdo informativo, com menos troca de saberes e de experiências. Além disso, considera o educador, no caso o profissional da saúde, como detentor do saber que deve ser “transferido ao paciente” (SOUZA; HORTA, 2012).

Considera-se que uma prática de educação em saúde, na perspectiva do empoderamento e autonomia dos indivíduos, deve contemplar atividades problematizadoras, pois estas permitem o diálogo entre os profissionais e usuários, promovendo reflexão, que por sua vez colabora para autonomia cidadã, assim como incentiva estes sujeitos a adotarem uma postura ativa em seus ambientes sociais e políticos (FERNANDES; BACKES, 2010).

O empoderamento é definido como “*um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde*” (TADDEO, et al, 2012). Os usuários mais informados, envolvidos e responsabilizados, relacionam-se de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, buscando realizar ações que produzam resultados de saúde e promovendo sua autonomia, ou seja, compreendendo e agindo sobre si mesmo (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Neste sentido, algumas metodologias se mostram mais adequadas a uma educação voltada para o desenvolvimento da autonomia. Por exemplo, a metodologia da problematização procura estimular a autonomia intelectual, visando desenvolver o pensamento crítico e criativo, e deve ser utilizada principalmente em situações cujos temas estejam relacionados com a vida em sociedade (PRADO et al, 2012).

Já a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas, como o próprio nome já diz, utiliza situações/temas, que se transformam em problemas para serem discutidos em grupo pelos usuários que participam das ações educativas (*ibid*).

## Sobre a aprendizagem baseada em problemas:

Esse método de ensino fundamenta-se no uso contextualizado de uma situação problema para o aprendizado autodirigido. Enquanto nos métodos convencionais o objetivo é a transmissão do conhecimento centrada no professor, em conteúdos disciplinares, na Aprendizagem Baseada em Problemas, o aprendizado passa a ser centrado no aluno, que deixa de ser um receptor passivo da informação para ser agente ativo por seu aprendizado. Nesse contexto, o professor atua como orientador ou facilitador nos grupos de trabalho ou estudo, nos quais a interação entre professor-aluno é muito mais intensa do que em aulas puramente expositivas (BARBOSA; MOURA, 2013).

Além das vantagens citadas acima, as atividades elaboradas a partir da problematização partem do conhecimento pré-adquirido da população-alvo, e buscam aprimorar ou complementar seu conhecimento, através do compartilhamento das informações e troca de experiências (SOUZA; HORTA, 2012).

### 2.1 JUSTIFICATIVA

Durante as consultas de pré-natal, muitas vezes o profissional que realiza o acompanhamento das gestantes não tem o tempo adequado para realizar atividades de educação em saúde, que incluam uma adequada troca de informações, um diálogo sobre o trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, mitos sobre a gestação e puerpério, e outros assuntos que possam ser do interesse da gestante.

Os grupos de educação em saúde constituem espaços privilegiados para que essa troca de informações possa ocorrer. Desta maneira, considera-se que oportunizar e relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde pensada como um espaço aberto com o objetivo de promover a troca de informações, o esclarecimento de dúvidas, e o acolhimento de questões relevantes trazidas pelas gestantes, a partir de uma escuta ativa das mesmas e seus acompanhantes, é uma iniciativa relevante pelo seu potencial em apoiar o bom desenvolvimento do pré-natal e o cuidado do recém nato.

Além disso, a realização de trabalhos neste campo da área da saúde pode contribuir de forma significativa como fonte de aprendizado e troca de experiência

para os próprios profissionais de saúde em atividades de educação em saúde para gestantes que sejam baseadas em uma perspectiva dialógica, e não apenas repasse de informação de conteúdos engessados (MATOZINHOS; ALBUQUERQUE; CAETANO, 2011). Como diz Paulo Freire (1996, p. 12) “*Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender*”.

O desenvolvimento de pesquisas no âmbito das atividades de educação em saúde na atenção primária pode, portanto, apoiar o desenvolvimento profissional dos que atuam na rede, contribuindo assim no seu desenvolvimento profissional, levando à oferta de um melhor serviço de saúde aos usuários.

Neste contexto, considera-se justificado este trabalho, que relata a experiência de uma atividade de educação em saúde, aos moldes de uma roda de conversa, realizada com gestantes e seus acompanhantes em uma unidade de saúde da família.

Três aspectos foram disparadores para guiar este Relato de Experiência:

- 1) Explorar a percepção das gestantes, acompanhantes e profissionais sobre a roda de conversa, enquanto atividade de educação em saúde elaborada numa perspectiva de olhar integral e problematizadora.
- 2) A partir da perspectiva das gestantes e seus acompanhantes explorar como a roda de conversa afetou a vivência e a qualidade do período gestacional
- 3) A partir da perspectiva da pesquisadora e da residente explorar se e como a atividade afetou sua visão e prática da assistência ao pré-natal

## 2.2 OBJETIVO GERAL

- Analisar a experiência de uma atividade de educação em saúde para gestantes e familiares, baseada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e realizada por profissionais atuantes em uma unidade de saúde da família.

### 2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, na forma de um relato de experiência, a atividade de educação em saúde denominada Roda de Conversa para as Gestantes e seus acompanhantes em uma unidade de saúde da família;
- Descrever na perspectiva das gestantes e seus acompanhantes, se e como a roda de conversa afetou a vivência e a qualidade do período gestacional;
- Analisar a experiência da roda de conversa, suas fortalezas e fragilidades, destacando suas potenciais contribuições na assistência e acompanhamento do pré-natal.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a base dos sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, é a porta de entrada para o atendimento aos usuários que acessam o sistema único de saúde. Nela são realizadas diversas ações de saúde, como o acolhimento aos usuários, consultas médicas e de enfermagem, realização de procedimentos (curativos, vacinação), educação em saúde, visitas domiciliares, dentre outras ações (CAMILLO et al, 2016; BRASIL, 2017).

No ano de 1993, com a implementação dos incentivos financeiros para os municípios brasileiros disseminarem o Programa de Saúde da Família (PSF), que iniciou o processo de (re)organização do modelo de assistência na atenção primária à saúde, ficou clara a necessidade de ampliação e de novas estratégias na educação em saúde para os cidadãos e sua comunidade, contribuindo assim para torná-los protagonistas de seu próprio cuidado em saúde (BRASIL, 1997).

O PSF, foi pensado primariamente para atender às populações mais vulneráveis, utilizando das iniciativas da Pastoral da Criança e das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tinha uma oferta limitada de ações de saúde, mas esta foi sendo ampliada conforme os recursos foram sendo descentralizados aos municípios (CAMPOS; COHN; BRANDAO, 2016).

O PSF foi reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, devido principalmente a sua capacidade em direcionar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para as necessidades de saúde dos indivíduos e colaborar na mudança do modelo assistencial vigente. Os princípios norteadores para o desenvolvimento da assistência à saúde da ESF estão fundamentados em: centralidade na pessoa no seu contexto familiar e comunitário, vínculo com o usuário, integralidade e coordenação do cuidado, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Com a expansão da ESF, as equipes que compõem as unidades de saúde da família foram desenvolvendo suas atividades e assumindo responsabilidades como: conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e a incentivar a corresponsabilidade e participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos (FERNANDES; BACKES, 2010). Nesta busca as equipes devem executar ações de vigilância em saúde, relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimento de saúde; exercer visitas domiciliares e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas, visando o empoderamento e a autonomia das pessoas, famílias e comunidades.

No ano de 2017, foi lançada uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que apresentou uma flexibilização do modelo de atenção primária no país. Uma de suas alterações é a não obrigatoriedade do profissional ACS nas equipes de saúde da família. A figura deste profissional e as ações desenvolvidas pelos mesmos ficam, então, fragilizadas, como exemplo, as atividades educativas e de promoção da saúde, podendo causar prejuízos nos avanços alcançados no modelo de atenção à saúde da ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Tais mudanças implicam na possível diminuição de atividades educativas a serem realizadas nas unidades de saúde da família, visto que as equipes poderão estar sobrecarregadas com as tarefas a serem executadas na rotina de trabalho.

### 3.2 BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro, até o ano de 2009, apresentava baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família. A organização da APS se dava principalmente através de Centros Municipais de Saúde (CMS) dispersos em locais estratégicos da cidade, e eram compostos por médicos de diversas especialidades (ginecologistas, pediatras, pneumologistas, dermatologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem. A adscrição, acesso e acompanhamento dos usuários não eram instrumentos utilizados de forma efetiva (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Em dezembro do ano de 2008, a cobertura de equipes de saúde da família era de 3,5% no município do Rio de Janeiro, sendo a mais baixa dentre as capitais brasileiras: São Paulo tinha 26,6%, Belo Horizonte 71,5%, Porto Alegre 22,3%, Curitiba 32,6%. Isso mostra um grande atraso na expansão da ESF no Rio de Janeiro, principalmente devido ao financiamento público municipal, que era o menor dentre todas as capitais do país, conforme o Sistema de orçamento Público em Saúde (SIOPS) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Este cenário acima teve mudanças a partir de 2009, quando o governo municipal recém eleito propôs um novo modelo de gestão em saúde, contando com parcerias de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Foi lançado o Programa Saúde Presente com a intenção de expandir a ESF no Rio de Janeiro num curto período de tempo, através da criação das Clínicas da Família (CF) que possibilitaram a ampliação do acesso e melhoria dos serviços de saúde oferecidos (JESUS; ENGSTRON; BRANDÃO, 2015).

