

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RODRIGO FARIA DORNELAS

**PARTICIPAÇÃO DE GESTANTES EM GRUPOS EDUCATIVOS DO
PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Goiânia
2016**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

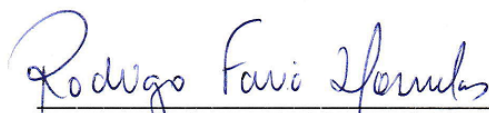
Nome completo do autor: Rodrigo Faria Dornelas

Título do trabalho: Participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal na atenção básica

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 17/04/2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

² A assinatura deve ser escaneada.

RODRIGO FARIA DORNELAS

**PARTICIPAÇÃO DE GESTANTES EM GRUPOS EDUCATIVOS DO
PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a Nilza Alves Marques Almeida

Goiânia

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Faria Dornelas, Rodrigo

Participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal na
atenção básica [manuscrito] / Rodrigo Faria Dornelas. - 2016.
81 f.

Orientador: Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção em
Saúde. 4. Estrutura de Grupo. I. Alves Marques Almeida, Nilza,
orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

Aos 20 dias do mês de dezembro de 2016, às 09h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia e Saúde Pública/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Cleusa Alves Martins (Membro Externo) e Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “ Participação de Gestantes Em Grupos Educativos do Pré-Natal na Atenção Básica”, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Rodrigo Faria Dornelas**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou o candidato Aprovado (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:30 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Prof. Dra. Nilza Alves Marques Almeida
Presidente e Orientadora / UFG

Prof. Dra. Cleusa Alves Martins
Membro Externo

Prof. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno

DEDICATÓRIA

A meu pai, meu herói, Maurílio Batista Dornelas, o melhor pai, coração e alma, que um filho poderia ter tido. Quero sempre poder honrá-lo. Muitas Saudades...

A minha mãe Darci, por sempre estar ao meu lado sendo a melhor mãe do mundo e símbolo de caráter e honestidade.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pelo Dom da Vida, por sua presença em todos os momentos da minha vida, principalmente da concretização dessa conquista.

À **Minha Família, meu pai e minha mãe**, minhas totais referências a quem além de serem instrumentos da minha vinda ao mundo, são as pessoas que estão a frente dessa vitória.

À minha esposa **Patrícia**, meu amor, por dividir comigo um lar e sempre zelar da nossa família, inspirou-me e me deu força na inscrição, durante todas as dificuldades e sugestões para a construção deste estudo. Agradeço a Deus pela oportunidade de sermos um casal muito abençoado.

Ao meu sogro, **Sr. Welington** e minha sogra, **Sra, Aparecida** por serem pessoas maravilhosas a qual Deus colocou em meu caminho.

À Profa. Dra. **Nilza Alves Marques Almeida**, pela atenção e zelo com quem me orientou, e por acreditar em minha competência na realização deste trabalho.

Aos Grandes Amigos de Anápolis, **Gabriel, Rossine, Denys e Leandro**, pelo companheirismo em todas as etapas da minha vida desde criança.

Aos meus Grandes Amigos **Neuran e Luiz** do Hospital das Clínicas pessoas maravilhosas a quem tenho a honra de conviver.

A colega de Plantão do Centro- Cirúrgico do Hospital das Clínicas minha Amiga **Lucimara**, sempre colaborando de alguma forma a facilitar minha participação durante o Mestrado.

Aos **professores do mestrado**, pelo amor e dedicação com quem me ensinaram a ser mestre.

Aos **funcionários do Distrito Sanitário Campinas-Centro (DSCC)**, pelo apoio e colaboração no fornecimento dos dados necessários à pesquisa.

Às **Gestantes**, participantes do estudo, por disponibilizarem informações e possibilitarem a realização deste trabalho.

A **todos** que estiveram direta ou indiretamente nesta caminhada, meu eterno agradecimento.

DORNELAS, R.F. Participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal na atenção básica. [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2016.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a atenção pré-natal de qualidade e humanizada a partir da inclusão de condutas acolhedoras e educativas, com número mínimo de seis consultas para o acompanhamento adequado da gestante. O grupo educativo constitui um espaço interativo de preparo da gestante para o período gravídico-puerperal, permite o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre as gestantes e profissionais da saúde para que favoreçam a promoção da saúde e humanização. Este estudo objetivou analisar a participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal, em unidades de atenção básica de saúde, do Distrito Sanitário Campinas-Centro de Goiânia-Goiás. Trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado em 2014 e 2015, com 90 gestantes maiores de 18 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde, cadastradas no programa pré-natal de quatro Unidades de Atenção Básica de Saúde de Goiânia-Goiás. As gestantes foram entrevistadas acerca da sua participação do grupo educativo de pré-natal, após aceite voluntário por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Realizou-se análise descritiva dos dados, com utilização da medida de frequência absoluta (n) e relativa (%). Os resultados foram categorizados e apresentados em forma de tabelas e figuras. A grande maioria das participantes apresentou idade entre 18 a 28 anos, mais de nove anos de estudo, união estável, atividade de trabalho remunerado com renda de até dois salários mínimos, sem imóvel próprio, gestação normal no terceiro trimestre com média de cinco consultas. Os temas de maior interesse das gestantes foram “Cuidados com o recém-nascido” (77,8%) e “Amamentação” (55,6%). Os fatores facilitadores e dificultadores para a participação no grupo de gestantes foram, respectivamente: horário dos encontros (60% e 34,4%), local (78,9% e 14,4%); disponibilidade pessoal (53,3% e 46,7%), horário de trabalho (27,8% e 34,4%), horário de estudo (33,3% e 6,7%), ter quem cuida dos filhos (22,2%) e não ter (7,8%), não ter filhos (43,3%) e locomover até a unidade de saúde (14,4%). Concluiu-se que a participação das gestantes nos grupos educativos do pré-natal foi diferente entre as UBS e influenciada pela disponibilidade ao “horário do grupo”, “local dos encontros” e “Não ter filhos”. Isto reforça o papel do enfermeiro no planejamento e gestão do grupo como importante estratégia de promoção e educação em saúde da gestante e de sua família.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Educação em Saúde. Promoção em Saúde. Estrutura de Grupo.

DORNELAS, R.F. Participation of pregnant women in prenatal education groups in primary care. [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

The Ministry of Health (MS) recommends quality and humanized prenatal care based on convenient and educative behavior, in addition to the minimum of six visits for a proper follow-up of the pregnant woman. The education group is an interactive space that prepares the pregnant woman for the pregnancy and puerperal period. It enables the exchange of experience and knowledge among pregnant women and health professionals in order to promote health and humanization. The present study aimed to analyze the participation of pregnant women in pre-natal education groups in basic health care units of the Sanitary District Campinas-Centro of Goiânia-Goiás. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study with a quantitative approach which was carried out between 2014 and 2015, with pregnant women over 18 years of age. The pregnant women were enrolled in the prenatal program of four Basic Health Care Units in Goiânia -Goiás. The pregnant women were interviewed about their participation of the prenatal education group before voluntary acceptance through the Informed Consent Form. We performed a descriptive analysis of the data using absolute (n) and relative (%) frequency measurements. The results were categorized and presented in tables and figures. This study was conducted in a population of 90 pregnant women. The majority of the participants were aged between 18 and 28 years, more than nine years of schooling, living with his partner, income of up to two minimum wages and they did not own a property. They had normal pregnancy in the third trimester with an average of five follow-up visits and had been pregnant previously. The subjects of greatest interest to the pregnant women were "Newborn Care" (77.8%) and "Breastfeeding" (55.6%). Regarding other topics, "Indications and types of childbirth" was pointed out as the most relevant. The facilitating and hindering factors for the participation in the pregnant group were, respectively: meeting schedule (60% and 34.4%), place (78.9% e 14.4%); personal availability (53.3% e 46.7%), working schedule (27.8% and 34.4%), study schedule (33.3% and 6.7%), having someone to take care of their children (22.2%) and not having someone to take care of their children (7.8%), not having children (43.3%) and transportation (14.4%). We concluded that the participation of the pregnant women in the prenatal education groups was different among the healthy units and influenced by availability with "meeting schedule", " place" and "not having children". The results reinforce the role of nurses in the planning and management of the group as an important strategy for health promotion and education for pregnant women and their families.

Keywords: Basic Health Care. Health Education. Health Promotion. Group Structure.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 –** Temas preconizados para serem informados à mulher e à família nas abordagens educativas, no período pré-natal e puerperal. **28**
- Quadro 2 –** Estabelecimentos de Saúde do Distrito Sanitário Campinas-Centro, conforme relatório detalhado do segundo quadrimestre ano 2015, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO. **40**
- Quadro 3 –** Variáveis de estudo divididas por blocos, segundo os roteiros de entrevista. **44**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil sociodemográfico de gestantes de Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	47
Tabela 2 –	Distribuição dos condicionantes socioeconômicos das gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	48
Tabela 3 –	Número de consultas de pré-natal segundo número de gestantes e a idade gestacional por Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	49
Tabela 4 –	Categorias de respostas sobre a compreensão de pré-natal pelas gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	50
Tabela 5 –	Categorias de respostas sobre a compreensão de grupo educativo do pré-natal pelas gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	52
Tabela 6 –	Categorias de respostas sobre a importância do grupo educativo do pré-natal para as gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015	53
Tabela 7 –	Conhecimento de gestantes de Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro sobre o grupo educativo. Goiânia-GO, 2014-2015.	54
Tabela 8 –	Distribuição dos temas sobre os períodos gravidez, parto e puerpério, indicados por ordem de relevância pelas gestantes, para os grupos educativos das Unidades de Atenção Básica à Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.	55
Tabela 9 –	Horário como fator facilitador e dificultador da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.	58

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 –** Mapa do município de Goiânia com a divisão dos sete Distritos Sanitários de Saúde. **39**
- Figura 2 –** Ações desenvolvidas no pré-natal conforme conhecimento das gestantes das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015 **51**
- Figura 3 –** Profissionais que convidaram as gestantes para participar do grupo educativo de pré-natal, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015. **56**
- Figura 4 –** Fatores facilitadores e dificultadores da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015. **57**
- Figura 5 –** Local de encontro do grupo educativo como fator facilitador de participação das gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015. **58**
- Figura 6 –** Ter e não ter com quem deixar os filhos como fatores facilitadores e dificultadores da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015. **59**
- Figura 7 –** Disponibilidade de tempo como facilitador e deslocamento como dificultador da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015. **60**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CIAMS	Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária
CRASPI	Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
CROF	Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia
CS	Centro de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DPP	Data Provável do Parto
DS	Distritos Sanitários
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do pré-natal e puerpério
SM	Salário Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPAIS	Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UABS	Unidade de Atenção Básica em Saúde

SUMÁRIO

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Atenção Pré-natal no Sistema Único de Saúde	21
3.2 Atividade Grupal como Estratégia de Cuidado Pré-Natal	25
3.3 Promoção e Educação em Saúde Pré-natal na Atenção Básica	29
3.4 Educação Permanente dos profissionais de saúde na Atenção Básica	34
4 METODOLOGIA	38
4.1 Tipo de Estudo	38
4.2 Caracterização do Cenário de Estudo	38
4.3 Definição do Cenário de Estudo	41
4.4 População e Amostra do Estudo	43
4.5 Coleta de dados	43
4.6 Procedimentos de Acesso e Tratamento das Variáveis	43
4.7 Avaliação dos Instrumentos de Coleta de Dados	45
4.8 Análise dos Dados	46
4.9 Aspectos Éticos e Legais	46
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	61
7 CONCLUSÕES	67
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
9 REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	75
APÊNDICES	76

APRESENTAÇÃO

A realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva é resultado de um trabalho de vários professores que perpassaram em minha vida acadêmica. A investidura, esforço e persistência de toda essa conquista têm como responsáveis meus pais.

A escolha e admiração pela Enfermagem foram inspiradas por minha mãe, Técnica em Enfermagem. Durante nossas conversas ela sempre contou inúmeras histórias de seus diversos plantões. Assim, ela nos transmitia toda a fascinação da área do cuidar.

Durante minha trajetória acadêmica, fui bolsista durante dois anos na Clínica–Cirúrgica do HC-UFG onde consegui aprimorar o conhecimento teórico–prático na busca de um melhor processo assistencial. Concomitante a isso fui estagiário do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Sociedade (NEPSS) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás onde tive o primeiro contato com as diversas atividades de pesquisa.

A partir de julho de 2009, já graduado em Enfermagem, após aprovação em concurso Público da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia fui lotado no Distrito Sanitário Leste como Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, onde até hoje desenvolvo minhas atividades.

Atuando como facilitador no trabalho da Atenção Básica em Saúde Pública, verifiquei a necessidade de aprofundar meus conhecimentos, e em outubro de 2011 iniciei minha Pós-Graduação em Epidemiologia, concluindo-a em 2012.

Assim, a partir da atuação em diversos cenários da Saúde Pública em atividades no campo da epidemiologia como supervisor de programas de saúde na região Leste, sempre busquei o conhecimento a ser aplicado na rotina de trabalho.

A partir da minha experiência na área de Promoção e Educação em Saúde e Gestão dos Serviços de Saúde pude observar a dinamicidade e interlocução dessas grandes áreas. Na área de Promoção e Educação em Saúde identifiquei a diretriz para meu estudo, no mestrado profissional em Saúde Coletiva.

Por considerar relevante e indispensável a aplicação dos conhecimentos científicos a serem produzidos a partir da dissertação de mestrado, tendo como objeto de

estudo: a participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal na atenção básica de saúde de Goiânia-Goiás, para subsidiar o desenvolvimento do processo de trabalho em Saúde Pública e, conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde da mulher.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que deve ser entendido por gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvida por modificações dinâmicas do ponto de vista biopsicossocial (BRASIL, 2010). Por isso, é essencial que as gestantes possuam conhecimento acerca das modificações corporais e psicoemocionais do período gestacional (CREMONESE et al., 2012).