O programa implementado pelo novo governo colheu bons frutos, pois de 3,5% de cobertura da ESF em 2009, teve ampliação para 70% ao final de 2016. Além do aumento da cobertura da ESF também foram ampliadas as vagas e criados programas de residências em Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem em Saúde da Família, que contribuíram para “aprimorar as habilidades e ferramentas de gestão, como a descentralização dos recursos orçamentários, e no desenho do sistema de incentivos financeiros com indicadores de desempenho das equipes da ESF” (O'DWYER et al, 2019).

No ano de 2017 um novo governo assumiu a prefeitura do Rio de Janeiro, com promessas de “cuidar das pessoas”. Foi eleito indicando dar continuidade aos projetos do governo anterior em relação à saúde, inclusive prevendo ampliação do número de equipes de ESF nas áreas de maior vulnerabilidade social. Entretanto, entre 2017 e 2018, os gestores divulgaram déficit no orçamento municipal, acarretando atrasos salariais dos profissionais gerenciados pelas OSS e também na desativação de equipes de saúde da família (eSF) (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Assim, além dos atrasos salariais, o número de profissionais atuando na ESF foi reduzido. Médicos deixaram a ESF para atuarem em outros locais e a procura

pela residência em Medicina de Família e Comunidade foi reduzida, em grande parte devido às inseguranças e greves ocasionadas pelos atrasos salariais e mudanças no processo de trabalho (O'DWYER et al, 2019). Com a diminuição do número de equipes pela prefeitura, muitos ACS's e profissionais da saúde bucal foram demitidos, ilustrando um retrocesso em comparação à ampliação da cobertura da ESF nos anos anteriores.

A PNAB de 2017 foi utilizada para “autorizar” e justificar tais medidas, principalmente no que se refere às alterações dentro das equipes de saúde da família, pois prevê menos profissionais por equipe, permitindo ao gestor local a diminuição de custos através do corte de postos de trabalho ( MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Todas essas mudanças no processo de trabalho da ESF têm influência sobre os serviços ofertados pelas unidades, acarretando na diminuição de acesso, exames, consultas com especialistas, grupos educativos.

### 3.3 GRUPOS EDUCATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As atividades de grupo devem ser consideradas indispensáveis ao convívio das pessoas. Na área da saúde, devem ser utilizados pela sua função pedagógica e terapêutica, com utilização da informação, mas também como troca de conhecimentos, interações em sociedade, entendido assim, como uma forma de cuidado (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012).

Na rotina das pessoas, é comum a organização em grupos, sejam eles formais ou informais, pequenos ou grandes. As pessoas convivem em grupo com suas famílias, amigos, trabalho, escola. Mas também formam grupos o conjunto de moradores, comunidades. Geralmente um grupo possui singularidades e os membros têm objetivos em comum. Ainda que se mantenha a individualidade de cada um, a vida em grupo expõe conflitos e divergências, mas que fazem parte da sua existência e particularidade (RÊGO, 2017).

Trabalhar educação em saúde em grupo mostra-se mais vantajoso do que individualmente, pois as relações são dinâmicas, estão em constante mudanças, e, torna-se um ambiente adequado para transformação de pensamentos,

comportamentos e costumes enraizados. De acordo com Afonso (2010) “as relações de grupo são a base da sociedade, as mudanças sociais e culturais são impactadas por essas relações, tendo, portanto, os grupos um papel multiplicador”.

A educação em saúde é uma das esferas de conhecimento e prática do campo da saúde que possibilita a criação de vínculos entre o trabalho dos profissionais de saúde e o pensar e agir da população. No Brasil, a educação em saúde se organizou como uma disciplina no século XX, através do movimento sanitário, a fim de combater as epidemias que eram comuns naquela época. As atividades educativas eram direcionadas para as classes populares, por meio de imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelos grupos políticos dominantes da época (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Atualmente, espera-se que as atividades a serem realizadas na área da educação em saúde sejam direcionadas à autoeducação, pois podem levar à conquista de consciência por parte do indivíduo em relação a si próprio, de sua formação, capacidades e desenvolvimento (BRASIL, 2010). Os grupos são utilizados, principalmente na Atenção Primária à Saúde, como um meio para a realização de educação em saúde.

Os grupos educativos na APS têm entre os seus objetivos estimular a adesão a padrões de vida mais saudáveis; a utilização oportuna dos serviços de saúde; promover o discernimento para assumir suas próprias decisões, tanto no campo individual quanto no coletivo e, neste contexto, promover melhores condições de saúde, no nível individual e ambiental (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012). Assim, também constitui um espaço para promover autoconhecimento e empoderamento dos indivíduos, incluindo os profissionais de saúde.

### 3.4 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Em todas as unidades de Atenção Primária à Saúde, a assistência ao pré-natal, considerando suas repercussões na saúde e no perfil de morbimortalidade materno infantil, é um dos principais e estruturantes focos de cuidado. É um período de grande complexidade para a mulher, também para o pai, a família, especialmente em situações de vulnerabilidade social e econômica. Neste sentido, a gestação é

vista como um ciclo propenso à vulnerabilidade na vida de uma mulher. Num passado recente, as altas taxas de mortalidade materno-infantil no Brasil fizeram com que o Ministério da Saúde priorizasse e intensificasse as políticas de atenção à saúde da mulher. A assistência ao pré-natal é importante para o acompanhamento gestacional, identificação de riscos, diminuição de anseios, acolhimento da gestante (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013 e NUNES et al, 2016).

Ainda hoje, as taxas de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis vêm diminuindo de forma lenta, levando a tentativas de avanços nas políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Tais iniciativas do governo buscam a ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Em 2011, por exemplo, foi implementada pelo governo federal a Rede Cegonha, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil (MARTINELLI et al, 2014). Os princípios da Rede Cegonha, citados no caderno de atenção básica nº 32 são: humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência; organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012).

Seguindo os princípios da Rede Cegonha, a Atenção Primária à Saúde configura-se como o espaço central de assistência ao pré-natal. É na unidade básica de saúde que a gestante deverá seguir seu acompanhamento integral de saúde durante o ciclo gravídico puerperal. As consultas de pré-natal na ESF deverão ser realizadas por enfermeiros e médicos, sendo as gestantes avaliadas em toda consulta para que sejam feitos os possíveis encaminhamentos para o acompanhamento de alto risco, caso haja necessidade. Se a gestação for classificada como de alto risco, a gestante tem seu acompanhamento compartilhado entre a ESF e a maternidade (MARTINELLI et al, 2014).

A adequada assistência ao pré-natal pode colaborar de forma determinante para resultados perinatais mais favoráveis, pois possibilita a detecção e o cuidado

oportuno de acometimentos durante a gestação e avaliação de fatores de risco durante as consultas. Logo, bons desfechos perinatais podem estar relacionados diretamente à qualidade do pré-natal. Entretanto os determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais também devem ser levados em consideração (DOMINGUES et al, 2012).

No Programa de Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde - (2002), o acompanhamento das gestantes é considerado adequado quando segue os seguintes critérios: início da assistência pré-natal até o quarto mês de gestação; mínimo de seis consulta, sendo uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro; rotina de exames (tipagem sanguínea, dosagem de hemoglobina e hematócrito, glicemia, VDRL, EAS, testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C); vacinação antitetânica; realização de atividades educativas; classificação de risco na primeira consulta e nas subsequentes. Contudo existem críticas acerca destes critérios, visto que ainda hoje a qualidade do pré-natal em algumas localidades do Brasil está abaixo do desejado.

Estudo realizado por Nunes et al (2016), que teve como objetivo investigar a qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil, por meio da produção científica dos últimos 10 anos, em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada, verificou que as variáveis quantitativas (número de consultas, início precoce do acompanhamento) não significam necessariamente uma boa qualidade no pré-natal.

Deve-se levar em consideração o conteúdo das consultas realizadas, a atenção e o tempo gastos e as orientações prestadas às gestantes, além da subjetividade de cada uma, como a satisfação, acolhimento e manutenção do vínculo. Todos esses fatores são primordiais para a avaliação da qualidade da assistência prestada (DOMINGUES et al, 2014).

Além das consultas de pré-natal, outras atividades são consideradas primordiais para a assistência qualificada e completa, como as práticas educativas em saúde realizadas às gestantes e seus acompanhantes. É muito importante o desenvolvimento de ambientes que propiciem a discussão sobre o período gestacional, para que as gestantes possam ser protagonistas de seu cuidado, possam ser informadas e debaterem sobre assuntos pertinentes à sua saúde. Tais

espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (NUNES et al, 2016).

### 3.5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem estão acessíveis ao campo da educação e tornam-se importantes no processo de formação dos profissionais da área da saúde. Ainda que, em grande parte das vezes, as metodologias de ensino persistam na passividade do aprendiz, com base na transmissão de informações aos alunos, com o avanço da tecnologia e sua difusão pelo mundo, estamos vivenciando um processo de mudanças no modelo tradicional de ensino-aprendizagem (MORÁN, 2015).

Como já mencionado, as metodologias ativas têm como principal objetivo estimular e possibilitar o desenvolvimento de pensamento crítico das pessoas. A utilização desta metodologia favorece a autonomia do educando e também sua curiosidade em tomar decisões, levando sempre em consideração seu contexto de vida. A problematização é uma metodologia muito utilizada, objetiva principalmente o posicionamento crítico do aluno frente a problemas expostos (BORGES; ALENCAR, 2014).