O ciclo de informações inadequadas ou a falta de informações acerca dos aspectos da gravidez e do parto, inicialmente, gera na gestante o medo do desconhecido e a tensão emocional, que influenciam negativamente no período gravídico-puerperal. Cabe à equipe de saúde acolher a gestante e a sua família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde, para promover as orientações e o acompanhamento adequados às suas necessidades (SILVA et al., 2015). Conhecimentos e informações de diferentes experiências devem ser trocadas entre as gestantes e os profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza atenção pré-natal humanizada e de qualidade e a partir do acesso aos serviços de saúde com condutas acolhedoras, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar de alto risco. Assim como a facilidade de acesso aos serviços de saúde qualificados, sem intervenções desnecessárias (BRASIL, 2012a).

O período pré-natal é uma fase de preparo físico e psicológico para o parto e para a maternidade. É um momento de grande aprendizado e oportunidade para os profissionais de saúde desenvolverem ações educativas como componentes do processo de cuidar (SILVA et al., 2015). Por isso, não se deve restringir em ações apenas clínico-obstétricas. É necessário incluir nessa assistência, além das ações educativas em saúde, os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, para entender as gestantes no contexto em que vivem, agem e reagem (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Entre os parâmetros estabelecidos pelo MS na atenção pré-natal, destaca-se a importância da realização de atividades educativas, além do número mínimo consultas para o acompanhamento adequado da gestante (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em evidências científicas, propôs novo modelo de atenção pré-natal com aumento do número de consultas — de quatro para oito — para o acompanhamento das gestantes do SUS por profissionais de saúde. Um mínimo de oito consultas pode reduzir as mortes perinatais em até 8 para cada mil nascidos vivos, quando comparado ao número anterior de seis consultas. Para tanto, as diretrizes indicam atendimento especializado durante as 12 primeiras semanas de gestação, com visitas subsequentes na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas (OMS, 2016).

As atividades educativas podem ser realizadas em grupo ou individualmente, utilizando-se de linguagem clara e compreensível, para oferecer as informações necessárias e respostas às indagações da gestante ou da família (BRASIL, 2012a).

As ações educativas são muito importantes em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal. No pré-natal, a mulher deve ser orientada sobre a gestação e o parto para favorecer uma vivência positiva e satisfatória no puerpério para reduzir os riscos de complicações e favorecer o sucesso na amamentação. Para tanto, os profissionais de saúde devem adotar a postura de facilitadores do processo educativo para compartilhar saberes e favorecer à mulher o desenvolvimento de autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério com segurança e satisfação (DUARTE et al., 2011).

As atividades grupais consistem em método privilegiado que permite ao mesmo tempo a investigação e a intervenção (DELFINO et al., 2004). Desta forma, é um método adequado para o desenvolvimento de educação e promoção em saúde com gestantes.

A educação em saúde é entendida como a combinação de experiências de aprendizagem e a promoção em saúde diz respeito à combinação de polos educacionais e ambientais (SANTOS; PENNA, 2009). Essas propostas estão inseridas nas ações de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como parte da assistência pré-natal (BRASIL, 2005).

No campo da ESF, verifica-se que as atividades de grupo, geralmente são organizadas de acordo com as demandas programáticas e estão cada vez mais frequentes. A atividade de grupo é um instrumento metodológico eficaz, capaz de proporcionar a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo

incorporados aspectos importantes que fundamentarão comportamentos para a promoção da saúde (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

A intervenção grupal tem por objetivo facilitar o surgimento de novas visões dos fatos e acontecimentos e proporcionar o exercício do respeito à diferença. Esses são os pilares para a aprendizagem de novos papéis sociais, inclusive o de ser mãe, ou seja, produzirem significado para a experiência social materna (KLEIN; GUEDES, 2011).

A atividade com grupo de gestantes constitui um aspecto muito importante da assistência pré-natal, por colaborar no intercâmbio de experiências e conhecimentos entre as gestantes e profissionais da saúde para redução dos índices de morbimortalidade materna e infantil. Isso viabiliza a promoção da saúde da gestante e sua família. Portanto, é imprescindível o envolvimento e engajamento cada vez maior dos profissionais de saúde nessa modalidade de assistência à gestante (SILVA et al., 2015).

Os grupos de gestantes são de suma importância, no entanto aos profissionais de saúde que se proponham a trabalhar com grupos devem ter clareza dos objetivos e das tecnologias educativas adequadas para sua condução, necessitam também respeitar a singularidade de cada um dos membros do grupo e elaborar um planejamento para condução tranquila e satisfatória do grupo e favorecer o aprendizado sobre o ciclo gravídico-puerperal às gestantes (BORGES, 2005).

O grupo educativo para gestantes, preconizado pelo MS no programa pré-natal da Atenção Básica, encontra-se implantado em diversas unidades de saúde de Goiânia-Goiás. Diante dessa inserção ou não da gestante no grupo educativo na rede básica do Sistema Único de Saúde, questiona-se: Quais os fatores associados à participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal na Atenção Básica?

Espera-se que este estudo ofereça subsídios para a rede de Atenção Básica, com vistas a reduzir os fatores intervenientes na adesão das gestantes ao grupo educativo no período pré-natal e potencializar esse espaço de promoção e educação em saúde para garantia da qualidade da assistência obstétrica humanizada à mulher.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a participação de gestantes em grupos educativos do pré-natal, em unidades de atenção básica de saúde, do Distrito Sanitário Campinas-Centro de Goiânia, Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico e obstétrico de gestantes;
- Verificar o conhecimento das gestantes sobre o grupo educativo;
- Descrever os temas apontados pelas gestantes como relevantes para o grupo educativo no pré-natal;
- Identificar os fatores que interferem na participação de gestantes no grupo educativo do período pré-natal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Pré-natal no Sistema Único de Saúde

A gestação é um evento de extrema importância na vida da mulher e permeada por valores e transformações, que se constituem como singulares, sendo experimentados pelas mulheres de formas distintas (BRASIL, 2012a). É caracterizada por mudanças físicas e psicológicas que exigem o acolhimento e o acompanhamento pré-natal à mulher (BRASIL, 2003a).

A assistência pré-natal promove um efeito na promoção à saúde materna e a neonatal sendo ainda consensual na literatura ao assegurar, que compreende um conjunto de ações voltadas à redução do risco e da severidade da morbimortalidade para a gestante e sua família (BRASIL, 2005a; CHEN et al., 2007).

No Brasil, a partir da década de trinta até meados de setenta, a assistência se atribuía apenas a especificidade biológica da reprodução à mulher e a maternidade. Nesse período, as políticas públicas e a assistência à saúde da mulher se desenvolveram a partir de uma visão reducionista da saúde da mulher (BALLARIN et al., 2008).

Esse cenário começou a se modificar a partir dos anos oitenta, com a estruturação de movimentos feministas e a disseminação do movimento de reforma sanitária no País (BALLARIN et al., 2008; BRASIL, 2010).

Diante dessa nova forma de enxergar a saúde da mulher, esse novo conceito rompeu definitivamente com a oferta de ações relacionadas apenas à gravidez e ao parto preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno-Infantil. Abriu-se espaço para a valorização da autonomia da mulher, aumentando a importância das práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica (BRASIL, 2010).

A partir disso, foram propostas ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação de acordo com as demandas provenientes do perfil populacional das mulheres, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério; orientação no planejamento familiar e prevenção e tratamento

de doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 2010).

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando início às transformações das políticas voltadas à saúde da mulher. Esse programa trazia muitas novidades às mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, as mulheres passam a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos da vida, em todos os seus papéis na sociedade e em todos os seus problemas e anseios de saúde (BRASIL, 2010).

O planejamento familiar instituído pela Constituição de 1988 foi regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, com plenas garantias por parte do Estado para que as pessoas decidissem se queriam ou não ter filhos (BRASIL, 2010).

Com a necessidade de garantir cuidado pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e estabelecer nova estratégia, o Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Esse programa objetivou o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2004a).

Foi criado no ano 2000 o primeiro Sistema de Informação em Saúde (SIS) específico para acompanhamento das gestantes, o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), disponibilizado aos municípios pelo DATASUS (BRASIL, 2000). Esse sistema de informação possibilita o monitoramento da implementação dos critérios mínimos estabelecidos pelo PHPN e a melhoria da gestão dos serviços, por meio de um conjunto de relatórios e indicadores de processo e resultados sobre a atenção pré-natal e puerperal que permitem aos gestores acompanhar a assistência prestada (BRASIL, 2002).

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Na perspectiva de gênero, a PNAISM busca reafirmar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivo, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual. Engloba, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas

não transmissíveis e de câncer ginecológico. Também se ampliam ações com grupos historicamente marginalizados pelas políticas públicas (BRASIL, 2004a).

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás e alvo deste estudo, estão entre os sete municípios que implantaram o PSF em 1998. Contou inicialmente com a atuação de oito Equipes Saúde da Família. Até o presente momento, primeiro semestre de 2016 (29/06/2016), segundo informação fornecida pelos membros da Gerência de Atenção Primária Municipal, estão implantadas 186 equipes divididas em sete Distritos Sanitários nas regiões: Noroeste, Norte, Sul, Leste Sudoeste, Oeste e Central (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016; INFORMAÇÃO VERBAL).

A Atenção Básica (AB) tem recebido destaque no sistema de saúde brasileiro. Inicialmente por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), que depois passou a ser identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde 1998, o PSF tem sido a principal ação de estruturação da AB, por meio da reorganização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com foco nas famílias e comunidades, integrando a assistência médica com a promoção e a prevenção no âmbito da saúde (PAIM et al., 2011).

Em vários municípios brasileiros, a ESF viabilizou a presença de profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) em locais onde a população era desprovida de qualquer serviço na área de saúde. A redução significativa da mortalidade infantil, principalmente as associadas as baixas coberturas vacinais, doenças diarreicas e infecções respiratórias, são resultados observados ao longo de dez anos de atuação das Equipes saúde da Família (BRASIL, 2002a; FRANCO; ROCHA, 2000).

Os pressupostos da AB seguem os fundamentos do SUS: a saúde como direito fundamental do ser humano; a integralidade da assistência; a universalidade; a equidade; a resolatividade das ações de serviços de saúde; a intersetorialidade com outros órgãos públicos; a humanização do atendimento e a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 1999).

Atualmente a ESF constitui o principal modelo de Atenção Básica do Brasil e apresenta potencial para realizar um cuidado pautado pela integralidade, longitudinalidade, territorialização e pela construção de vínculo (BRASIL, 2012b).

Na perspectiva de rede, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada do SUS e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Uma de suas funções é a coordenação do cuidado e apresentar respostas aos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em cada território com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e articular com outras políticas públicas para garantir a efetividade às suas ações (BRASIL, 2006a; 2006b).

Em 2011, o MS implanta a Rede Materno-Infantil – Rede Cegonha como estratégia dentro da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta propõe articular cuidados que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. E, às crianças, proporcionar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha se configura de forma a sistematizar e garantir os seguintes componentes: acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com incentivo ao parto normal; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e direito sexual e reprodutivo com a implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos, promoção, prevenção e tratamento de DST/AIDS; orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011a).

O Programa de Atenção à Saúde da Mulher constitui uma das principais formas de ação da ESF e nesse contexto integra a Rede Cegonha, podendo atuar em seus componentes (BRASIL, 2012a).

De acordo com normatização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), o pré-natal, em sua essência, se constitui como “um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito”.

Neme (2000) reafirma que o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne patologias, tais como anemias, doenças hipertensivas gestacional (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); também colabora com o preparo psicológico materno para o

parto, promove vigilância do processo de formação e desenvolvimento do organismo fetal, além de prevenção do abortamento, risco de parto prematuro e óbito perinatal.

Dessa forma a determinação de uma situação de risco, contudo, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, porém, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação esclarecida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a UBS deve continuar responsável pelo acompanhamento da gestante encaminhada ao serviço de saúde de referência de risco (BRASIL, 2012a).

Assim em 2016, de forma oportuna e adequada a partir de práticas baseadas em evidências, a OMS propôs complementações as orientações já existentes acerca da gestão de complicações especificamente relacionadas com a gravidez. Foram elaboradas 39 recomendações relacionadas com cinco tipos de intervenções: Intervenções nutricionais, Avaliação da mãe e do feto, Medidas preventivas, Intervenções para sintomas fisiológicos comuns e Intervenções para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais. A partir disto, preconizou modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito consultas para acompanhamento das gestantes. Destaca-se assim, a proposta de repensar o mínimo de seis consultas de pré-natal preconizado pelo MS, no Brasil.

3.2 Atividade Grupal como Estratégia de Cuidado Pré-Natal

Na assistência ao pré-natal a partir da confirmação da gravidez o acompanhamento a gestante, por meio das consultas médica e de enfermagem e outras ações preconizadas devem ser implementadas. Com orientações referentes ao pré-natal, como a sequência das consultas (médica e de enfermagem), e o intervalo entre as consultas, visitas domiciliares e as reuniões educativas (BRASIL, 2000).

O componente educativo visa contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida (PENNA et

al., 1999). A ação educativa, como um dos componentes das ações básicas de saúde, para o Ministério da Saúde (1984, p.16) deve:

Ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas.

O Ministério da Saúde (2000) preconiza que as atividades educativas constituem o foco do processo de aprendizagem e devem ser realizadas em grupo e também individualmente. As atividades educativas necessitam conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais, cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar. Devem respeitar a cultura e o saber popular para minimizar suas dúvidas, medos e ansiedade, principalmente, no momento do parto.

Para Alonso (1999), as atividades educativas com grupos favorecem o desenvolvimento e o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. Portanto, a implementação de grupos de gestantes é essencial para garantir uma abordagem integral ao período gestacional (REBERTE; HOGA, 2005).

A necessidade do trabalho em grupo está presente em quase todos os tipos de ambientes que exigem convivência entre pessoas, principalmente no contexto atual. Munari e Zago (1997) acreditam que através do grupo as pessoas podem desenvolver diversas atividades, intensificar e valorizar suas relações pessoais e interpessoais, realizar tarefas, oferecer e receber ajuda.

Vale ressaltar que em determinadas etapas de sua vida o ser humano busca adentrar-se em certos grupos mais específicos, especialmente em momentos de dificuldade, quando sente necessidade de ser acolhido e identificado com pessoa que vivencia as mesmas situações. A fase da gestação é uma dessas etapas, pois a gestante e o seu companheiro/família passam por uma série de mudanças em suas vidas. Neste período, além das mudanças orgânicas da gestante ocorrem as mobilizações psicológicas para que ela se adapte ao novo papel social que lhe será conferido a partir da concretização da maternidade (SARTORI; VAN, 2004; VIÇOSA, 1997).