Os profissionais formados na área da saúde têm o importante papel de educadores, logo, a sua formação também deve estar adequada aos novos modelos de ensino-aprendizagem. A marcante presença do modelo biomédico que afeta todas as profissões da saúde, torna-se um obstáculo a ser ultrapassado, pois dificulta o sucesso das práticas educativas em saúde (COTTA, 2011).

Este modelo biomédico, ainda hegemônico nos serviços de saúde, é caracterizado pela organização das práticas de saúde voltadas às queixas do indivíduo e de sua doença. Prioriza a assistência individual, enfatiza as especializações, ocasionando a fragmentação do cuidado. Neste modelo fica clara a desigualdade entre as categorias profissionais, pouco existe a interdisciplinaridade e integração entre os serviços que compõem as redes. Os currículos dos profissionais

de saúde que ainda praticam este modelo ultrapassado, geralmente não valorizam o SUS nem a ESF, pois vão em sentido contrário aos princípios e objetivos destes (FERTONANI et al, 2015).

Assim, a reformulação dos currículos de graduação dos profissionais da área da saúde representa um desafio. Tem sido tema de grandes debates, uma vez que é imprescindível formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população brasileira e do Sistema Único de Saúde, realizando a integração das políticas públicas de saúde com a educação (LIMBERGUER, 2013).

Na realização de atividades educativas em saúde durante a assistência ao pré-natal, devem ser enfatizadas metodologias ativas, incluindo as discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que estimulem e facilitem as narrativas e a troca de experiências entre os participantes do grupo. O profissional de saúde que coordena o grupo, deve atuar como facilitador, evitando o estilo “palestra”, que não é produtivo e não permite o surgimento de outras questões que podem ser mais relevantes (BRASIL, 2012). Metodologias reflexivas, problematizadoras são mais adequadas para incentivar a troca de experiências entre as gestantes e seus acompanhantes, contribuindo para a produção de melhores indicadores de saúde.

A roda de conversa é um instrumento utilizado que permite o compartilhamento de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos indivíduos, em um processo mediado pelo diálogo entre os pares. Um dos objetivos da roda de conversa é o de socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta (MOURA; LIMA, 2014).

A educação popular também é figura central na realização das rodas de conversas, pois leva em consideração a cultura, filosofia, aspectos socioeconômicos dos indivíduos, configurando a importância da participação social e produzindo discussões essenciais para o processo de aprendizagem e troca de saberes (BRASIL, 2007).

Neste contexto, a educação permanente na perspectiva do desenvolvimento profissional contínuo é essencial para a capacitação progressiva do profissional nas suas atividades cotidianas nas unidades básicas de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Minayo (1993) conceitua a metodologia como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Portanto, a metodologia inclui a teoria da abordagem, os instrumentos de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador.

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa, pois acredita-se ser a mais indicada para alcançar os objetivos propostos. A pesquisa qualitativa:

Demarca qualidade/qualitativo(a) na interface com a subjetividade. Tal delimitação resulta em que a referida adjetivação, quando aplicada à pesquisa, caracteriza aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão. (BOSI, 2012)

É um estudo exploratório, com base em um relato de experiência sobre uma atividade de educação em saúde realizada com gestantes e seus acompanhantes em uma unidade de saúde da família.

Segundo Triviños (1987, p.109), “o estudo exploratório possibilita ao pesquisador captar conhecimentos e comprovações teóricas, a partir de investigações de determinadas hipóteses avaliadas dentro de uma realidade específica”.

### 4.1 CENÁRIO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um centro de saúde escola localizado na região central do estado do Rio de Janeiro. A unidade possui 2 equipes de saúde da família, com população total cadastrada de 9.112 usuários e 34 gestantes no ano de 2019. Cada equipe possui um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A unidade não possui equipe de saúde bucal.

A unidade é campo de residência multiprofissional em saúde da família e residência multiprofissional em saúde da mulher, além de receber alunos da graduação de enfermagem e medicina. Por ser campo de residência

multiprofissional em saúde da família, em 2019 passou a contar com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista e uma fisioterapeuta.

No início do ano de 2019, a prefeitura do Rio de Janeiro transferiu duas eSF de uma unidade vizinha para esta unidade do estudo, porém só foram transferidos os usuários, os profissionais desta unidade vizinha foram distribuídos em unidades com vacância e outros foram demitidos, apenas foram incluídos um ACS em cada equipe, totalizando o total de 5 ACSs, já que anteriormente as equipes contavam com 4 Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, a unidade passou a ter um número maior de usuários cadastrados, o que afetou significativamente os serviços oferecidos, como consultas, exames, encaminhamentos, grupos educativos.

Os grupos educativos realizados na unidade de estudo no ano de 2019 eram de saúde mental, nutrição e fisioterapia, tendo à frente a equipe do NASF. As equipes de saúde da família não estavam realizando nenhum grupo educativo devido aos acontecimentos recentes da unidade, pois estavam reorganizando fluxos internos. O grupo de gestantes foi iniciado através da pesquisadora, que também atuava como Responsável técnica de enfermagem e enfermeira de equipe nesta unidade.

#### 4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com gestantes de baixo ou alto risco cadastradas e em acompanhamento de pré-natal na unidade onde foi feita esta pesquisa. Para serem elegíveis para participarem do estudo, as gestantes deveriam participar pelo menos de três dos cinco encontros da Roda de Conversa. Os acompanhantes/potenciais cuidadores do futuro recém-nascido também poderiam participar da pesquisa, e precisariam participar de pelo menos um dos cinco encontros.

As facilitadoras da Roda de Conversa foram a autora da pesquisa que também atuava como enfermeira de equipe, e uma enfermeira residente de Saúde da Família. A residente além de facilitadora também foi entrevistada ao final da pesquisa.

O grupo foi homogêneo, caracterizado pela situação de estar gestante e/ou ser acompanhante de gestante, e aberto, uma vez que poderia haver entrada de participantes em qualquer momento de atividade do grupo, com frequência quinzenal.

### 4.3 ETAPAS DO ESTUDO

#### 4.3.1 1ª etapa: Planejamento

Anteriormente à realização da Roda de Conversa, as gestantes foram acessadas no momento de suas consultas de pré-natal na unidade de saúde. Foi explicado sobre a atividade a ser desenvolvida; foi realizado um levantamento sobre os dias mais favoráveis para elas comparecerem e sobre os assuntos de interesse delas para serem abordados durante a roda. Além disso, foi solicitado que, se possível, elas trouxessem algum acompanhante aos encontros, poderia ser o companheiro ou algum familiar. Foi destacada a importância de participarem destas atividades durante a gestação, como um momento para trocar ideias e esclarecer dúvidas sobre este período tão especial na vida da mulher. Neste momento foi solicitado o contato telefônico de cada uma para enviar informações sobre o início da Roda de Conversa.

Além deste primeiro encontro individual com as gestantes, foi elaborado um convite para reforçar a vinda das gestantes. Os convites foram entregues aos Agentes Comunitários de Saúde para que cada um entregasse às gestantes de suas respectivas microáreas e também foram entregues às gestantes que iam à unidade para consultas, exames, agendamentos.

#### 4.3.2 2ª etapa: Atividade de grupo e os processos a ele relacionados

Foram programados e realizados cinco encontros. Foram utilizadas metodologias ativas e em cada encontro foi utilizada uma estratégia de abordagem diferente para inserir assuntos e iniciar a discussão em grupo. Foram utilizadas

dinâmicas de grupo como: “Cosme e Damião”, Jogo: “Verdade ou Mito”; Perguntas abertas sobre os períodos gestacionais, além de outros recursos como audiovisuais e também utilização de bonecas para demonstração do aleitamento materno.

Ao final de cada encontro foi realizada, pelas gestantes e acompanhantes presentes, uma avaliação das atividades realizadas, de forma anônima.

Uma síntese das atividades foi registrada ao final de cada encontro. Visando aprimorar o processo e o planejamento das atividades dos próximos encontros, levou-se em consideração a avaliação e sugestões das participantes nos encontros anteriores.

#### **4.3.3 3ª etapa: Entrevistas**

Ao final dos encontros da Roda de Conversa, foram realizadas as entrevistas com as gestantes, nos dias de suas consultas de pré-natal na unidade. As entrevistas foram individuais e gravadas através do celular da pesquisadora.

#### **4.4 COLETA DE DADOS**

A pesquisa foi integralmente realizada na unidade de saúde, nos meses de setembro de 2019 a janeiro de 2020.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), com perguntas abertas e fechadas, elaborado pela pesquisadora. A primeira parte constou de aspectos sociodemográficos das gestantes e seus acompanhantes, bem como da residente que participou da roda de conversa. A segunda parte foi composta por perguntas abertas sobre a atividade educativa realizada.

Os registros de cada encontro e as avaliações feitas pelos participantes (gestantes e profissionais de saúde) foram utilizados como ferramentas de coleta de dados e informações para posteriormente realizar a análise, pois considerou-se de grande valia para o relato da experiência. Foi utilizada também a técnica de observação sistemática, a qual consiste em desenvolver um olhar minucioso sobre

certa situação, com foco em objetos de interesse para a pesquisa realizada (MARCONI; LAKATOS, 2003).