Um dos componentes da atenção pré-natal é a promoção da educação em saúde e em contrapartida a cidadania. Esta política é recomendada pelo MS, desde o ano de 2000, através de uma série de medidas do Programa de Humanização do Pré-natal (PHPN) que propõem alcançar à mulher uma atenção primária com segurança, qualidade e efetividade, garantir uma gestação segura e saudável que favoreça o parto e nascimento seguro. Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde, por meio de grupo de gestantes, foi estabelecida como uma das principais estratégias para a melhoria da qualidade da atenção à saúde pré-natal (BRASIL, 2000; FRANK, 2009).

Na literatura não existe uma forma única para a realização de grupos, inclusive de gestantes. Existem, na verdade, relatos de experiências e protocolos que podem orientar a estruturação de trabalhos em grupos (FURLAN; CAMPOS, 2010). Os grupos devem ser tão variados quanto a necessidade populacional e podem seguir diversos temas e enfoques, a depender de diferentes aspectos como a demanda, as características dos participantes, o espaço físico:

Podem ser: esclarecedores, de aprendizado, informativos, terapêuticos, de ajuda mútua, geradores de renda, motivacionais, de aprendizado dos conhecimentos culturais locais, analíticos, de autoajuda, de treinamento, desde que propiciem o aumento do grau de autonomia de suas ações e do autocuidado para melhora da qualidade de vida (FURLAN; CAMPOS, 2010, p. 112).

Os relatos mostram que as reuniões devem acontecer em forma de “roda de conversa”, onde o coordenador do grupo tenha a função de complementar os conhecimentos já próprios daquela população, indicando o que é mais correto. Não é aconselhável que sejam realizadas reuniões de grupos em forma de palestra, o ideal é deixá-las falar sobre suas dúvidas e seus medos (OSORIO et al., 2000).

A escolha do local em que os encontros ocorrerão também deve ser realizada junto com as gestantes, pois eles podem ser feitos na unidade de saúde, no centro comunitário, na associação de bairro, na escola. A dinâmica das atividades também deve ser bem planejada, pois a forma de trocar conhecimentos pode conquistar as futuras mães para os próximos encontros ou pode afastá-las das próximas reuniões. Convidar outros profissionais (nutricionista, assistente social, fisioterapeuta) para participar de encontros pontuais enriquece o conhecimento do grupo e pode despertar maior interesse (OSORIO et al., 2000).

O Ministério da saúde (2006c; 2012a) preconiza que durante o pré-natal e no puerpério, a mulher e a família, devem receber informações sobre os seguintes temas descritos no quadro 1, nas abordagens com as ações educativas.

Quadro 1 – Temas preconizados para serem informados à mulher e à família nas abordagens educativas, no período pré-natal e puerperal.

Importância do pré-natal;
Cuidados de higiene;
Realização de atividade física específica para gestantes, para preparação corporal e emocional necessária ao parto e recuperação pós-parto;
Promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição para as áreas e regiões endêmicas);
Desenvolvimento da gestação;
Modificações corporais e emocionais;
Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
Sinais de alerta na gravidez e medidas de cuidado (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
Sinais de trabalho de parto e parto;
Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
Saúde mental e violência doméstica e sexual;
Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;;
Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento

saudável da criança;
Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
Importância das consultas puerperais;
Cuidados com o recém-nascido;
Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Enfim, Rios et al. (2007) reforçam a importância da realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, no entanto, destacam que durante o pré-natal a gestante necessita ser mais bem orientada, avaliada e acompanhada para que possa viver a gestação, o parto e o puerpério de forma harmoniosa e segura.

3.3 Promoção e Educação em Saúde Pré-natal na Atenção Básica

A Promoção da Saúde inseriu os conceitos de “*empowerment*”, um conceito chave entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e de participação comunitária, que conduz às mudanças sociais. Isso é o resultado da aquisição de conhecimento relativo a capacidades discursivas, cognitivas e processuais (REBERTE et al., 2012).

Uma dimensão mais abrangente desse conceito na prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, com vistas à transformação das realidades social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

Essa concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância da falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas. A

Promoção da Saúde configura-se como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

Nessa perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, para contribuir com a autonomia dos usuários dos serviços de saúde no agir a partir de seu envolvimento como sujeitos ativos, na medida em que contribui para valorizar capacidades, autoestima, autoconfiança e autorrealização (ZAMPIERI et al., 2010).

Como a ESF trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e objetivando melhorar o estado de saúde da população a partir de um modelo de atenção, voltado à família e à comunidade, que inclui desde a proteção e promoção da saúde até identificação precoce e tratamento de doenças (BRASIL, 2012b), a relação educativa acentua-se, por favorecer o conhecimento dos usuários do serviço sobre o seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

A ESF além de constituir um espaço de promoção do cuidado às mulheres e também às gestantes tem no componente a educação em saúde, uma estratégia dos profissionais de saúde para promover o saber científico sobre o processo saúde-doença com vistas a alcançar o cotidiano das pessoas e propiciar mudanças culturais e aquisição de hábitos saudáveis (MACHADO et al., 2007).

Segundo Pereira, Penteado e Marcelo (2000, p. 43),

Promoção da saúde e a educação da saúde são indissociáveis. A promoção da saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrem simultaneamente, viabilizando a participação de indivíduos, grupos, enfim, da sociedade como um todo.

A educação em saúde pode ser entendida como a combinação de experiências de aprendizagem e a promoção da saúde diz respeito a combinação de apoios educacionais e ambientais. A educação em saúde tem por objetivo otimizar as ações voluntárias em direção à saúde, e a promoção objetiva ações e condições de vida na mesma direção (BUSS, 2000).

Carvalho e Gastaldo (2008) acreditam na aplicabilidade da educação em saúde, desde que esteja voltada para a promoção da autonomia social. Ela pode produzir um saber coletivo que estimule nos indivíduos sua independência e desta forma sua emancipação para o cuidado de si, dos seus e de sua realidade.

Os profissionais de saúde ao considerarem o período gestacional e o nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência única no universo feminino, devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes. Esta atitude promoverá e fortalecerá o vínculo entre eles, de forma a favorecer a gestante a vivência da gestação, do parto e do puerpério com entusiasmo (NETO et al., 2008).

Estudos sobre realização do Pré-Natal apontaram que mesmo com o número de consultas adequadas, as gestantes demonstraram insatisfação com as orientações sobre parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, incluindo as ações educativas (NETO et al., 2008; MELO et al., 2007).

O atendimento Pré-Natal com baixa qualidade é percebido pelas usuárias a partir da falta de confiança no profissional, da dificuldade de acesso e do atendimento insatisfatório de suas demandas (PESSOA et al., 2009).

Há referência de possíveis falhas nas ações educativas durante o Pré-Natal, por parecer incoerente que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o Pré-Natal chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre modificações de seu organismo advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto (NETO et al., 2008).

Nesse caso, a gestante é colocada em posição passiva, impedindo a exploração dos seus conhecimentos prévios. Uma das explicações seria a forma como essas informações são repassadas, com reflexos, consequentemente, na sua adesão aos cuidados básicos com sua própria saúde e a do recém-nascido (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Durante o atendimento aos diversos grupos populacionais e, em especial, a mulher gestante, a equipe de saúde deve priorizar durante a assistência, a humanização como prática vinculada em princípios como integralidade e equidade das ações. Isto permitirá aos usuários o exercício do seu direito e, também, de serem participantes ativos do seu processo saúde/doença (SIMOES et al., 2007; ALVIN et al., 2007).

Nota-se que os grupos permanecem como espaço, oficialmente reconhecido, como principal ferramenta para se realizar atividades de educação em saúde na rotina das equipes da ESF. Parece despertar interesse nos profissionais de saúde envolvidos no cuidado à gestante. A preferência pelos grupos de gestantes pode estar associada ao entendimento de que eles favorecem a aquisição de conhecimentos sobre a gestação, o parto e o puerpério e, como isso, amenizem a ansiedade durante esses períodos (PIO; OLIVEIRA, 2014).

Como o período gestacional destina-se também a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade, as atividades educativas com grupos de gestantes são um estímulo para os profissionais de saúde. Pode-se criar momentos de troca de aprendizado para oportunizar extensão do processo de cuidar, através das atividades de educação em saúde. Os profissionais de saúde ao assumirem a postura de educadores a partir da socialização de saberes, favorecem a mulher o desenvolvimento de autoconfiança para viver a gestação, parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Essa articulação do pré-natal, com o ambiente de educação em saúde deve ser formulada, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e favorável. Neste momento, entende-se que o processo educativo é essencial não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento enquanto conhecedora do processo de ser mulher (RIOS; VIEIRA, 2007).

Em vista disso, no caminho da construção de um novo modo de se fazer saúde, há que se destacar a importância da implementação de uma prática que articule conhecimentos entre os diferentes campos. Faz-se necessária uma proposta que esteja em consonância com as atuais políticas de saúde, que garanta a qualificação continuada dos profissionais de saúde e a participação de instituições de ensino, a fim de que se possam produzir mudanças nas práticas de gestão e atenção (BALLARIN et al., 2008).

Por incluírem diferentes temáticas e profissionais de diversas áreas do saber as experiências de grupo apontam a complexidade do assunto, a busca de políticas nacionais por uma clínica ampliada e pela integralidade. Contudo, não conseguem obter sucesso na associação entre eles, o que pode ser atribuído pela manutenção

do modelo de atenção fragmentado e pelo modelo privatista e biologicista em que os profissionais de saúde são inseridos (PIO; OLIVEIRA, 2014).

A gestação tem sido conduzida de modo intervencionista pelos profissionais de saúde, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas. Isto tem dificultado a aplicação do princípio da integralidade da atenção no pré-natal. A assistência à gestante quase que exclusivamente vinculada à consulta individual, pode não proporcionar o acolhimento necessário às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação (DELFINO et al., 2004).

Entretanto, quando o atendimento é realizado de forma contextualizada e qualificada proporciona além da assistência clínica com a prevenção de intercorrências, a atuação em face das necessidades biopsicossocioespirituais da gestante e sua família. Para tanto, deve-se praticar mais o processo do ouvir, valorizar as expressões não verbais e respeitar a individualidade de cada uma, considerando todos os conflitos advindos do viver em sociedade. Deve-se proporcionar também a criação de vínculos, o diálogo e a participação ativa das mulheres no momento do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2001).

Para que as necessidades das gestantes sejam atendidas durante o cuidado à sua saúde, deve-se promover a criação de vínculo. Evidentemente, quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação desse vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento pré-natal e nas ações de educação em saúde (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

O processo educativo se constrói a partir das interações entre os seres humanos. Trata-se de um recurso versátil, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético. Nesse sistema todos os envolvidos são protagonistas, havendo troca de conhecimentos e experiências, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas ideias, valores, atitudes e experiências. Tal processo é um instrumento de sociabilização de saberes, de promoção da saúde e de prevenção de doenças. O processo educativo pode contribuir para a autonomia no fazer da gestante, possibilitando aos envolvidos tornarem-se proativos, na medida em que contribui para valorizar capacidades, autoestima, autoconfiança e auto realização (ZAMPIERI, 2001).

Como os grupos são constituídos de pessoas com histórias de vida e conflitos distintos, mas com interesses semelhantes, que se agrupam para refletir criticamente sobre temas de comum interesse, torna-se possível trabalhar os saberes no coletivo, para que os indivíduos possam superar suas limitações e reconhecer seus papéis sociais (FREIRE, 2005).

Dessa maneira a educação em saúde é essencial no período gestacional, pois oferece o aporte as gestantes para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, que possibilitam o autocuidado e a atenção aos sinais de perigo na gestação. Informar as gestantes adequadamente sobre os tipos de parto, as várias posições do parto e o hospital de referência no caso de intercorrências na gestação, os benefícios da amamentação exclusiva até o sexto mês de idade e os futuros cuidados com o recém-nascido (SANTOS et al., 2008).

Perante esse panorama, destaca-se a relevância da educação permanente de profissionais de saúde na AB, especialmente, na atenção ao pré-natal, para adesão de gestantes aos grupos educativos, sendo direito da gestante ser informada de forma satisfatória e adequada sobre os cuidados de sua saúde e participarem das decisões que influenciam suas vidas, sua saúde e os serviços comunitários. Nessa perspectiva, as chances das gestantes virem a adotar atitudes e práticas de promoção da saúde e medidas de autocuidado, com vistas ao alcance de metas de saúde, tornam-se concretas.

3.4 Educação Permanente dos profissionais de saúde na Atenção Básica

O Ministério da Saúde instituiu em 2004, através da Portaria nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004b). Essa política estabelece que os processos educativos desses profissionais se dêem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Ao partir do pressuposto da aprendizagem significativa, a PNEPS, propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. Assim, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção à saúde deverá ser

construída na prática concreta das equipes, de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local (BRASIL, 2004b).

O processo de implantação da PNEPS encontrou diversos obstáculos durante sua primeira fase, como a falta de incorporação do novo paradigma, isto é, os projetos de EPS ainda eram baseados nos antigos modelos de capacitação. Para superar esse viés, foi criado o Curso de Facilitadores da EPS, com vistas à descentralização pedagógica para a saúde, inicialmente, formou-se, aproximadamente nove mil facilitadores (BRASIL, 2005).

A partir dos problemas para implementação da PNEPS, elaborou-se a Portaria nº 1.996/2007, que contempla novas diretrizes o “Pacto pela Saúde”. Nesse contexto, criou-se os Colegiados de Gestão Regional - CGR, composto por gestores municipais e representação da gestão estadual, responsável pela execução da política em cada uma das regiões adstritas, de modo a promover a vinculação entre os processos e os gestores do SUS (BRASIL, 2007).

Ao abordar a Educação Permanente em Saúde - EPS é importante considerar essas dimensões tecnológicas e também diferenciá-la da Educação Continuada - EC, tendo em vista que, rotineiramente os profissionais da área apresentam dificuldade em identificar os diferentes conceitos. A Educação Continuada se refere ao um conjunto de atividades educativas para atualização de profissionais, preconiza os fundamentos técnico-científicos em diversas áreas de saúde, em que se oportuniza o desenvolvimento profissional assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição (PEDUZZI et al., 2009; CUNHA; MAURO, 2010).

A Educação Continuada desses profissionais tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático e centralizado, com conteúdos padronizados, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, desconsiderando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, e consequentemente não provocando mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2003).

“Educação Permanente em Saúde” pode ser considerada um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. No caso do Brasil, parece haver nos movimentos de mudança da atenção e formação em saúde uma ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire, no sentido de ter a

educação como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos com capacidade de refletir criticamente sobre sua realidade e intervir sobre ela (CARDOSO, 2012). Ceccim e Capozzolo (2004, p.381) conceituam da seguinte forma:

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais.

A Educação Permanente ganhou posição de política pública na área de saúde a partir da difusão pela Organização Pan-Americana de Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, reconhecendo que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano (CECCIM, 2005).

A necessidade da abordagem de educação permanente em saúde é importante para a promoção de um ensino articulado à prática do trabalho possibilitado por novas metodologias, sobretudo, da problematização direcionada às equipes de trabalho (OPAS, 1989).

A EPS é fundamental devido à necessidade de descentralização das atividades educativas, pela busca de novas formas de trabalho e também por desenvolver recursos humanos para a melhoria dos serviços assistenciais (OPAS, 1988; LEMOS, 2010).

A EPS constitui-se em uma alternativa de mudanças no espaço de trabalho, por cogitar formas diferenciadas de educar e aprender - transcender o tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa e o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos profissionais. Porquanto, espera-se que essa possa provocar mudanças na prática profissional por meio de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais (SILVA et al., 2013).

A Atenção Básica (AB) é um espaço privilegiado para o desenvolvimento da educação permanente em saúde. Esse modelo de atenção articula a promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, assim como, realiza

referência a serviços de saúde de maior complexidade, considerando as necessidades de saúde da população. Colocada como o primeiro nível de atenção à saúde, a AB propõe a atenção integral por meio do vínculo entre trabalhadores, usuários e comunidade na qual está inserido o serviço (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Araújo e Schmitz (2007) sugerem o investimento em educação profissional para os trabalhadores da atenção básica, já que é neste nível de atenção que a maior parte das mulheres faz o pré-natal e o acompanhamento puerperal, momentos em que necessitam de apoio e orientações.

Assim, na atenção à saúde da mulher e em especial a gestante a EPS é essencial ao aprimoramento dos profissionais, principalmente devido à necessidade crescente de se humanizar o atendimento à população feminina. Uma vez que as estratégias para modelos de práticas mais eficazes devem ser construídas no cotidiano da atenção à saúde, tornando-se essencial o trabalho interdisciplinar e uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritivo-exploratória, de abordagem quantitativa.

4.2 Caracterização do Cenário de Estudo

O cenário de estudo abrangeu as Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS), que oferecem assistência de pré-natal, pertencentes ao Distrito Sanitário Campinas Centro do município de Goiânia, Goiás.

A população de Goiânia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2015 era estimada em 1.430.697 habitantes. Capital do estado de Goiás, distando 209 km de Brasília, está localizada na região central do Brasil, com uma área de aproximadamente 739 Km². A cidade possui uma geografia contínua, com poucos morros e baixadas, distribuídos 0,4% na zona rural e 99,6% na zona urbana (IBGE, 2015).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, realiza a gestão da rede básica de serviços públicos de saúde a partir da composição de sete Distritos Sanitários (DS). A rede própria da SMS é composta 161 estabelecimentos. No mês de junho/2015 foi inaugurado o prédio da Escola Municipal de Saúde Pública (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2015).

O DS são órgãos executivos que integram a estrutura do sistema de saúde do município, com a finalidade de promover e executar políticas municipais de saúde nas regiões da cidade. Estão distribuídos da seguinte forma: Noroeste, Leste, Sul, Norte, Oeste, Campinas - Centro e Sudoeste (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2015).

Em cada Distrito Sanitário, encontram-se as Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS): Centros de Saúde da Família, Centros de Saúde e os Centros de Atendimento Integral de Saúde (CAIS) ou Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária (CIAMS), estes prestam atendimento ambulatorial, em urgência e emergência 24 horas. Possuem leitos de observação que seriam, a princípio, local

para estabilização de pacientes graves, mas que acabam servindo para internações temporárias na espera de leitos hospitalares (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2015).

Os Distritos Sanitários estão distribuídos geograficamente (Figura 1) de forma a garantir a gestão dos serviços de saúde de todos os estabelecimentos de saúde da rede de Atenção Básica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2015).

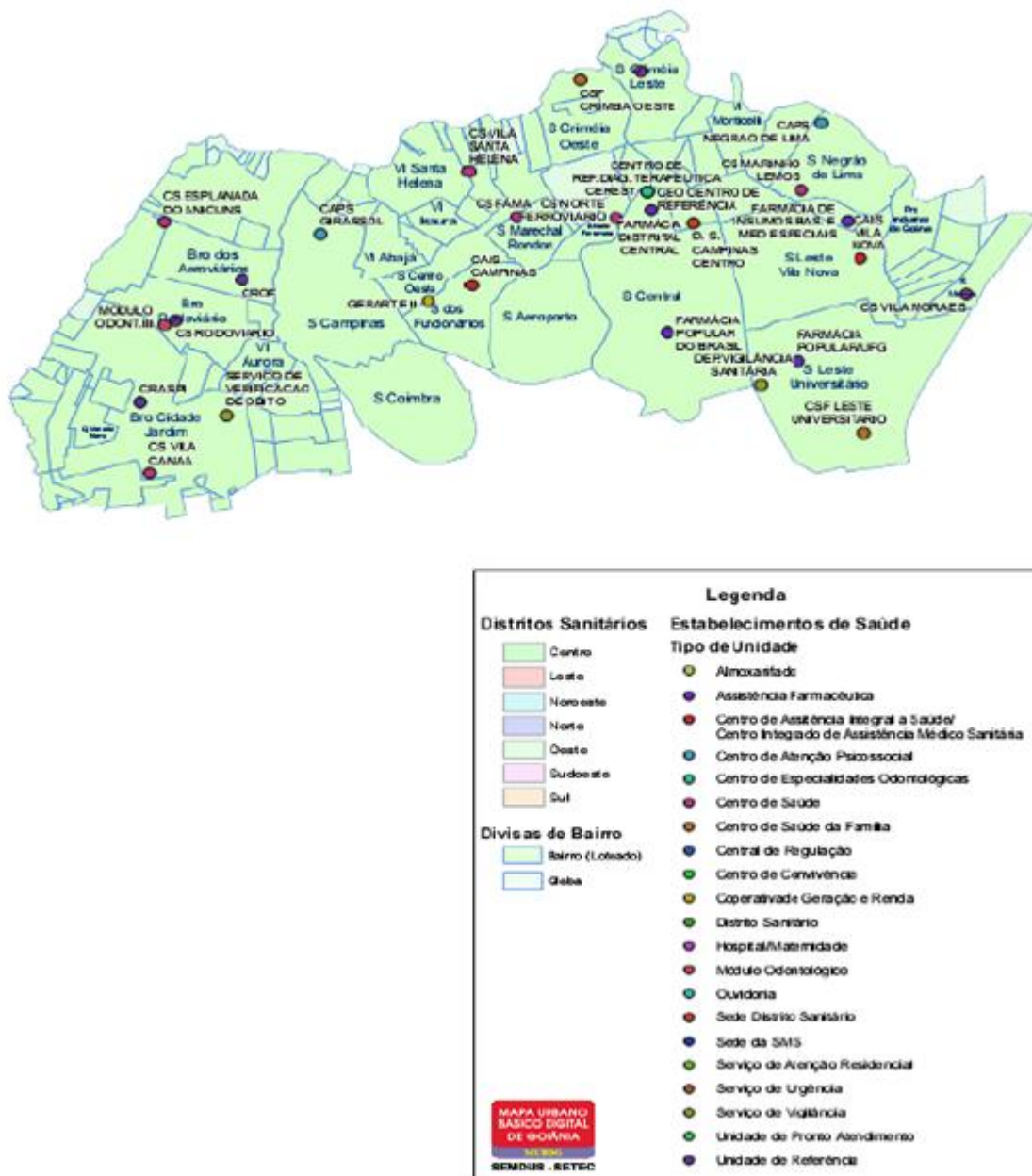


Figura 1 - Mapa do Distrito Sanitário Campinas-Centro do município de Goiânia, Goiás.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, p.25, 2015.

<http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/Relatat%C3%B3rio%20Segundo%20Quadrimestre%20Ano%202015%20.pdf>

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os Centros de Saúde (CS), que são estruturas menores que os Cais, mas que oferecem o mesmo tipo de assistência. Os serviços ambulatoriais oferecidos abrangem consultas médicas, consultas odontológicas e programas de saúde específicos de cada unidade.

O Centro de Saúde da Família (CSF) é uma unidade básica de saúde que atende de 3000 a 4000 pessoas numa área adstrita, para acompanhar os moradores e desenvolver um trabalho preventivo de saúde com a comunidade. As equipes de saúde da família são o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde local, coordenam a atenção à saúde e buscam integrar com os serviços de diagnóstico e a assistência especializada, além de estimular a promoção da saúde da comunidade (PAIM et al., 2011; MENDES, 2012).

No quadro 2 estão listados os estabelecimentos de saúde que compõem a rede de Atenção Básica o Distrito Sanitário Campinas-Centro.

Quadro 2 - Estabelecimentos de Saúde do Distrito Sanitário Campinas-Centro, conforme relatório detalhado do segundo quadrimestre ano 2015, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO.

	Campinas-Centro	Tipo de Unidade
1	CAIS Campinas	CAIS/CIAMS
2	CAIS Vila Nova	CAIS/CIAMS
3	CAPS Negrão de Lima	CAPS
4	Centro de Referência Diagnóstico e Terapêutica	Unidade de Referência
5	C.S Criméia Leste	CS
6	C.S Esplanada do Anicuns	CS
7	C.S Fama	CS
8	C.S Marinho Lemos	CS
9	C.S Norte Ferroviário	CS
10	C.S Rodoviário	CS
11	C.S Vila Canaã	CS
12	C.S Vila Moraes	CS
13	C.S Vila Santa Helena	CS
14	Centro de Especialidades Odontológicas	CEO
15	CEREST	Unidade de Referência
16	CRASPI	Unidade de Referência
17	CROF	Unidade de Referência
18	CSF Criméia Oeste	CSF
19	CSF Leste Universitário	CSF
20	D.S. Campinas-Centro	Sede Distrito Sanitário
21	GERART II	Cooperativa de Geração e Renda

22	Farmácia Insumos básicos e Medicamentos Especiais	Assistência Farmacêutica
23	Farmácia Distrital Central	Assistência Farmacêutica
24	Farmácia Popular/UFG	Assistência Farmacêutica
25	Farmácia Popular do Brasil	Assistência Farmacêutica
26	Serviço de Verificação de Óbitos	Serviço de Vigilância
27	Módulo Odontológico III	Módulo Odontológico
28	Departamento de Vigilância Sanitária	Serviço de Vigilância

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, p.24, 2015.

A população do Distrito Sanitário Campinas-Centro, no ano de 2016, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, era estimada em 219.667 habitantes. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado elevado, igual a 0,799 de acordo com a última estimativa no ano de 2010.

Segundo o último relatório detalhado da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, realizado em 2015, o Distrito Sanitário Campinas-Centro apresentou:

- O Maior quantitativo de atendimentos médicos realizados em sua área de abrangência, perfazendo 340.213 (21,92%) de atendimentos na capital;
- Uma equipe de consultório na rua composta por 1 (uma) médica, 2 (duas) enfermeiras, 2 (duas) psicólogas, 1 (uma) assistente social, 14 (quatorze) educadores sociais e 2 (dois) motoristas. Essa equipe cuida da população em situação de rua de todo o município de Goiânia;
- Na atenção especializada o Distrito Campinas-Centro realizou o maior número de consultas especializadas, 68.900 (38,2%) das consultas de Goiânia;
- Apresentou o maior número de atendimentos médicos de urgência, correspondendo a 27% de todo atendimento de Goiânia.

4.3 Definição do Cenário de Estudo

A escolha por realizar o estudo em Unidade de Atenção Básica de Saúde decorreu da acessibilidade para contato com as gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, que estão cadastradas no pré-natal de risco habitual e são encaminhadas para as maternidades de referência desse Distrito Sanitário, representadas pelo

Hospital Materno Infantil, Hospital das Clínicas e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.

Para este estudo foram selecionadas as Unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Sanitário Campinas-Centro que ofereciam grupos de gestantes no período de coleta de dados, sendo: UABS 1 (CS Criméia Leste), UABS 2 (CS Fama), UABS 3 (Centro de Saúde da Família - CSF Leste Universitário) e UABS 4 (CS Marinho Lemos).

O C.S Criméia Leste, localiza-se no Setor Criméia Leste. O bairro é cortado Pela Avenida Goiás e faz divisa com o Criméia Oeste. Segundo o IBGE no Censo 2010 a população do Criméia Leste era de 5.283 pessoas.

O C.S Fama, localiza-se no setor Marechal Rondon. O setor faz divisa com o Setor dos Funcionários e a Avenida Independência. Segundo o IBGE no Censo 2010 a população do Setor Marechal Rondon era de 1.512 pessoas.

O C.S.F Leste Universitário, localiza-se no setor Leste Universitário. Um dos bairros mais antigos de Goiânia. Concentra várias instituições e duas Universidades goianas: o Campus Colemar Natal e Silva, da Universidade Federal de Goiás – UFG e o Campus I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Segundo dados do censo do IBGE em 2010, é o sétimo bairro mais populoso do município, contando uma aglomeração de vinte e um mil pessoas.