#### 4.5 ANÁLISE

A análise dos dados foi baseada na Análise de Conteúdo, definida por Bardin (1977) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Campos (2004) desdobra a Análise de Conteúdo em três fases: (I) fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do conteúdo das entrevistas, em que são realizadas diversas leituras sem compromisso de sistematização, mas com o objetivo de assimilar de forma geral as ideias globais e seus significados gerais; (II) seleção das unidades de análise, geralmente unidades de temas obtidos de frases, parágrafos ou sentenças que dialoguem com os objetivos da pesquisa; (III) processo de categorização e subcategorização, as quais são feitas classificações de acordo com predefinições ou a partir da leitura do pesquisador.

Após a realização da Roda de Conversa, foi feita a leitura dos registros de cada encontro e também das avaliações dos participantes. As entrevistas foram transcritas conforme a gravação. Após a transcrição, foi feita a leitura exhaustiva das respostas e estas foram divididas a partir das perguntas da entrevista semiestruturada, dispondo as respostas de todos os participantes para cada pergunta. Assim foi melhor para visualizar as principais concordâncias e discordâncias que os participantes tiveram para cada pergunta.

Através da leitura dos registros das mediadoras da pesquisa e das entrevistas, foi possível conectar os pontos principais da pesquisa.

Foi realizado o relato da atividade desenvolvida, a partir da ótica da pesquisadora, fazendo a conexão com as respostas da entrevista e também com a literatura atual.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os preceitos éticos foram respeitados conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual garantiu a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases. Além de explicar sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa; apresentar os benefícios esperados dessa participação; garantir a participação da pesquisa apenas com o consentimento voluntário do participante e podendo ser interrompida a qualquer momento caso o participante desejar, sem que haja ônus de sua parte.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 21/08/2019 e registrada sob o CAAE 16810619.4.0000.5238, parecer nº 3.523.728.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram 9 (nove) participantes do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. Todos atingiram os critérios de inclusão e foram elegíveis para a participação da pesquisa. As idades variaram entre 20 a 41 anos; seis participantes da faixa de idade entre 20-29 anos, dois entre 30-39 anos e dois acima de 40 anos. Dentre os participantes, três eram vendedoras; duas desempregadas; uma ajudante de cozinha, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma do lar e um administrador. Duas participantes com ensino fundamental completo, duas com ensino médio incompleto, quatro com ensino médio completo e dois participantes com ensino superior completo. Duas participantes eram solteiras, duas em união estável e seis casadas.

Tabela. 1 – Características sociodemográficas dos entrevistados

Variáveis		Número
<b>Sexo</b>	Feminino	9
	Masculino	1
<b>Idade</b>	20-29	6
	30-39	2
	>40	2
<b>Trabalha</b>	Sim	8
	Não	2
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental completo	2
	Ensino médio incompleto	2
	Ensino médio completo	4
	Ensino superior completo	2
<b>Estado civil</b>	Solteira	2
	Casada	6
	União estável	2

**Fonte:** autoria própria

A seguir, passamos aos resultados das entrevistas e registros sobre a atividade

## 5.2 QUANTO À POSSIBILIDADE DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO

Apesar de a Roda de conversa ser uma proposta dirigida tanto para as gestantes, como para seus familiares, tivemos a presença de apenas um acompanhante, esposo de uma das entrevistadas. Pôde-se perceber que o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde não é propício para boa parte dos usuários participarem de atividades educativas, visto que a maioria da população trabalha no horário em que as unidades básicas de saúde estão abertas.

*“Eu acho que podia ter esse grupo no sábado, ou em horário fora do trabalho, porque eu só consegui vir hoje porque tive folga.” **Acompanhante***

Estudo realizado por Vieira *et al* (2013), que analisou os motivos para a não procura da população masculina aos atendimentos em unidade básica de saúde da família, evidenciou nas entrevistas que um dos motivos é a incompatibilidade entre os horários da jornada de trabalho e funcionamento das unidades.

O mesmo estudo ainda demonstrou que em unidades que disponibilizaram horários alternativos a presença masculina foi aumentada. O local da pesquisa não oferece horários diferenciados de atendimentos, devido sua localização e por ter somente duas equipes de saúde da família. É importante discutir alternativas para a ampliação do acesso dos usuários tanto para inserção nos grupos quanto para os atendimentos às consultas.

## 5.3 RELATO SOBRE A RODA E COMENTÁRIOS SOBRE OS RELATOS

### 5.3.1 1º Encontro

No primeiro encontro, 5 (cinco) gestantes participaram da atividade. Uma sala ampla foi reservada e as cadeiras foram organizadas em roda. Neste primeiro dia, a proposta era de uma apresentação, com um tipo de dinâmica quebra gelo. Além das

cinco gestantes, também participaram a enfermeira residente de saúde da família e a pesquisadora como enfermeira responsável.

A dinâmica de apresentação, conhecida como *Cosme e Damião*, consistiu na formação de duplas e, enquanto uma música era tocada ao fundo, cada pessoa da dupla trocava informações sobre si. Foi solicitado que as informações trocadas e permitidas de serem compartilhadas sobre suas vidas e suas gestações fossem a seguir contadas pelo par. Como ao todo estávamos em sete pessoas, um trio foi formado.

Quando todas terminaram de se apresentar umas às outras, foi solicitado que cada pessoa da dupla apresentasse para o restante do grupo quem acabara de conhecer. Foi uma experiência interessante, pois todas ficaram envolvidas na gincana. Além disso, durante a apresentação das gestantes, alguns assuntos foram abordados, como: gravidez indesejada, alterações de humor durante a gestação, náuseas, redes de apoio, ansiosos. Foi perceptível a interação entre as gestantes, porém, duas gestantes estrangeiras (colombianas) não conseguiram interagir muito, apesar de serem incentivadas para tal.

Ter um momento para apresentação entre os participantes nos pareceu fundamental para o bom desenvolvimento da atividade, pois aproxima os participantes, cria e fortalece vínculos. Uma gestante citou especificamente a esta atividade como um dos momentos que mais gostou sobre a Roda de Conversa:

*“Achei o primeiro dia, quando todas nos conhecemos, um momento bem legal... ouvir as histórias das outras grávidas... como ta sendo pra elas.”* **Gestante 2: Primípara**

Após essa atividade de apresentação, a pesquisa foi apresentada em tela e explicada para todas a fim de que as mesmas soubessem desde o início que ao final da Roda, seria feita uma entrevista com as participantes. Também foi enfatizado que esta Roda foi desenvolvida para que se pudesse melhorar o cuidado às gestantes durante o pré-natal nas Clínicas da Família e que registrar esta experiência, com seus erros e acertos, era importante para que ela pudesse ser divulgada entre

outros profissionais de saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue para que todas lessem e assinassem.

A seguir, foi realizado o contrato de convivência do grupo, tendo sido pactuados: horários, duração, periodicidade, entrada de novos participantes. Foi definido que a tolerância para início da atividade seria de 15 minutos, duração de 1 hora e 30 minutos, no máximo, e a entrada de novas participantes seria bem-vinda em qualquer momento do grupo. Também foi definido que os encontros seriam semanais.

Para finalizar o primeiro encontro, foi solicitado que cada gestante falasse uma palavra que representasse a gestação atual. As palavras referidas foram: estresse, cansaço, fome, plenitude e maravilhosa.

Desenvolver atividade de educação em saúde constitui um desafio, considerando sua complexidade. Assim, também, é em relação às atividades de grupo na área da saúde. Faz-se necessário planejar as ações, antes, durante e depois de cada atividade de grupo. Primeiramente deve-se saber a motivação e indicação para a criação do grupo; definir e estudar as referências teóricas; definir o facilitador e os mediadores; elencar os critérios de inclusão e exclusão dos participantes; determinar se o grupo será aberto ou fechado; – definir se o grupo será homogêneo ou heterogêneo – se os participantes farão parte de um mesmo ciclo de vida e/ou faixa etária ou não (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012).

### 5.3.2 2º Encontro

O segundo encontro foi realizado com a presença de duas novas participantes na Roda, que foram apresentadas ao início das atividades do dia. Das cinco gestantes que estavam no primeiro encontro, retornaram três (as gestantes colombianas faltaram neste segundo encontro). A residente, mediadora junto com a pesquisadora, não pôde participar da Roda neste dia. Então tivemos um total de 5 gestantes e a pesquisadora como enfermeira responsável. A pesquisa foi apresentada para as novas participantes, assim como o contrato de convivência do grupo e a coleta do TCLE das novas integrantes.

A proposta do segundo encontro foi de um jogo para discutir alguns assuntos como gestação, puerpério, parto, alimentação. Em uma sacola estavam dispostos diversos papéis com afirmativas sobre os assuntos citados acima. Em roda, cada participante retirava um papel com a frase e lia em voz alta para que todos discutíssemos sobre o que a frase abordava.