O C.S Marinho Lemos, localiza-se no setor Negrão. É um bairro de classe média. É predominantemente residencial, mas em suas principais avenidas se concentram grandes comércios e vias à região norte e o centro da capital. Recentemente tem sido alvo de investimentos de grandes construtoras. Nele está localizado algumas instituições de grande notoriedade na cidade, como o CRER, referência em reabilitação no estado e até no Brasil. No entanto, a área apresenta uma forte desigualdade social e econômica, com a ocorrência de prédios e aglomerados subnormais dividindo a mesma região (PEREIRA; SOBRINHO, 2014). Segundo dados do IBGE, no Censo 2010 a população do Negrão de Lima era de 6.640 pessoas.

4.4 População e Amostra do Estudo

A população alvo deste estudo foi composta por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e a amostra por gestantes atendidas no serviço pré-natal de risco habitual das Unidades de Atenção Básica de Saúde, do Distrito Sanitário Campinas-Centro do município de Goiânia, Goiás com oferta de grupo educativo no período do estudo.

4.4.1 Critérios de Inclusão da Amostra:

- ter idade maior de dezoito anos;
- residir na área de cobertura das UABS, do Distrito Sanitário Campinas-Centro do município de Goiânia, Goiás;
- estar cadastrada no programa de atendimento pré-natal da UABS;
- estar realizando pré-natal na UABS.

4.4.2 Critérios de Exclusão da Amostra:

- ter abandonado o atendimento pré-natal no período vigente da gestação;
- ter abandonado a pesquisa no período vigente da coleta de dados.

4.5 Coleta de Dados

Para atender aos objetivos propostos, utilizou-se o banco de dados da pesquisa realizada entre maio de 2014 a dezembro de 2015.

A coleta de dados foi realizada por auxiliares de pesquisa previamente treinados, para garantir uma abordagem individual e privativa durante o convite à gestante, na ocasião de sua espera pela consulta pré-natal. Estes realizaram o convite as gestantes com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e a entrevista individual norteada por roteiros semiestruturados com questões abertas e fechadas (APÊNDICES B, C e D), em ambiente reservado, para garantir privacidade e sigilo.

4.6 Procedimentos de Acesso e Tratamento das Variáveis

Inicialmente, realizaram-se a conferência de registro de dados e, depois, pontualmente, de cada variável, de acordo com os formulários de entrevista das gestantes participantes do estudo, que foram organizados em pastas e arquivados

na Faculdade de Enfermagem da UFG, segundo unidade de saúde e ordem das entrevistas. Diante desse acesso e conferência da digitação dos dados, em banco de dados do Microsoft Excel 2007 foi realizada a análise estatística.

As variáveis selecionadas para o estudo estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis de estudo divididas por blocos, segundo os roteiros de entrevista.

Roteiros de entrevista	Variáveis
Perfil Sociodemográfico e obstétrico das gestantes	<u>Sociodemográficas</u> : faixa etária (idade em anos); escolaridade: ensino fundamental completo (1º ao 9º = 9 anos) e ensino fundamental incompleto (menor ou igual nove anos de estudo); ensino médio completo (1 ao 3º = 3 anos; 12 anos de estudo) e Ensino médio incompleto (menor que 12 anos de estudo); ensino superior completo e ensino superior incompleto (média de 4 anos; maior do que 12 anos de estudo); situação funcional: trabalho remunerado – empregada e autônoma; trabalho sem remuneração – desempregada; situação de moradia: própria (possuía imóvel próprio), cedida, alugada, financiada ou outra (não possuía imóvel próprio); estado civil: casada ou união estável (viviam com o companheiro); solteira ou separada (sem companheiro); renda mensal familiar em salários mínimos; religião: católica ou evangélica (Cristãs), espírita ou outras.
	<u>Obstétricas</u> : nº de consultas pré-natal; data da última menstruação, idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), número de gestações, número de partos, tipo de parto (normal, cesáreo, fórceps), número de abortos, número de filhos e problema de saúde na gravidez (sim, qual? ou não).

Conhecimento de gestantes sobre o grupo educativo	<u>Conhecimento</u>: conhecimento sobre o pré-natal e o grupo educativo (sim ou não); conhecimento sobre os atendimentos que fazem parte do pré-natal (consulta médica, enfermeiro e odontológica, grupo de gestantes, visita domiciliar); conhecimento de gestantes sobre funcionamento do grupo educativo (dias e horários, objetivos, atividades e profissionais envolvidos); profissionais que realizaram o convite às gestantes para participação no grupo educativo (enfermeiro, médico, ACS, nenhum).
	<u>Temas de interesse das gestantes</u>: cuidados com o corpo na gestação, cuidados com o recém-nascido, direito das gestantes, amamentação correta.
Fatores facilitadores e dificultadores da participação de gestantes ao grupo educativo	<u>Fatores facilitadores e dificultadores</u>: horário dos encontros, local dos encontros, disponibilidade de tempo, horário de trabalho coincidente ou não com o horário do grupo, horário de estudo coincidente ou não com o horário do grupo, ter e não ter filhos, ter e não ter quem cuida dos filhos.

4.7 Avaliação dos Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados elaborados com base no referencial teórico foram submetidos à avaliação, por três professores pesquisadores da área de Saúde da Mulher, quanto a sua pertinência, clareza, abrangência, organização lógica e tendenciosidade dos itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Posteriormente, foi realizado teste piloto com gestantes que não se encontravam dentro das microáreas de estudo do Distrito Campinas Centro.

4.8 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando-se do programa Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 21.0. Para o cálculo das variáveis foi utilizada a medida de frequência absoluta (n) e relativa (%). Os dados referentes às questões abertas foram categorizados conforme as respostas das gestantes, seguidos de sua distribuição e frequência. Os resultados foram categorizados e apresentados em forma de tabelas e figuras.

4.9 Aspectos Éticos e Legais

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais necessários para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 411/11, do parecer consubstanciado (ANEXO A).

5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas e obstétricas das gestantes

O estudo contou com a participação de 90 gestantes cadastradas no programa de pré-natal de quatro Unidades de Atenção Básica em Saúde (UABS) do Distrito Sanitário Campinas – Centro, sendo um Centro de Saúde da Família (CSF), e outras três unidades tradicionais, configuradas como Centro de Saúde (CS). Do total de gestantes, 31 eram da UABS 1, 23 da UABS 2, 15 da UABS 3 e 21 da UABS 4.

Conforme distribuição do perfil sociodemográfico de gestantes das UABS do Distrito Campinas Centro (Tabela 1), obteve-se a participação de 90 gestantes com a média de idade de 25,7 anos (Desvio Padrão: 5,5; IC 95%: 24,5 – 26,8), sendo a idade mínima 18 e máxima 39 anos.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de gestantes de Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia, GO, 2014-2015

Variáveis	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4	
	N(31)	F (%)	N(23)	F(%)	N(15)	F(%)	N(21)	F(%)
Faixa Etária								
(idade em anos)								
18 a 28	27	87,1	14	60,8	9	60,0	15	71,4
29 a 39	4	12,9	9	40,0	6	40,0	6	28,6
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0
Escolaridade								
≤ 9 anos de estudo	6	19,3	4	17,4	1	6,7	3	14,3
> 9 anos de estudo	25	80,7	19	82,6	14	93,3	18	85,7
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0
Vive com o								
companheiro								
Sim	21	67,7	17	73,9	12	80,0	18	85,7
Não	10	32,2	6	26,1	3	20,0	3	14,3
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0
Religião								
Cristã	25	80,7	21	91,4	15	100	15	71,5
Outras	6	19,3	2	8,6	0	0,0	8	28,5
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0
Moradia								
Imóvel próprio	6	19,4	4	17,4	2	13,4	5	23,8
Sem imóvel próprio	25	80,6	19	82,6	13	86,6	16	76,2
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0

Dentre as gestantes participantes do estudo, grande maioria apresentou mais de nove anos de estudo, com maior concentração de gestantes com ensino médio completo e, principalmente, na UABS 3 (73,3%; n=11) e UABS 2 (60,9%; n=14).

A grande maioria das gestantes vivia com o companheiro, sendo que destas, 32,2% (n=10) pertenciam a UABS 1.

Com referência a crença religiosa verificada, a grande maioria das participantes do estudo seguia o cristianismo como preceito religioso. As gestantes da UABS 3 representaram a maior concentração de Católicos (60%; n=09) e a UABS 2, a maior concentração de evangélicos (52,2%; n=12).

O tipo de trabalho, ocupação exercida e renda per capita estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos condicionantes socioeconômicos das gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia, GO, 2014-2015

Condicionantes socioeconômicos	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalho								
Remunerado em mercado formal	10	32,3	8	34,8	13	86,7	15	71,4
Remunerado autônomo	4	12,9	7	30,4	0	0,0	4	19,0
Sem remuneração	17	54,8	8	34,8	2	13,3	2	9,6
Ocupações exercidas								
Do Lar	04	13,0	01	4,3	0	0,0	03	14,3
Ourives	01	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vendedora	01	3,2	06	26,1	0	0,0	02	9,5
Estudante	02	6,5	02	8,7	0	0,0	0	0,0
Auxiliares de Serviços Gerais	04	13,0	02	8,7	06	40,0	05	23,8
Caixa	01	3,2	02	8,7	0	0,0	0	0,0
Alimentação	01	3,2	0	0,0	02	13,3	0	0,0
Enfermeira	0	0,0	0	0,0	01	6,7	0	0,0
Auxiliar de Limpeza	01	3,2	0	0,0	02	13,3	01	4,8
Estética	01	3,2	03	13	-	-	0	0,0
Funcionária Pública	0	0,0	0	0,0	01	6,7	0	0,0
Autônoma	02	6,5	0	0,0	0	0,0	01	4,8
Costura	01	3,2	03	13	0	0,0	01	4,8
Renda per capita*								
1 salário mínimo	11	35,5	5	21,7	3	20,0	6	28,6
2 salários mínimos	13	41,9	11	47,8	7	46,7	4	19,0
Até 3 salários mínimos	7	22,6	7	30,4	5	33,3	11	52,4
Total	31	100,0	23	100,0	15	100,0	21	100,0

*Valor do salário mínimo no período igual a R\$ 788,00

Embora a grande maioria tivesse remuneração de trabalho, a distribuição de gestantes por categoria salarial foi aproximada entre 1, 2 e 3 salários mínimos. As gestantes com menor renda (35,5%; n=11), segundo as categorias acima, eram da UABS 1 e as de maior renda (52,4%; n=11) da UABS 4. Diante disto, grande maioria das gestantes (81,1%; n=73) não possuía imóvel próprio, apresentando destaque como tipo de moradia os imóveis alugados, com representatividade de mais de 60% em todas as unidades de saúde estudadas.

No que se refere aos dados obstétricos do pré-natal atual, a média do número de consultas realizadas pelas participantes do estudo até o momento da entrevista foi de 4,3 consultas e da idade gestacional (IG) foi de 24 semanas. Esta média está relacionada com a distribuição por trimestre gestacional das participantes, segundo unidade de saúde que está vinculada para atendimento pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de gestantes e número de consultas de pré-natal segundo a idade gestacional por trimestre nas Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia, GO, 2014-2015.

Idade Gestacional	Número de gestantes		Número de Consulta de pré-natal	
	N	%	Mínimo	Máximo
UABS 1 (n = 31)				
1ª Trimestre	8	25,8	1	2
2ª Trimestre	10	32,3	2	6
3ª Trimestre	13	41,9	4	8
UABS 2 (n = 23)				
1ª Trimestre	3	13,0	1	2
2ª Trimestre	9	39,0	2	5
3ª Trimestre	11	48,0	4	8
UABS 3 (n = 15)				
1ª Trimestre	3	20,0	1	2
2ª Trimestre	2	13,3	1	3
3ª Trimestre	10	66,7	4	8
UABS 4 (n = 21)				
1ª Trimestre	5	23,8	1	4
2ª Trimestre	7	33,3	1	8
3ª Trimestre	9	42,9	3	9
Total	90	100,0	1	9

Na UABS 3, a grande maioria das gestantes (66,7%; n=10) estava no terceiro trimestre da gestação, período em que realizam consultas semanais de pré-natal. Na

UABS 1, a maioria das gestantes (58,1%; n=18) estava entre o primeiro e segundo trimestre da gestação, período em que realizam consultas mensais e quinzenais de pré-natal, respectivamente.

Quanto ao antecedente obstétrico, dentre as 90 gestantes participantes do estudo, 26,7% (n=24) se encontrava na primeira gestação e 73,3% (n=66) já tinha engravidado anteriormente. Segundo relatos de 66 gestantes sobre a última gravidez, 45,4% (n=30) tiveram partos normais e 25,8% (n=17) tiveram partos cesáreos e as demais tiveram abortamento (28,8%; n=19). Dentre estas, 46,7% (n=42) tinham filhos vivos.

A UABS 1 apresentou maior percentual de gestantes com ocorrência de partos normais (45,2%; n=14) e abortos (29%; n=9). Do total de 90 gestantes, 46,7% (n=42) tinha filhos, sendo que dentre elas 35,6% (n=32) tinha até um e as demais não tinha filhos (53,3%; n=48). Com relação ao parto cesáreo, a UABS 2 dentre as demais unidades de saúde, concentrou o maior número desse tipo de parto (30,4%; n=07).

Indagadas quanto à saúde na gravidez, do total das participantes 76,7% (n= 69) informou ter gravidez saudável e não ter apresentado intercorrência na gestação até o momento da entrevista e 21 (23,3%) gestantes referiram intercorrências na gestação atual, sendo provenientes da UABS 3 (33,3%; n=5).

5.2 Conhecimento das gestantes sobre o grupo educativo

As gestantes, ao serem questionadas sobre o que entendiam por pré-natal, responderam conforme as categorias apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Categorias de respostas sobre a compreensão de pré-natal pelas gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015

Categorias	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4		Todas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Período de acompanhamento da Mãe e/ou bebê	25	80,5	17	73,9	12	80,0	14	66,6	68	75,6
Atendimento Médico	02	6,5	02	8,7	0	0,0	05	23,8	09	10,0
Medida de Prevenção	04	13,0	04	17,4	03	20,0	01	4,8	12	13,3
Não soube definir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	4,8	01	1,1

O conhecimento das gestantes sobre as ações que fazem parte do pré-natal também foi indagado (Figura 2). Verificou-se que 100% (n=90) delas entendiam a consulta médica como ação do pré-natal, nas quatro UABS.