Muitas vezes as afirmativas referiam-se a mitos comuns durante a gestação e puerpério. Foi importante para o debate o compartilhamento de experiências entre as participantes, pois houve participação efetiva das gestantes primíparas e também das que já haviam passado por gestação anterior. Uma participante, durante a entrevista, referiu este encontro como a atividade que mais gostou de participar:

*“Eu gostei da parte que a gente descobriu os mitos, foi legal essa parte.”* **Gestante 5: Primípara**

Algumas frases ditas pelas gestantes foram o ponto de partida para as trocas entre elas: *“Ficar sem se alimentar aumenta o enjoo”, “Grávida come por dois”, “A mulher deve comer bastante canja, canjica e beber cerveja escura para ter mais leite”, “A amamentação faz a mama cair”, “É arriscado fazer sexo durante a gravidez porque pode incomodar o bebê”, “O parto normal é mais seguro pra mãe e pro bebê”, “O umbigo do bebê deve ser coberto até cair”.*

A interação entre as participantes foi tanta que uma delas sentiu-se à vontade para compartilhar sobre um momento delicado que vivenciou em sua gestação anterior, a qual foi muito planejada e esperada, porém, interrompida por um aborto espontâneo. Na maternidade onde foi atendida, não se sentiu bem tratada e expôs para todas as participantes sobre a sua experiência. Esta gestante, durante a entrevista, quando questionada sobre os momentos da atividade que mais gostou relatou o seguinte:

*“Gostei quando pude dividir com as outras grávidas sobre um momento difícil que eu passei antes dessa gravidez (aborto). Nunca pensei que eu pudesse ter coragem de falar sobre isso.”*  
**Gestante 7: Segundo filho**

Neste dia, a discussão foi bastante densa, mas muito pertinente e exigiu bastante empatia de todos os componentes do grupo. A atividade da segunda semana demandou mais tempo devido ao grande compartilhamento de vivência entre as gestantes. Finalizamos com cada participante expressando uma palavra que definiu o encontro, as quais foram: *aprendizado, legal, bom, divertido, novidades*.

Neste sentido, pudemos vivenciar o conceito de que as rodas de conversas, como um tipo de atividade em grupo, constituem um espaço de escuta cuidadosa, influenciando o desenvolvimento da capacidade individual e coletiva. É um método que proporciona a discussão, expressão dos desejos e catarses, resultando em trocas de experiências e aprendizado. Conforme reporta Costa et al (2015), a promoção da saúde é desenvolvida de forma melhor quando reproduzida por rodas de conversas, pois os sujeitos relacionam-se entre si, promovendo conscientização e reflexão do autocuidado.

### 5.3.3 3º Encontro

No terceiro encontro foi proposta uma atividade para abordar os períodos gestacionais e as principais alterações físicas e psicológicas que ocorrem na gestação. Foi um tema que surgiu no encontro anterior e solicitado pelas gestantes para ser abordado.

Uma nova gestante iniciou sua participação na roda e trouxe o esposo como acompanhante e, antes do início da atividade, fizemos uma breve apresentação entre todos os participantes, assim como a coleta do TCLE. No total tivemos, neste encontro, a participação de sete gestantes, um acompanhante, a enfermeira residente de saúde da família e a pesquisadora como responsável pela atividade.

A lousa da sala utilizada para a reunião foi dividida em 1º, 2º e 3º trimestres. Os participantes foram incentivados a falarem sobre as principais mudanças que perceberam durante o início, metade e final da gestação. Conforme cada uma falava sobre o que percebeu de alteração, os tópicos eram colocados na lousa. No início, as participantes ficaram um pouco tímidas (talvez pela presença do esposo de uma das gestantes), mas aos poucos foram discutindo sobre o tema. Como na roda havia

gestantes em diversos períodos da gestação, elas mesmas explicavam umas às outras sobre o que esperar em relação às mudanças. Foi perceptível o interesse das primigestas que estavam no primeiro trimestre da gestação, conforme uma gestante e um acompanhante expuseram durante à entrevista:

*“Ah, eu gostei das informações da amamentação, gostei também de quando a gente viu as mudanças do corpo, achei muito bom saber de tudo um pouco.”* **Gestante 4: Primípara**

*“No dia que eu vim, tava falando sobre as mudanças durante a gravidez, no início, meio e final, eu achei bem bacana.”*  
**Acompanhante**

Estes relatos vão ao encontro de uma assistência de pré-natal mais abrangente e qualificada, na qual é preconizado que sejam realizadas atividades de educação em saúde para as gestantes e seus acompanhantes. A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância, afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências, trocar experiências e obter informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família (NUNES et al, 2016).

Após as participantes descreverem suas percepções acerca das alterações psicológicas e corporais, foi apresentando um curto vídeo exemplificando como o corpo de uma mulher sofre alterações durante os meses da gestação. Ao falar do 3º trimestre, foram discutidas as diferenças entre os tipos de partos e cada uma compartilhou seu desejo de “parto ideal”. Também foi falado sobre os direitos da mulher durante a internação na maternidade, assunto que a maioria desconhecia. Neste momento, o único participante do sexo masculino interagiu mais com o grupo, pois até o momento ele estava bastante tímido.

A presença da figura masculina de início causou estranheza para a realização da atividade, pois até aquele momento somente haviam participado as gestantes. O acompanhante interagiu pouco, mas esteve o tempo todo focado na atividade e

quando foi abordado o assunto sobre os direitos da gestante durante a internação na maternidade, ele ficou bastante interessado e fez algumas perguntas.

O comparecimento do pai/companheiro é um fator positivo no fortalecimento dos laços familiares. Aproxima o companheiro da gestante, fazendo com que ele se sinta também importante, exercendo seu papel de pai antes do nascimento, pois na maioria das vezes, o sentimento de ser pai só acontece após o nascimento da criança (OLIVEIRA et al, 2009).

Quando questionado, durante a entrevista, sobre o que achou da experiência com a Roda de Conversa, o acompanhante respondeu:

*“Ah eu achei muito bacana, porque o pai muitas vezes nem sabe das coisas que foram faladas no grupo, gostei de ter participado porque assim eu acho que me sinto mais preparado pra ajudar minha mulher.”* **Acompanhante**

Esta fala do acompanhante vai ao encontro do que Ribeiro et al (2015) refere em seu estudo sobre a participação do pai na gestação, parto e puerpério, no qual relata que, muitas vezes, o pai não tem flexibilização de seus horários de trabalho para participar das consultas de pré-natal, e também não possui espaço para dividir seus anseios e expectativas em relação à gravidez e aprender sobre os cuidados pré e pós-natal.

Desse modo, o profissional de saúde deve se atentar à participação do homem na assistência pré-natal, motivando juntamente com a sua companheira o envolvimento no processo gestacional, no parto e no pós-parto (OLIVEIRA et al, 2009).

O 3º encontro foi finalizado com cada participante colocando uma nota de 0 a 5 em um papel em branco, anonimamente, depois as notas foram colocadas em uma sacola para avaliação posterior da pesquisadora. As notas dadas pelos participantes foram sete notas 5 e uma nota 4.

#### 5.3.4 4º Encontro

O tema do 4º encontro foi amamentação, pois nos encontros anteriores surgiram algumas dúvidas entre as gestantes e também era um assunto que estava no planejamento devido ao fato de as gestantes solicitarem esta temática nas entrevistas antes da roda ser iniciada. Neste encontro não tivemos a entrada de novos participantes, o acompanhante que veio no encontro anterior não pôde estar presente neste dia. Tivemos a presença de cinco gestantes, a residente de enfermagem não pôde estar presente neste dia.

Como de costume, as cadeiras foram dispostas em roda e a atividade foi iniciada com um questionamento às gestantes que já haviam amamentado anteriormente. Foram incentivadas a falarem um pouco sobre suas experiências com a amamentação. Pôde-se observar a dificuldade que foi para algumas mulheres amamentarem seus filhos. Devido à cobrança da sociedade e dos familiares, os mitos que cercam este tema, o retorno para o trabalho, muitas não conseguiram amamentar pelo tempo preconizado pelo Ministério da Saúde. Estes temas foram comentados nas entrevistas como assuntos importantes, conforme se pode observar a seguir:

*“(...) no dia que a gente conversou sobre amamentação, porque eu lembro que sofri muito pra amamentar meu filho, doía tanto... Foi bom saber de umas coisas sobre a amamentação.” **Gestante 3: Segundo filho***

*“Gostei do dia que falou da amamentação, é sempre bom esse tema.” **Gestante 8: Multípara***

Após a discussão, foi realizada uma demonstração das posições para amamentação e a exposição de um vídeo sobre amamentação, trazendo diversas informações sobre o aleitamento materno, como: benefícios para mãe e o bebê, fortalecimento de vínculo, duração recomendada para o aleitamento materno

exclusivo e complementado, armazenamento de leite materno, cuidados com as mamas, prevenção de lesões mamilares e ingurgitamento mamário, dentre outros.

Depois do término do vídeo, as participantes discutiram um pouco mais sobre o que foi exposto, compartilhando experiências positivas e negativas, interesse pelas novidades que conheceram através do vídeo.

Apesar de ser um tema bastante corriqueiro nos grupos realizados para as gestantes, o aleitamento materno ainda é uma fonte de dúvidas e anseios, um dos momentos mais aguardados após o parto. As primigestas foram as que mais tiveram dúvidas. Por vezes ficavam impressionadas com as falas das múltiparas, principalmente das que tiveram uma experiência negativa com a amamentação. Entretanto, discutimos bastante sobre os aspectos que podem interferir no insucesso da amamentação, bem como a experiência da amamentação ser bastante individual. Além de deixar claro que a unidade sempre estaria de portas abertas para auxiliar as puérperas durante a amamentação.

O espaço grupal, neste dia específico, corroborou a perspectiva de que as atividades de grupo devem ser consideradas indispensáveis ao convívio das pessoas. E, também que, o grupo deve ser utilizado por sua função pedagógica e terapêutica, com utilização da informação, mas também através troca de conhecimentos, interações em sociedade, entendido assim, como forma de cuidado (CASANOVA; OSORIO; DIAS, 2012). Isto pode ser observado no relato de algumas entrevistadas:

*“Pra mim o que mais gostei foi de conhecer outras histórias, outras vidas, outras realidades totalmente diferentes da minha. Colocar várias pessoas que pensam diferente, que tem vivências diferentes... Isso é muito bom pra gente sair da nossa caixinha né?”* **Gestante 6: Segundo filho**

*“Eu tive uma experiência incrível, né, porque você juntar diversas gestantes em diversos estágios da gravidez. Algumas gestantes já com filhos, outras não, nunca tinham estado*

*grávidas. Então eu achei essa experiência maravilhosa.”*

### **Profissional**

#### **5.3.5 5º Encontro**

No 5º e último encontro foi idealizado um café da manhã de encerramento da Roda de conversa com as gestantes. Infelizmente não vieram todas as participantes. Apenas três gestantes compareceram. Então, neste dia participaram as gestantes, a pesquisadora e a residente. A roda foi feita, como de praxe, e debatemos sobre a experiência que cada uma teve com a participação. As gestantes relataram afinidade com a atividade, com a troca de experiências, aquisição de conhecimentos e diminuição dos anseios. A Roda de Conversa com as gestantes também possibilitou a aproximação entre os profissionais e usuários, ajudando a esclarecer dúvidas, debater temas relevantes e servir de apoio às gestantes, contribuindo para (re)significar o cuidado durante o pré-natal.

Incluir as gestantes e seus acompanhantes nos espaços de discussões é de grande importância pois o tempo disponível e as características das consultas, para uma ou duas pessoas de cada vez, na grande maioria das vezes, sejam elas médicas, de enfermeiros ou dentistas, dificultam o processo de troca de experiências, que é necessário para a promoção do autocuidado e consequentemente a melhor assistência ao pré-natal (COSTA et al, 2014). Ainda assim, os dois espaços, individual e de grupo, são importantes e complementares. Um reforça o outro. Esses aspectos surgiram também no relato de algumas gestantes e do esposo de uma delas:

*“Tem dúvidas que a gente tira, tem coisas que a gente não sabe e fica sabendo. Até da maternidade mesmo, a gente fica sabendo de coisas da maternidade que é interessante.”*

### **Gestante 1: Multípara**

*“Acho que é uma ótima oportunidade das grávidas se conhecerem, até da gente tirar dúvida que as vezes não conseguimos tirar nas consultas.” **Gestante 6: Segundo filho***

*(...) “eu também venho nas consultas com a minha esposa e ninguém tinha falado ainda sobre as coisas que eu ouvi no grupo.” **Acompanhante***

Ao final do último encontro, as participantes foram orientadas que as entrevistas seriam realizadas em sua próxima consulta de pré-natal.

#### 5.4 AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE O GRUPO

Apesar de todas as dificuldades, a experiência da Roda de Conversa foi considerada positiva para ambos os lados, tanto para os profissionais, quanto para os usuários. A residente participante da atividade ficou bastante entristecida em não conseguir captar mais gestantes. Embora existisse a dificuldade em captar gestantes para irem até à unidade participar da Roda, quando elas participavam era muito proveitoso, pois o grupo conseguia desenvolver bem, e existiu bastante interação e experiências positivas entre os participantes, conforme relatos a seguir:

*“Eu achei legal... interessante. Tem muitas informações que eu mesma não sabia, mesmo com 3 filhos, e fiquei sabendo”.*

**Gestante 1: Multípara**

*“Eu adorei o grupo. Tô muito ansiosa porque é minha primeira gravidez e eu não sabia quase nada mesmo. Fiquei mais tranquila depois do grupo. Meu marido também participou de um dia.” **Gestante 4: Primípara***

*“Eu adorei a experiência, achei muito legal conhecer outras mulheres, dividir os nossos medos, as inseguranças, as*

*alegrias, e até mesmo saber melhor sobre a gravidez, sobre o que a gente pode esperar quando o bebê nascer.”* **Gestante 6:**

### **Segundo filho**

Estes relatos vão ao encontro de estudo realizado por Camillo et al (2016), no qual o pesquisador afirma, através de sua pesquisa, que ao utilizar uma abordagem diferenciada para a realização de educação em saúde, as interações entre profissionais e usuários são valorizadas. As gestantes, além de aprenderem com as informações que são passadas pelos profissionais de saúde, também aprendem com as outras gestantes. Logo, há uma troca de experiências, na qual o saber trazido através das participantes é valorizado no espaço que é oferecido para a realização das atividades educativas.

Destaca-se também, a importância do uso de metodologias ativas para a realização de educação em saúde na ESF na perspectiva dos profissionais de saúde, que culminam num maior aprendizado e crescimento profissional, conforme o seguinte relato da residente que acompanhou o grupo:

*“Eu achei que foi extremamente bom, isso na minha prática profissional faz uma diferença enorme, já que às vezes o que a gente aprende nos livros ou um contato em cada lugar é diferente um do outro, lidando com pessoas de diferentes lugares, então eu achei isso extremamente enriquecedor. E não fica só também o conhecimento que eu tenho, né, enquanto profissional, mas também daquelas gestantes, do conhecimento que elas passam das avós para as mães, achei extremamente bom. Pra minha vida também, a mesma coisa. Como eu ainda não tive filho, muitas coisas a gente sabe porque a gente lê na literatura, porém tem muitas coisas que só na vivência mesmo que vai dizer. Acho que foi importante sim pra minha vida, porque cada dia é um aprendizado diferente.”*

### **Profissional**

A ESF é composta por uma equipe multidisciplinar e é essencial que a equipe esteja presente e participe de todo o processo de planejamento e desenvolvimento das atividades educativas. A união dos saberes permite melhorar a troca de informações e conhecimento, além de promover o reconhecimento da cultura e especificidade dos usuários que frequentam a unidade. A educação em saúde na ESF, deve ser uma atividade valorizada e de grande significância, tanto para os profissionais, quanto para a comunidade pois, para que os objetivos da ESF sejam alcançados, deverão ser realizadas práticas educativas que visem à promoção da saúde dos indivíduos (ANDRADE et al, 2013).

## 5.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DA RODA

A atividade desenvolvida não foi fácil de ser executada. No primeiro encontro foi estabelecido o contrato de convivência e a maioria considerou que os encontros deveriam ser semanais, porém na semana seguinte nenhuma gestante compareceu à Roda. Então, cada gestante foi contatada por telefone para o agendamento do segundo encontro. As participantes foram indagadas sobre a possibilidade de criação de um grupo no aplicativo de mensagens e elas aceitaram. A comunicação ficou mais fácil desde então, pois sempre que estava chegando próximo ao dia dos encontros, uma mensagem era enviada para lembrá-las. Os convites continuaram sendo entregues a outras gestantes para participarem, apesar de somente três gestantes terem entrado após o início da Roda.

De início, não houve muita interação entre as gestantes colombianas, faltaram a alguns encontros, mas com o tempo foi perceptível o esforço para se comunicarem com as demais participantes do grupo e até mesmo compartilharem suas experiências pessoais. Explicaram como funcionavam as maternidades em seu país, compartilharam os motivos que as levaram a virem morar no Brasil.

Os encontros não foram realizados semanalmente, pois algumas gestantes avisaram que para elas seria difícil comparecer no dia agendado, então foi mais adequado agendar para o dia em que todas ou a maioria pudesse ir até a unidade. E, ainda assim, em nenhum dia se obteve a presença conjunta das oito gestantes.

Neste aspecto, foi desafiador conseguir manter o grupo até o final dos cinco encontros.

## 5.6 O QUE PODERIA MELHORAR?

Durante as entrevistas, tivemos alguns relatos sobre o que poderia melhorar neste grupo com gestantes:

*“Ter mais gente participando.”* **Gestante 2: Primípara**

O quantitativo de gestantes na unidade de saúde, referência para o estudo, variou em torno de 34 no período de realização da pesquisa. A adesão a este grupo poderia ter sido maior, uma vez que foram somente 8 gestantes participantes da Roda de Conversa. É preciso destacar que a maioria destas gestantes vieram transferidas de uma unidade próxima à unidade da pesquisa, pois as equipes da unidade que as acompanhavam foram desativadas. Os vínculos com a nova unidade ainda estavam sendo criados e fortalecidos, muitas eram relutantes a esta transição, o que é bastante compreensível, uma vez que, muitas, eram acompanhadas pela outra unidade desde sua infância.

Estudo realizado por Andrade et al (2013) que teve como objetivo identificar o planejamento das ações educativas realizadas pela equipe multiprofissional de uma ESF, verificou que a adesão da população às ações educativas é um grande obstáculo relatado por muitos profissionais em sua prática e em estudos realizados sobre educação em saúde. Para ocorrerem mudanças, é preciso um trabalho constante de conscientização dos profissionais junto à comunidade, sobre os princípios da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família para fortalecer as propostas desse modo de assistência à saúde. Também, é importante que estes profissionais sejam melhor preparados para o planejamento e a prática de atividades de grupo na perspectiva dialógica, o que muitas vezes, ou na maioria das vezes, não ocorre durante sua formação graduada ou pós-graduada.