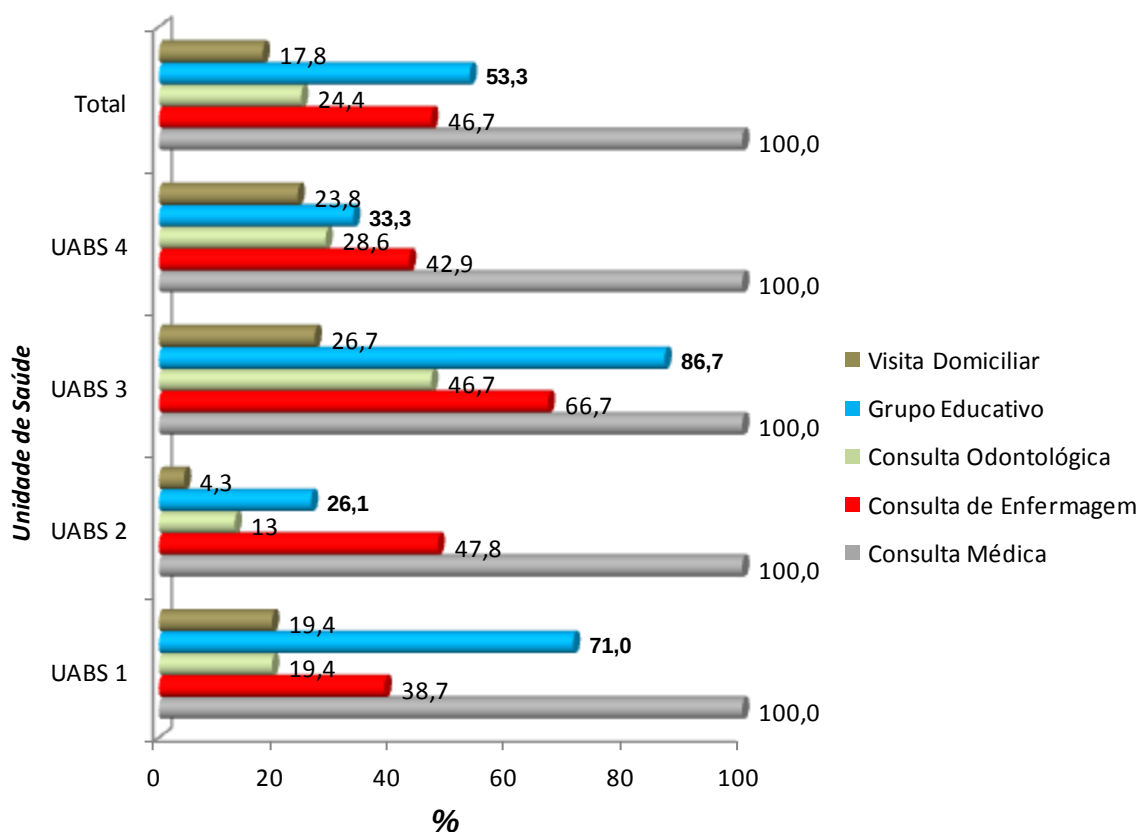


Figura 2 - Ações desenvolvidas no pré-natal conforme conhecimento das gestantes das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia-GO, 2014-2015.

O Grupo educativo como parte das estratégias do pré-natal foi confirmado por mais da metade das gestantes (53,3%; n=48). Verificou-se que a maior parte das gestantes (86,7%; n=13) na UABS 3 tinham ciência sobre isto, ao passo que na UABS 2 menor parcela das gestantes (26,1%; n=6) fez essa referência.

Em relação a consulta do enfermeiro, 46,7% (n=42) das gestantes confirmou ter compreensão desta ação como parte do pré-natal. A UABS 3 sobressaiu com a maioria (66,7%; n=10) das suas gestantes revelando ter ciência da consulta do enfermeiro fazendo parte das ações do pré-natal, enquanto a UABS 1 apresentou 38,7% (n=12) das gestantes com esse conhecimento.

Quanto a consulta odontológica, 24,4% (n=22) do total das gestantes a distinguiu como ação do pré-natal. Ao considerar cada unidade de saúde, 46,7% (n=7) das gestantes da UABS 3 informaram ter esse conhecimento e apenas 13% (n=3) na UABS 2 tinha essa informação.

No que diz respeito a visita domiciliar, 82,2 %(n=74) das participantes não a identificavam como ação incorporada ao pré-natal. Essa visão foi mais expressiva na UABS 2 (95,7 %; n=22).

Ao serem questionadas sobre o que entendiam por grupo educativo (Tabela 5), 56,6% soube definir, sendo que 73,33% (n=11) das gestantes da UABS 3 e 74,19% (n=23) da UABS 1 revelaram ter conhecimento que o grupo educativo era um “Espaço Educativo”. A falta de conhecimento sobre essa estratégia de educação em saúde foi evidenciada por grande maioria das gestantes da UABS 4 (66,67%; n=14) e UABS 2 (73,91; n=17).

Tabela 5 - Categorias de respostas sobre a compreensão de grupo educativo do pré-natal pelas gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015

Categorias	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Espaço Educativo	23	74,2	04	17,4	11	73,3	02	9,5	40	44,4
Espaço para troca de experiências	03	9,7	02	8,7	01	6,7	05	23,8	11	12,2
Não soube definir	05	16,1	17	73,9	03	20,0	14	66,7	39	43,3

Quando perguntado sobre a importância o grupo educativo do pré-natal para elas, obteve-se quatro categorias de respostas (Tabela 6).

Tabela 6 - Categorias de respostas sobre a importância do grupo educativo do pré-natal para as gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas Centro. Goiânia- GO, 2014-2015

Categorias	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Transmissão de conhecimento	14	45,2	06	26,1	06	40,0	07	33,3	33	36,7
Esclarecimento de dúvidas	08	25,8	0	0,0	05	33,3	03	14,3	16	17,8
Orientação de mães de primeira viagem	04	12,9	03	13,0	01	6,7	03	14,3	11	12,2
Troca de experiências	01	3,2	01	4,4	02	13,3	01	4,8	5	5,6
Não soube responder	04	12,9	13	56,6	01	6,7	08	38,1	26	28,9

A compreensão da importância do grupo educativo como um espaço de transmissão de conhecimento foi referido por 36,7% (n=33) gestantes, enquanto maior parcela delas (56,6%, n= 13 da UABS 2 e 38,1%, n=8 da UABS 1) não soube responder. A categoria “Transmissão de conhecimento” teve destaque entre 45,2% (n=14) das gestantes da UABS 1 e 40% (n=6) da UABS 3.

Ao dar ênfase ao Grupo educativo, com perguntas sobre informações das quais as 90 gestantes dispunham ou não, a grande maioria delas (61,1%; n=55) referiu não ter recebido informações sobre o grupo educativo e (88,9%; n=80) sobre seu funcionamento nas UABS. Essa realidade preocupante estava presente entre a grande maioria das gestantes UABS 2 e UABS 4, com relato de 100% desconhecimento do funcionamento do grupo. Na UABS 4 nenhuma gestante entrevistada recebeu informações sobre o grupo educativo (Tabela 7).

Tabela 7 - Conhecimento de gestantes de Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro sobre o grupo educativo. Goiânia-GO, 2014-2015.

Informações	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Acesso à informação*</i>										
Dias e Horários	10	32,3	2	8,7	8	53,3	0	0,0	20	22,2
Objetivos	8	25,8	2	8,7	5	33,3	0	0,0	15	16,7
Funcionamento	7	22,6	0	0,0	3	20,0	0	0,0	10	11,1
Profissionais envolvidos	12	38,7	1	4,3	8	53,3	0	0,0	21	23,3
<i>Falta de acesso à informação</i>	13	41,9	21	91,3	0	0,0	21	100	55	61,1

* O quantitativo de resposta foi maior que no número total da amostra em virtude das gestantes terem respondido mais de um item.

Ao serem questionadas sobre as categorias profissionais participantes do grupo educativo, pequena parcela das gestantes da UABS 2 e nenhuma da UABS 4 fez referências sobre quais eram.

A respeito das informações veiculadas acerca do grupo educativo dentro da unidade de saúde, algumas gestantes afirmaram falta de acesso, sendo expressiva na da UABS 4 (100%; n=21) e UABS 2 (91,3%; n= 21).

Durante os encontros das gestantes são propostas atividades educativas relacionadas aos períodos gravidez, parto e puerpério. As 90 gestantes participantes do estudo foram questionadas sobre quais temas elas tinham interesse de maior informação referente a estes três períodos. Os temas prioritários apresentados pelas gestantes, por ordem de relevância, para o grupo educativo foram: “Cuidados com o recém-nascido” (77,8%; n=70), “Amamentação” (55,6%; n=50), “Cuidados com o corpo durante a gestação” (48,9%; n=44), “Direitos das gestantes” (45,6%; n=41). A distribuição destes temas prioritários e outros temas referidos, por ordem de interesse das gestantes, segundo UABS do Distrito Campinas-Centro, estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos temas sobre os períodos gravidez, parto e puerpério, indicados por ordem de relevância pelas gestantes, para os grupos educativos das Unidades de Atenção Básica à Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Temas	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Temas prioritários										
Cuidado com o recém-nascido	25	80,6	15	65,2	10	66,7	20	95,2	70	77,8
Amamentação	26	83,9	10	43,5	7	46,7	7	33,3	50	55,6
Cuidado com o corpo durante a gestação	16	51,6	15	65,2	6	40,0	7	33,3	44	48,9
Direito da gestante	20	64,5	7	30,4	7	46,7	7	33,3	41	45,6
Outros Temas										
Indicações e tipos de parto	09	29,0	05	21,7	02	13,3	02	9,5	18	20,0
Alimentação na gestação	-	-	-	-	-	-	02	9,5	02	2,2
Problemas na gestação	01	3,2	-	-	01	6,7	-	-	02	2,2
Vacinação	02	6,5	-	-	-	-	-	-	02	2,2
Fisiologia da gestação	-	-	-	-	01	6,7	-	-	01	1,1
Higiene bucal na gestação	-	-	01	4,3	-	-	-	-	01	1,1
Relação sexual na gestação	-	-	01	4,3	-	-	-	-	01	1,1
1º banho do Recém-Nascido	01	3,2	-	-	-	-	-	-	01	1,1

*O quantitativo de resposta foi maior que no número total da amostra em virtude das gestantes terem respondido mais de um item.

De acordo com a UABS das gestantes, os temas destacados pela grande maioria foram: “Cuidados com o recém-nascido” (UABS 4 - 95,2%; UABS 1- 80,6%; UABS 3 - 66,7% e UABS 2 - 65,2%) e “Amamentação” (UABS 1- 83,9%; UABS 3 - 46,7%; UABS 2 - 43,5% e UABS 4 - 33,3%). Com relação à abordagem sobre outros temas de maior interesse ou curiosidade, o assunto “Indicações e tipos de parto” foi apontado como o mais relevante dentre os outros, com 29% na UABS 1; 21,7% na UABS 2; 13,3% na UABS 3 e 9,5% na UABS 4.

5.3 Participação das gestantes no grupo educativo no período pré-natal

Quanto a participação de gestantes no grupo educativo no período pré-natal, identificou-se alguns fatores facilitadores e dificultadores.

Dentre as 90 gestantes indagadas sobre quem as informou e convidou para participar do grupo educativo (Figura 3), 31,1% referiu o enfermeiro, 21,1% o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 12,2% o médico. A maioria delas (58%) recebeu o convite de outros profissionais da unidade de saúde. Dentre as gestantes de cada unidade de saúde do estudo, a maior expressão de informações e convite por parte do enfermeiro, ACS e médico ocorreu na UABS 4. Na UABS 3 o enfermeiro foi o responsável por maior parte dos convites (46,7%). Nas UABS 1 (51,6%) e 2 (82,6%), o convite para as gestantes foi realizado por outros profissionais da unidade de saúde.

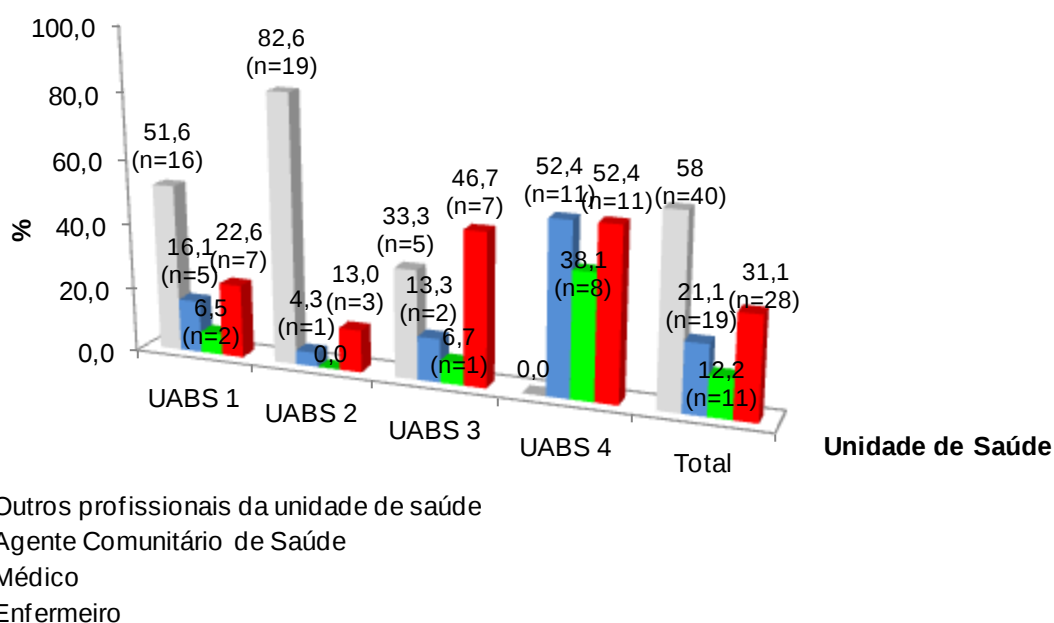


Figura 3 - Profissionais que convidaram as gestantes para participar do grupo educativo de pré-natal, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Com relação a participação no grupo educativo de pré-natal, as gestantes relataram mais facilidades do que dificuldades (Figura 4).