A seguir foram identificadas mais alguns relatos sobre aspectos que podem melhorar o grupo no futuro:

*“Acho que poderia ter esse grupo aos sábados também, porque acho que assim poderia vir mais gente.”* **Gestante 6:**  
**Segundo filho**

*“Acho que podia ser no mesmo dia da consulta.”* **Gestante 7:**  
**Segundo filho**

*“Eu acho que podia ter esse grupo no sábado, ou em horário fora do trabalho, porque eu só consegui vir hoje porque tive folga.”* **Acompanhante**

*“Acho que o que poderia melhorar seria fazer esses grupos próximos à residência das gestantes, escolher de repente uma praça, uma varanda, um local que aproximasse mais gestantes, porque eu percebo que elas não gostam de ir muito pra unidade fora dos dias de suas consultas. E também a criação de grupos em aplicativos de conversa, acho que isso é interessante pra gente conseguir ter mais gestantes nos grupos.”* **Profissional**

Conforme explicitado anteriormente, muitas vezes o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde não é adequado para a população trabalhadora, principalmente a masculina, pois geralmente as unidades funcionam em horário comercial (Vieira et al, 2013). Salvo algumas unidades que atendem em horário estendido, o que não é o caso do local desta pesquisa. É preciso pensar em estratégias para ampliar a adesão, como a realização do grupo aos sábados, já que foi uma das propostas levantadas por alguns participantes do grupo.

A ideia da residente em realizar a atividade próximo ao local de moradia é interessante também, porém deve ser considerada a sua viabilidade, já que seria preciso um local que preservasse o sigilo do conteúdo exposto nos encontros, logo teria de ser um local fechado, ou um lugar aberto, mas que garantisse a privacidade.

Em relação à continuidade do grupo, se os participantes recomendariam ou não mais grupos como este, um relato chamou bastante atenção:

*“Sim, porque não tem nada.” **Gestante 1: Multípara***

Este relato evidencia uma usuária insatisfeita com os serviços oferecidos pela unidade. Claro que por trás desses serviços que não estão sendo oferecidos à população, precisamos compreender o contexto e cenário ao qual esta unidade está inserida. Como já mencionado, desde o ano de 2018 o Rio de Janeiro vem enfrentando uma crise política que está afetando incisivamente o Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente, a Estratégia Saúde da Família, conforme citado no seguinte trecho:

A crise da APS no MRJ, materializada em atrasos de pagamento, restrição no acesso às ações e serviços, demissões e cortes de equipes, abordada neste artigo, apresenta-se a partir da combinação de elementos locais e nacionais. Como uma cidade que apresenta muita ressonância no país (pela presença da grande mídia e pelo simbolismo que carrega), os desmontes realizados podem ecoar ou ter significados para além dos seus limites geográficos (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A unidade em que a Roda foi desenvolvida é pequena, contando com apenas duas equipes de saúde da família. Nos meses de realização da atividade e entrevistas, o município do Rio de Janeiro, mais precisamente a área programática (AP) desta unidade, estava vivenciando um momento bastante delicado. A Organização Social de Saúde que administrava esta AP estava finalizando seu contrato, logo a sensação de instabilidade era tamanha entre os profissionais de saúde e também entre os usuários. Os salários estavam em atraso e com isso, os profissionais das clínicas de família entraram em greve.

Isso, de fato, prejudicou as atividades que eram desenvolvidas na unidade, pois a mesma estava com seu funcionamento reduzido e atendendo apenas prioridades, nas quais estavam inseridas as consultas de pré-natal. Porém, os grupos não vinham sendo realizados há alguns meses.

Toda esta situação vivenciada pelos profissionais e usuários da ESF culminou em precarização dos serviços ofertados pela unidade. Apesar de todo o esforço e dedicação dos profissionais de saúde, a situação atual não favorecia a realização de grupos educativos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos devem ser considerados primordiais para a realização de atividades de educação em saúde na APS. Quando realizados de forma dinâmica, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, são mais produtivos do que aqueles que se baseiam em transmissão de conhecimento, como acontece com as palestras, que na maioria das vezes, não leva em consideração as vivências particulares de cada pessoa.

O período gestacional é caracterizado por grandes mudanças na vida da gestante e de sua família. São necessárias tanto uma rede de apoio fortalecida, quanto uma assistência ao pré-natal de forma integral, que contemple não somente a gestação em si, mas também os aspectos que influenciam na vida da mulher que está gerando seu futuro bebê.

Este estudo teve como objetivo principal relatar a experiência de uma atividade educativa para gestantes e acompanhantes de uma unidade da ESF, a partir da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. No início da pesquisa já era de se esperar que existiriam alguns obstáculos a serem superados, pois como pesquisadora e também enfermeira de equipe da unidade que foi cenário do estudo, compreendo os percalços e desafios encontrados ao realizar atividades educativas em saúde na ESF. Além disso, vivenciamos desde então, um contexto político que afetou negativamente tanto as atividades nas Clínicas da Família, como os resultados obtidos através desta pesquisa: Houve desativação de diversas equipes de saúde da família, demissão de profissionais de saúde, condições precárias de trabalho, e os serviços ofertados nas unidades da ESF do Rio de Janeiro foram atingidos incisivamente. Arelado a isso, estavam a instabilidade de emprego dos profissionais de saúde e as constantes greves das categorias que estavam com os salários atrasados.

O fato de a pesquisadora ser também enfermeira na unidade que foi cenário para a pesquisa, teve aspectos favoráveis, como a facilidade na comunicação com o público alvo e a independência para o planejamento das ações e realização dos encontros. Porém também teve alguns aspectos contrários, como imprevistos da rotina da ESF que interferiram no andamento do grupo.

Apesar das dificuldades encontradas no caminho, foi possível observar através dos relatos das entrevistadas, que os encontros foram proveitosos, pois a maioria dos participantes avaliou positivamente as atividades desenvolvidas. Foi unânime a importância da realização destes espaços para escuta e trocas entre gestantes, acompanhantes e profissionais, para além das consultas individuais.

Os entrevistados revelaram que, mesmo com as consultas realizadas pelos profissionais da ESF, ainda existem dúvidas acerca do período gestacional e sobre o período pós gestacional, como cuidados com o recém-nascido e amamentação. Isso evidencia que a proposta da Roda de Conversa foi favorável para aprimorar a assistência ao pré-natal.

Por outro lado, o grupo teve algumas fragilidades, como por exemplo a baixa adesão. Visto que na unidade cenário desta pesquisa, no período estudado, tinham 34 (trinta e quatro) gestantes em acompanhamento, e somente 8 (oito) participaram dos encontros e foram elegíveis para a participação. Além das gestantes, os acompanhantes/companheiros também poderiam participar da Roda, entretanto, a pesquisa contou com apenas um acompanhante.

Cabe ressaltar que, no período da pesquisa, a unidade estava atravessando por mudanças internas, como a transição de novos usuários para a unidade, reformulação de fluxos, redivisão de área. Isso pode ter influenciado para a baixa adesão. Além disso, o perfil da população desta unidade já era conhecido por baixa adesão em grupos, talvez pelo fato de ser em sua maioria jovens adultos que trabalham em horário comercial.

Algumas sugestões foram trazidas pelos participantes para um melhor aproveitamento do grupo no futuro, como a realização dos encontros aos sábados. Sabendo das dificuldades em relação ao funcionamento da unidade aos sábados, pois possui somente duas equipes, uma proposta seria a realização de pelo menos um encontro mensal aos sábados. Acredita-se que assim os acompanhantes possam participar, e até mesmo as gestantes que trabalham em horário comercial.

A unidade é campo de residência multiprofissional de saúde da família e residência multiprofissional de saúde da mulher, além de contar com o apoio do NASF. A inclusão de alguns destes profissionais e também de alguns ACSs no planejamento da Roda, pode ser favorável para aperfeiçoar a atividade. Sabendo-se

das dificuldades e sobrecarga das equipes de saúde da família que atuam na APS, acredita-se que a participação de outros profissionais também comprometidos, possa ser um fator que amplie o desenvolvimento de novos grupos educativos que se baseiem em metodologias ativas de ensino-aprendizado e, conseqüentemente, aprimorem a assistência prestada à população.

O planejamento é essencial para o bom andamento do grupo, os participantes devem estar motivados, devem ser incentivados para promoverem seu autocuidado. Os profissionais de saúde devem ser facilitadores neste processo, e não transmissores do conhecimento.

Neste sentido, a Roda de Conversa com as gestantes foi importante para a compreensão de que as unidades de saúde da família precisam ampliar ambientes seguros e saudáveis para estimular a troca de experiências entre as mulheres que estão grávidas e entre os profissionais que cuidam destas mulheres e seus familiares. A atividade permitiu que profissionais de saúde conhecessem melhor as gestantes, suas histórias de vida, seus medos, suas expectativas, possibilitando assim melhorar o cuidado ofertado a elas durante o período gravídico-puerperal.

Apesar das limitações deste estudo, avalia-se que os resultados permitem sugerir que atividades de grupo com base em metodologias ativas, sejam incorporadas no cotidiano da ESF, não somente na linha de cuidado do pré-natal, mas também nas demais linhas de cuidado que compreendem o cuidado de saúde na APS. Sugere-se também que novos estudos sobre práticas educativas em saúde que utilizem metodologias ativas sejam realizados, pois é um desafio realizar ações que se opõem ao modelo das condutas prescritivas e medicalizantes. Os profissionais de saúde devem se aperfeiçoar e fundamentar nos novos estudos científicos que comprovem a relevância da realização de ações de educação em saúde sob a perspectiva da integralidade e da complexidade dos sujeitos, nos quais as dimensões biológica, afetiva, psicológica, social e espiritual estão integradas e se retro-alimentam.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BARBOSA, Eduardo Fernandes; MOURA, Dácio Guimarães de. **Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica**. B. Tec. Senac, v. 39, n.2, p.48-67, Rio de Janeiro, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. Lisboa: 1977.

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa; WOSNY, Antônio de Miranda; HEIDEMANN, Ivonete; GRISOTTI, Márcia. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enferm, v.16, n.2, p. 307-314. Florianópolis, 2007.

BORGES, Thiago Silva; ALENCAR, Gidélia. **Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior**. Cairu em Revista, n.04, p. 119-143, 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.3, p.575-586, 2012.

BRASIL. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS – Construindo um modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Ministério da Saúde – Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde – Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde – Brasília, 2017.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; HIRT, Leila Maria; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. **Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado**. Rev Esc Enferm USP, v.47, n.2, p. 281-287, 2013.

CAMILLO, Bibiana Schultz; NIETSCHE, Elisabeta Albertina; SALBEGO, Cléton; CASSENOTE, Liege Gonçalves; DAL OSTO, Danile Silva; BOCK, Andressa. **Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa**. Rev. Enferm. UFPE on line, v. 10, n. 6, p. 4894-4901, Recife, 2016.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev. Bras. Enferm., v. 57, n. 5, p. 611-614, Brasília, set-out, 2004.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia; BRANDÃO, Ana Laura. **Trajectoria histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1351-1354, Rio de Janeiro, 2016.

CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. W. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz, 2006.

CASANOVA, F; OSORIO, L.C.; DIAS, LC. **Abordagem comunitária: grupos na atenção primária à saúde**. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática, v. 1, p.265-273. Porto alegre: Artmed; 2012.

COSTA, Christina Souto Cavalcante; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; RODRIGUES, Flávia Melo; MARTINS, Cleusa Alves; PINHO, Lícia Maria de Oliveira. **Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde**. Rev. Eletr. Enf., v.15, n.2, p.516-522, 2013.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira; FILHO, João Bosco; MEDEIROS, Soraya Maria; SILVA, Maria Betânia Maciel. **As rodas de conversa como espaço do cuidado e promoção da saúde mental**. Revista de Atenção à Saúde, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; REIS, Roberta Sena; CAMPOS, Aline Aparecida de Oliveira; GOMES, Andreia Patricia; ANTONIO, Vanderson Espiridião; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?** Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.1, p.171-179, 2011.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, marco Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, v.28, n.3, p. 425-437. Rio de Janeiro, 2012 .

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Marli Schubert. **Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire**. Rev Bras Enferm, v.63, n.4, p.567-573, Brasília, 2010.

FERTONANI, Hosanna, Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Editora Paz & Terra S.A. 25ª edição, São Paulo, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Editora Paz & Terra S.A. 17ª edição, Rio de Janeiro, 1987.

JESUS, Reniani Lami; ENGSTROM, Eliane; BRANDÃO, Ana Laura. **A expansão da estratégia saúde da família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade**. Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 37, n. 10, p. 1-11, Rio de Janeiro, 2015.

LEVY, Sylvain Nahum; SILVA, João José Cândido; CARDOSO, Iracema Fermont Ribeiro; WERBERICH, Paulo Mostardeiro; MOREIRA, Lygia Luiza Schmal; **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas**. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm#EDUCAÇÃO>. Acesso em 25 fev. 2020.

LIMBERGUER, Jane Beatriz. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência**. Comunicação, Saúde, Educação, v.17, n.47, p.969-975, 2013.

MARCONI, Marina Andrade, Lakatos Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

MARTINELLI, Katrini Gudolini; NETO, Edson Theodoro dos Santos; GAMA, Silvana Granado Nogueira; Oliveira, Adauto Emmerich. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MATOZINHOS, Fernanda Penido; ALBUQUERQUE, Juliana Peixoto; CAETANO, Laise Conceição. **Aplicação e avaliação da orientação de alta às puérperas do alojamento conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte**. Revista Mineira de Enfermagem, v.15, n.3, p.372-377. Minas Gerais, 2011.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; TEIXEIRA, Márcia. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Trabalho de Campo: Contexto de Observação, Interação e Descoberta**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 1, p. 14.

MORÁN, José. **Mudando a educação com metodologias ativas**. Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens, v.2, 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde**. Saúde Debate, v. 42, p. 11-24, jan-mar 2018.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. **A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível.** Revista Temas em Educação, v.23, n.1, p. 98-106, 2014.

NUNES, Juliana Teixeira; GOMES, Keila Rejane Oliveira; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015.** Caderno de Saúde Coletiva, v.24, n.2, p.252-261. Rio de Janeiro, 2016.

O'DWYER, Gisele; GRAEVER, Leonardo; BRITTO, Fernanda Adães; MENEZES, Tatiane; KONDER, Mariana Teixeira. **A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, p. 4555-4567, 2019.

OLIVEIRA, Sheyla Costa; FERREIRA, Juliana Gomes; SILVA, Pollyane Moura Pereira; FERREIRA, Juliana Maria; SEABRA, Renny de Almeida; FERNANDO, Virgínia Conceição Nascimento. **A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal.** Cogitare Enferm., v. 14, n. 1, p. 73-78, jan-mar, 2009.

PRADO, Marta Lenise; VELHO, Manuela Beatriz; ESPÍNDOLA, Daniela Simoni; SOBRINHO, Sandra Hilda; BACKERS, Vânia Marli Schubert. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde.** Esc. Anna Nery, v. 16, n. 1, p. 172-177, jan-mar, 2012.

RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; SILVA, Bárbara Tarouco; CARDOSO, Letícia Silveira; SILVA, Priscila Arruda; STREFLING, Ivanete da Silva Santiago. **Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem.** Revista Espaço para a Saúde, v. 16, n. 3, p. 73-82, Londrina, jul-set, 2015.

SALCI, Maria Aparecida; MACENO, Priscila; ROZZA, Soraia Geraldo; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões.** Texto Contexto Enferm, v.22, n.1, p.224-230. Florianópolis, 2013.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. **Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária à saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TADDEO, Patrícia da Silva; GOMES, Kilma Wanderley Lopes; CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatália Meneses de Amorim; OLIVEIRA, Giselle Cavalcante; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação.** Ed. Atlas, 1987.

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; BORBA, Marta Riegert; COSTA, César Francisco da Silva. **Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivos para a (não) procura.** *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 120-127, jan-mar, 2013.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: Roda de conversa com gestantes e familiares: relato de experiência de uma atividade de educação em saúde em uma unidade de saúde da família, que tem como objetivo central: Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal através de atividades de educação em saúde realizada por profissionais atuantes de unidades de saúde da família.

Sua participação não é obrigatória e consistirá de entrevista gravada com perguntas sobre a Roda de conversa a qual o (a) Sr (a) participou. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, podendo apenas despertar leve constrangimento durante a entrevista. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a interromper a entrevista e perguntar ao participante se deseja suspendê-la. **Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera o pesquisador de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.**

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação dos conhecimentos sobre práticas educativas realizadas no período gestacional, possibilitando melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal.

Os dados coletados serão **utilizados apenas nesta pesquisa e** mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco)

anos após o término da pesquisa Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos dos Comitês de Ética e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

---

Bianca Gonçalves Albuquerque  
E-mail: [bianca.g.albuquerque@gmail.com](mailto:bianca.g.albuquerque@gmail.com)  
Cel: (21)97632-3929

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-39380962  
E-mail: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com) ou  
[cepeeanhesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeanhesfa@eean.ufrj.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga(Instituição Coparticipante), 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 .

Assinatura do(a) Participante	Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar
Nome em letra de forma do Participante	
Assinatura do(a) Pesquisadora	
Nome em letra de forma do Pesquisador	

**APÊNDICE B**  
**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**  
**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Sexo:
2. Idade:
3. Profissão
4. Escolaridade:
5. Estado civil:
6. Número de filhos:
7. Idade dos filhos:
8. Partos a termo:
9. Partos pré-termo:
10. Tipos de partos:

## **ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS GESTANTES E FAMILIARES**

- A) Fale um pouco sobre a roda de gestantes que você participou, como foi sua experiência com esta atividade?
- B) Você acha que ter participado da roda de conversa foi bom, ruim, ou não fez diferença para sua gravidez? E para sua vida? Por que?

Caso os temas abaixo não tenham aparecido nestas primeiras questões, será perguntado:

- 1) Quais foram os momentos que você mais gostou?
- 2) Quais foram os momentos que você menos gostou?
- 3) Além da consulta, você considera importante ter encontros como esses para discutir a gestação? Por quê?
- 4) Você recomendaria que houvesse mais grupos como esse nessa unidade?
- 5) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar uma atividade de grupo como essa?

## **ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS**

- A) Fale um pouco sobre a roda de gestantes que você participou, como foi sua experiência com esta atividade?
- B) Você acha que ter participado da roda de conversa foi bom, ruim, ou não fez diferença na sua prática profissional? E para sua vida? Por que?

Caso os temas abaixo não tenham aparecido nestas primeiras questões, será perguntado:

- 1) Quais foram os momentos que você mais gostou?
- 2) Quais foram os momentos que você menos gostou?
- 3) Além da consulta, você considera importante ter encontros como esses para discutir a gestação? Por quê?
- 4) Você recomendaria que houvesse mais grupos como esse nessa unidade?
- 5) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar uma atividade de grupo como essa?