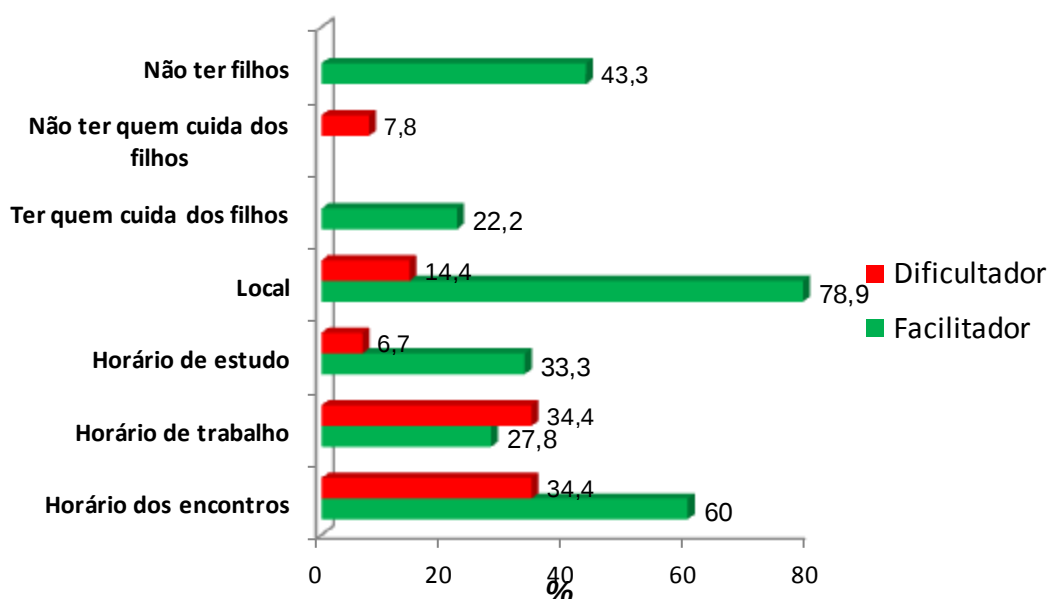


Figura 4 – Fatores facilitadores e dificultadores da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Entre as 90 gestantes foram relatados como fatores facilitadores e dificultadores de participação (Figura 4), respectivamente: o horário dos encontros (60%; n= 54 e 34,4%; n=31), o horário de trabalho (27,8%; n= 25 e 34,4%; n= 31), o horário de estudo (33,3%; n=30 e 6,7%; n=6), o local (78,9%; n=71 e 14,4%; n=13), ter quem cuida dos filhos (22,2%; n= 20) e não ter quem cuida dos filhos (7,8%; n=7). Não ter filhos foi considerado um facilitador de participação para uma parcela das gestantes (43,3%; n=39).

Os horários de realização do grupo educativo foram considerados, entre a grande maioria das gestantes das UABS 1, 3 e 4 como um fator facilitador de participação. Enquanto para as gestantes da UABS 2 o horário do grupo educativo constituiu em dificultador para maioria delas. O horário de trabalho foi considerado de forma mais expressiva como um facilitador de participação para as gestantes das UABS 2, 3 e 4, enquanto para as gestantes da UABS 1 foi expresso mais como dificultador. Enquanto o horário de estudo foi referido por pequena parcela das gestantes das UABS, mais como facilitador do que dificultador da participação no grupo (Tabela 9).

Tabela 9 – Horário como fator facilitador e dificultador da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Horários	UABS 1		UABS 2		UABS 3		UABS 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fator facilitador								
Horário do Grupo	21	67,7	11	47,8	11	73,3	11	52,4
Horário do Trabalho	11	35,5	5	21,7	4	26,7	5	23,8
Horário de Estudo	9	29,0	8	34,8	3	20,0	10	47,6
Fator dificultador								
Horário do Grupo	6	19,4	12	52,2	4	26,7	9	42,9
Horário do Trabalho	6	19,4	10	43,5	6	40,0	9	42,9
Horário de Estudo	2	6,5	1	4,3	0	0,0	3	14,3

*O quantitativo de resposta foi maior que no número total da amostra em virtude das gestantes terem respondido mais de um item.

O local de realização dos encontros foi considerado de forma expressiva, pela grande maioria das gestantes de todas as UABS, como um facilitador de sua participação (Figura 5).

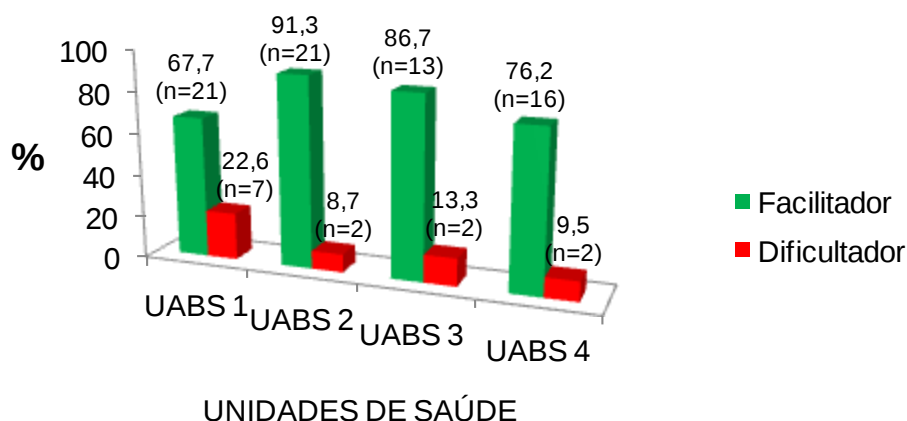


Figura 5 – Local de encontro do grupo educativo como fator facilitador de participação das gestantes, segundo Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Como parte das gestantes (46,7%; n=42) tinha filhos vivos (54,9%; n=17 da UABS 1; 52,1%; n= 12 da UABS 2; 33,3%; n= 5 da UABS 3 e 38,9%; n= 8 da UABS 4) foi perguntado se ter e não ter com quem deixar os filhos interferia em sua participação no grupo educativo (Figura 6).

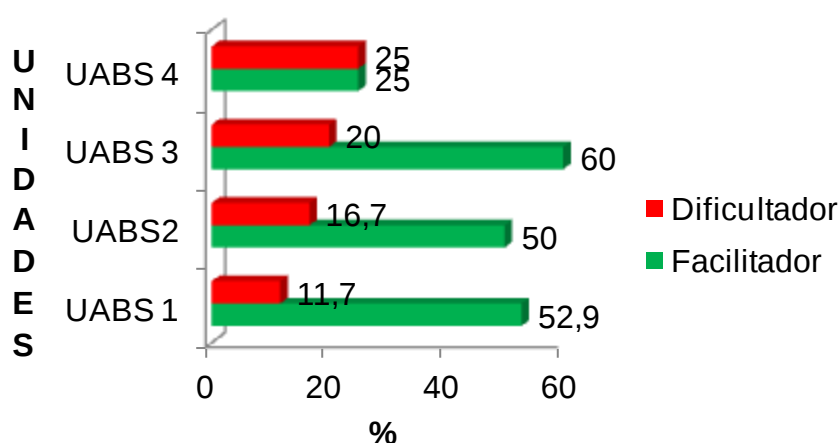


Figura 6 – Ter e não ter com quem deixar os filhos como fatores facilitadores e dificultadores da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

Entre as gestantes, 52,9% (n=9) da UABS 1; 50% (n=6) da UABS 2; 60% (n= 3) da UABS 3 e 25% (n=2) da UABS 4 referiram ter uma pessoa para assumir essa responsabilidade, o que facilitou a sua participação no grupo. Não ter com quem deixar os filhos foi referido pelas gestantes como um dificultador para participação nos grupos de gestantes, sendo 11,7% (n=2) da UABS 1; 16,7% (n=2) da UABS 2; 20% (n=1) da UABS 3 e 25% (n=2) da UABS 4. As demais gestantes não emitiram opinião.

A disponibilidade de tempo foi um fator que contribuiu para a participação de grande maioria das gestantes no grupo educativo e a dificuldade de deslocamento até a UABS foi citado por pequena parcela das gestantes (Figura 7).

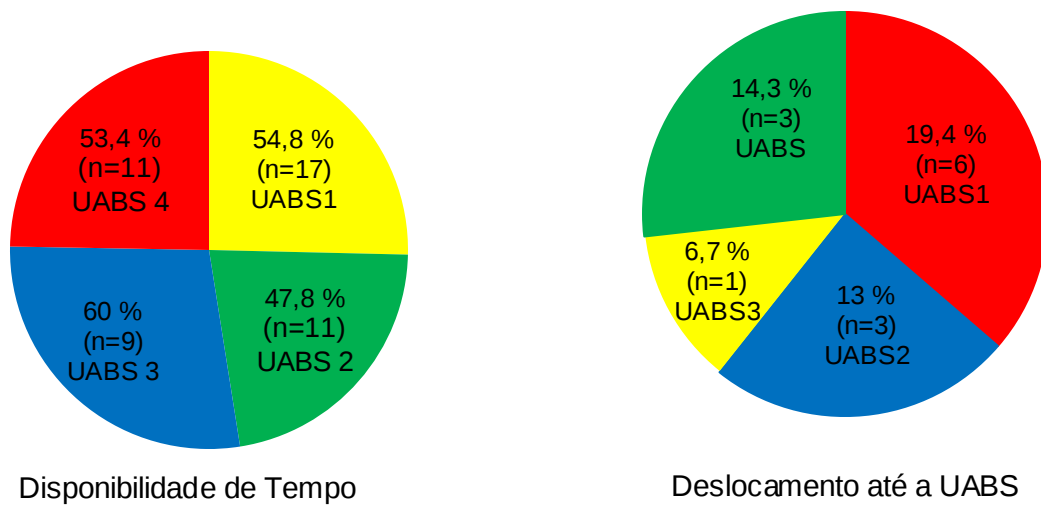


Figura 7 – Disponibilidade de tempo como facilitador e deslocamento como dificultador da participação de gestantes no grupo educativo de pré-natal das Unidades de Atenção Básica de Saúde do Distrito Campinas-Centro. Goiânia- GO, 2014-2015.

6. DISCUSSÃO

Este estudo analisou a participação de 90 gestantes de grupos educativos do pré-natal em quatro unidades de atenção básica de saúde do Distrito Sanitário Campinas-Centro do município de Goiânia-Goiás.

Ao traçar o perfil das gestantes, verificou-se que a idade das gestantes variou entre 18 e 39 anos, a maioria se concentra na faixa etária maior de 18 e menor de 29 anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde (MS) , a faixa etária de risco para gravidez é a idade menor de 16 e a maior de 35 anos. Neste estudo a maioria das gestantes se encontrava na faixa etária de risco habitual (BRASIL, 2000a).

Verificou-se também que uma parcela de gestantes, em especial da UABS 1, não viviam com o companheiro. Isso pode caracterizar uma situação conjugal insegura e, por isso constituir-se em condição desfavorável e fator de risco para a gravidez (BRASIL, 2000a; 2012a).

O baixo grau de escolaridade constitui uma das condições sócio-demográficas desfavoráveis durante a gestação, sendo classificado com um fator de risco na gravidez, exigindo, portanto, que o profissional dispense maior atenção às gestantes nessa condição (BRASIL, 2000a; 2012a).

A grande maioria da amostra apresentou mais de nove anos de estudo quanto a escolaridade, sendo que houve maior concentração de gestantes com ensino médio completo. Conhecer a escolaridade do público alvo é importante para o educador também utilizar uma linguagem apropriada em sua metodologia de ensino.

A renda per capita verificada variou por categoria salarial entre 1 a 3 salários mínimos. A UABS 1 foi a unidade com maior número de gestantes desempregadas.

Estudo realizado em Criciúma-SC, por Neumann et al. (2003), revelou que gestantes de menor renda iniciaram o pré-natal mais tarde e, com isso, tiveram menor número de consultas. No estudo de Gonçalves (2009), observou que a cobertura Pré-Natal aumentou progressivamente com a melhoria da renda familiar. Evidenciou também que as gestantes compareciam mais frequentemente as consultas no primeiro trimestre. Neste estudo, os achados apontaram que a UABS 4 concentrou as

gestantes com maior renda salarial e que todas fizeram no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, conforme preconizado pelo M.S (BRASIL, 2012a).

O número mínimo de seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo MS, não foi obtido na amostra estudada em função de não terem concluído o acompanhamento gestacional nas unidades de saúde. Até o momento da entrevista a média de consultas/gestante foi baixa (4,29), ao considerar que um pouco mais de um terço (47,8%; n=43) se encontrava no terceiro trimestre de gestação, embora esta média estivesse relacionada com a distribuição por trimestre gestacional das participantes. O preconizado pelo MS é uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012a). À medida que se eleva o grau de satisfação com a gravidez também aumenta o número de consultas de pré-natal (GAMA et al., 2004).

Os achados reforçam a necessidade de implementação da nova proposta da OMS no Brasil, quanto ao aumento do número de consultas de pré-natal para oito. Várias iniciativas governamentais ampliaram acesso à assistência obstétrica e à criança (VICTORA et al., 2011), como o aumento da cobertura pré-natal, de 46,20% em 2000 para 61,84% em 2011, para nascidos vivos que as mães realizaram 7 ou mais consultas (VETTORE, LAMARCA, 2012), e no estado de Goiás 64,56% (DATASUS, 2014).

Contudo, agravos evitáveis na gestação como a sífilis congênita (aumentou de 4.141 casos em 2000 para 11.314 em 2012) e a pré-eclâmpsia/eclâmpsia (2 a 10% das gestações) tem contribuindo para o aumento das taxas de morte materna e perinatal (CANTWELL et al., 2011; DATASUS, 2014).

As ocupações predominantes entre as gestantes foram a de Auxiliar de Serviços Gerais, do Lar e vendedora, ocupações que, algumas vezes, exigem esforço físico, carga horária excessiva, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse, sendo fatores de riscos durante a gravidez necessários dos profissionais de saúde dispensem atenção especial (BRASIL, 2000d). Além dos fatores de risco biológicos e socioculturais, em todo mundo, o baixo status socioeconômico é tido com um poderoso fator que contribui para o aumento do número de mortalidade e morbidade prematura. Há uma forte tendência de aglomerar comportamentos danosos à saúde da gestante (FALEIROS, 2003).

Os antecedentes obstétricos das gestantes participantes do estudo não refletem a realidade vivenciada pelo Município de Goiânia, onde no ano de 2014, de acordo com os dados do SINASC, de 22.855 partos, 17.106 (74,8%) foram partos cesáreos e 5.749 (25,2%) partos normais. O Brasil apresenta as taxas de cesáreas mais altas do mundo e tem sido mencionado como exemplo claro, o abuso desse procedimento, chegando a índices ainda maior na rede privada (80%) quando comparados aos serviços públicos (35%). Tal fato ocorre por razões relacionadas a fatores socioeconômicos e culturais, bem como a preferências de médicos e parturientes, do que propriamente em decorrência de riscos obstétricos e condições clínicas adversas (SANCHES et al., 2012).

No presente estudo, entre os 47 partos ocorridos em gestantes que já haviam engravidado anteriormente, 17 (36,2%) tiveram partos cesáreos e 30 (63,8%) tiveram partos normais. Isto pode estar relacionado à atenção ao parto e nascimento ocorrido em maternidades públicas onde se incentiva o parto normal (COSTA et al., 2013).

No estudo de Martins et al. (2015) foi analisado o conceito de pré-natal de cada gestante e, o mesmo caracterizado por assistência que deveria ser prestada do começo ao fim da gravidez, para favorecer uma gestação saudável. A compreensão das gestantes corrobora com as do referido estudo, pois a grande maioria afirmou que pré-natal é um “Acompanhamento da Mãe e/ou bebê”. Isto aponta que é preciso identificar o conhecimento das gestantes a respeito do pré-natal para prestar assistência com qualidade de acordo com suas necessidades de saúde. Além de praticar o acolhimento, criar vínculos e oferecê-las acesso às informações necessárias ao nível de sua compreensão (DUARTE; ANDRADE, 2008).

No pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência sobre a maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. Ele deve conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal e considerá-las na determinação de seu autocuidado e do futuro filho.

A compreensão da consulta médica por parte de 100% das gestantes como uma das ações do pré-natal e por 10% como definição de pré-natal reforça o que Chiesa e

Veríssimo (2001) destacam sobre a interação comunicativa entre os profissionais e usuários. Para eles a diferença social e cultural entre profissionais com nível universitário e alguns segmentos da população com menor grau de instrução, pode favorecer uma prática assistencial de “ordens” – de quem tem o saber oficial para quem não tem – ao invés de orientações argumentadas.

Embora, grande maioria das gestantes tenha referido ao grupo educativo como parte das ações do pré-natal, apresentado sua definição e importância, um pouco mais que um terço delas, não tinha conhecimento do grupo nas UABS. Isto aponta a necessidade de persistência dos profissionais de saúde para implementação e intensificação das atividades educativas nos grupos de gestantes, por meio do compartilhamento de saberes e interação entre as usuárias e os profissionais, para a melhoria do impacto dessa atividade na saúde física, mental e emocional da mulher no ciclo gravídico-puerperal (MOURA et al., 2014).

Este achado aponta uma possível falta de comunicação entre os profissionais, pouca divulgação do grupo, ou até mesmo falta de vínculo entre as gestantes e os profissionais. Na análise da variável grupo educativo, reforçou essa afirmativa, pois obteve-se nas UABS 1 e UABS 3 gestantes mais cientes acerca da inserção do grupo educativo como prática do pré-natal, do que nas UABS 2 e UABS 4 com menos de um terço da amostra.

Outro fator preocupante é a falta de conhecimento e de acesso à informação sobre o grupo educativo como estratégia de promoção e educação em saúde referida pela maioria das gestantes, principalmente referente às categorias profissionais participantes do grupo. Este achado reforça a atuação do enfermeiro na coordenação de grupos educativos e de intensificação da divulgação de sua importância para o acompanhamento pré-natal e aquisição de conhecimento por parte da gestante sobre os processos gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Gonçalves et al. (2008), ao avaliar a assistência pré-natal em uma unidade de ESF em um município da Grande São Paulo evidenciaram que, além da boa qualidade na assistência pré-natal, o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e as gestantes também é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal.

A maioria das gestantes recebeu o convite de outros profissionais da unidade de saúde, possivelmente devido a criação de um maior vínculo com esses profissionais, uma vez que o grupo educativo surge como mais uma forma de acolhimento, troca de experiências, esclarecimentos de dúvidas (SILVA et al., 2013).

Mesmo assim, o profissional enfermeiro somente exerceu maior influência na participação das gestantes de 50% das unidades estudadas (UABS 3 e 4). Este achado pode estar relacionado a forma de gestão das unidades de saúde e de gestão dos grupos. Diante desta questão, faz-se necessário a persistência dos profissionais de enfermagem no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal.

Os temas prioritários apresentados pelas gestantes, por ordem de relevância, para o grupo educativo estão relacionados ao que é emergente no ciclo gravídico-puerperal. Devem ser abordados temas de interesse das gestantes, preparando-as para a nova etapa de vida. As diferenças entre as variáveis relacionadas aos temas de relevância entre as UABS revelam o que é mais importante para as gestantes a gestão do grupo educativo ser centrado em seus interesses e necessidades. Para isto, os profissionais de saúde necessitam exercitar a escuta ativa e abordagem problematizadora dos temas (ANDRADE, 2010).

Outros temas de maior interesse ou curiosidade referidos pelas gestantes, como “Indicações e tipos de parto”, reforça o que Costa et al. (2014) afirmam. No período pré-natal, o profissional de saúde apresenta papel relevante como educador em saúde, na oferta de apoio e segurança, para a gestante decidir sobre a via de parto e nascimento de seu filho. Porém, no sistema de saúde vigente no Brasil, nem sempre esta escolha é respeitada diante a precária oferta de informações no pré-natal.

A consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento porque possibilita o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, de sentimentos, e de experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Nesse sentido a comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermeiro-gestante, principalmente para favorecê-la a compreensão desse complexo processo, empoderando-a para enfrentá-lo com mais tranquilidade (SHIMIZU; LIMA, 2009).

As orientações pré-natais ampliam o conhecimento não apenas do processo gestacional, mas também do parto, que é um momento bastante temido. O parto, pode ser associado a morte e a outras complicações, necessitando dessa maneira, de um preparo, em que considerem os procedimentos técnicos, os aspectos emocionais e culturais (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Em relação à participação das gestantes no grupo educativo do pré-natal, verificou-se como fatores que influenciaram na sua disponibilidade o “horário do grupo”, “local dos encontros”, “Não ter filhos”. Esses fatores contribuíram na participação das gestantes no grupo educativo. Entre a maioria das gestantes o horário dos encontros para realização do grupo educativo foi considerado um fator facilitador de sua inserção e participação. É de extrema importância que, os horários sejam estabelecidos e cumpridos. E que se leve em consideração à disponibilidade dos participantes, visando assim favorecer e facilitar o funcionamento do grupo (MUNARI; RODRIGUES, 1997). Isto reforça a importância de considerar todos esses fatores no planejamento do grupo educativo, de forma que as atividades também sejam favorecidas as gestantes que tem filhos. Podem ser criados espaços lúdicos para as crianças ao mesmo tempo em que o grupo educativo de gestantes.

É de fundamental importância, a adequação do ambiente aonde irá se desenvolver o trabalho em grupo. Sendo relevante oferecer condições de trabalho em um ambiente amplo, arejado, privativo, acomodações para todos os participantes, preferencialmente para que possam estar olhando uns para os outros em forma de círculo (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

O estudo aponta a necessidade de investimento na gestão da assistência na rede de Atenção Básica ao pré-natal do SUS, no que tange ao planejamento, oferta e aplicação de grupos educativos. Tais pontos merecem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro. Haja vista que, o grupo educativo é uma ação de promoção e educação em saúde pré-natal importante para na qualidade e humanização da assistência.

Constituiu em limitação do estudo a amostra de conveniência e seu tamanho composto por poucas unidades básicas de saúde da rede SUS, o que sugere cautela nas inferências dos resultados.

7. CONCLUSÕES

Entre as 90 gestantes participantes da pesquisa, a grande maioria se apresentava com idade entre 18 a 28 anos, mais de nove anos de estudo, vivendo com o companheiro, exercendo atividade de trabalho remunerado, renda de até dois salários mínimos, sem imóvel próprio, gestação normal no terceiro trimestre com média de cinco consultas e já tinha engravidado anteriormente.

Sobre a compreensão das ações do pré-natal, 100% das gestantes referiu a consulta médica e mais da metade, o grupo educativo como atividade do pré-natal.

A maioria das gestantes definiu grupo educativo como “Espaço Educativo” e “Espaço de troca de experiências”, com destaque de sua importância para a “Transmissão de conhecimento”, “Esclarecimento de dúvidas” e “Orientação de mães de primeira viagem”. A falta de conhecimento e de acesso à informação sobre essa estratégia de educação em saúde foi expressiva entre as gestantes das UABS 2 e 4.

Por ordem de relevância os temas prioritários, para o grupo educativo foram: “Cuidados com o recém-nascido”, “Amamentação”, “Cuidados com o corpo durante a gestação” e “Direitos das gestantes”. Com relação à abordagem sobre outros temas “Indicações e tipos de parto” foi o assunto apontado como de maior interesse ou curiosidade.

Com relação a participação no grupo educativo de pré-natal, as gestantes relataram mais facilidades do que dificuldades. Os fatores facilitadores de participação mais expressivos foram: “horário do grupo”, “local dos encontros”, “Não ter filhos”.

A participação das gestantes nos grupos educativos do pré-natal foi diferente entre as UBS e os fatores que influenciaram na sua disponibilidade foram o “horário do grupo”, “local dos encontros” e “Não ter filhos”. Isto reforça o papel do enfermeiro no planejamento e gestão do grupo como importante estratégia de promoção e educação em saúde da gestante e de sua família.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos educativos do pré-natal constituem uma importante estratégia de promoção e educação em saúde da gestante e sua família, por permitir a troca de experiências e conhecimento entre estas e os profissionais de saúde. É um espaço interativo e terapêutico e sua prática deve ser introduzida e estimulada rotineiramente na assistência pré-natal.

As ações educativas desenvolvidas com grupos de gestantes oferecem um ambiente propício para trocas de experiências e conhecimentos, reflexões e discussões sobre gestação, parto e puerpério, uma vez que a desinformação das gestantes quanto à rede de atendimento do SUS, e ao que é ofertado a ela no pré-natal, dificultam o entendimento da mesma sobre a importância dos cuidados durante o ciclo gravídico e puerperal. Faz-se necessário, portanto, a divulgação e o incentivo à adesão aos grupos educativos, uma vez que estes facilitam a interação da gestante com o serviço, e as inserem nas rotinas de cuidados pré-natais.

Necessita-se adotar medidas educacionais sobre a importância do grupo educativo, para que melhorias na saúde das gestantes possam ser alcançadas em longo prazo. Logo, o profissional da saúde precisa aproximar-se das gestantes e da comunidade como um todo, desenvolvendo atividades centradas na atenção primária e estratégias de educação em saúde, com foco na promoção da saúde e na conscientização pré-natal.

No pré-natal as ações educativas prioritariamente são desenvolvidas pelo profissional enfermeiro na Atenção Básica, ainda que com equipes multiprofissionais, ressalta-se a importância de sua atuação efetiva e intensificada na divulgação de sua importância para o acompanhamento pré-natal e aquisição de conhecimento por parte da gestante sobre os processos gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Assim como, a sua efetiva participação no planejamento e gestão dos grupos educativos para favorecer a adesão das gestantes em toda rede de Atenção Básica.

9. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.1, p. 98-104, 2009.
- ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto Contexto Enferm**, v. 8, n. 1, p. 122-132, jan./abr. 1999.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G. M. Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v.2, n.1, p.258-272, 2007.
- ANDRADE, A. et al. Sala de Espera para Gestantes: uma Estratégia de Educação em Saúde. v. 36, p. 62–67, 2010.
- ARAÚJO, M.F.M., SCHMITZ, B.A.S. Reassessment of baby-friendly hospitals in Brazil. **J Human Lactation**, v. 23, n. 3, p. 246-252, 2007.
- BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 511-518, 2008.
- BARROS, R. D. B. Clínica grupal. **Revista do Departamento de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-11, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p. 320.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. p. 16.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012b. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 1.ed. Brasília: Ministério as Saúde, 1999. p. 40.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**.1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.p. 202.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil, 2002. p. 69-71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, DF: Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Série Pacto pela Saúde. Vol. 4. 2006a. p. 60.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 82.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. 2006b. Acesso em: 16 set.2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União Brasília, DF, 22 ago. 2007a, Seção 1.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério - Atenção qualificada e humanizada**. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. p. 162.

BRASIL. Programa de assistência integral à saúde da mulher: bases de ações programáticas. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. p. 30.

BRASIL. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva..1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 28.

BRASIL. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa e ao controle social. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.50.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, nº 12, Seção 1,p.59, 2013. Acesso em 20 nov 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 163 –177, 2000.

CANTWELL R, CLUTTON-BROCK T, COOPER G, DAWSON A, DRIFE J, GARROD D. Saving Mothersí Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. **BJOG**, 118(Suppl 1):1-203. 2011.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Suplemento 2, p. 2029-2040, 2008.

- CHEN, X. K.; et al. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.42, n.2, p.122-127, 2007.
- CHIESA, A.; VERÍSSIMO, M. A educação em saúde na prática do PSF. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**, p. 34–42, 2001.
- COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516–522, 2013.
- COSTA, S.P. et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.
- DATASUS. **Nascidos Vivos – Brasil: 1994-2010**. 2014. [Acesso em 15 maio 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- DELFINO, M. R. R.; PATRICIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVERIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde soc**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 132-139, junho 2008 .
- FALEIROS, J. J. Profissionais para reorientar o Modelo Assistencial. Quantos e Quais? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.55–64, jan/abr. 2003.
- ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, V. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; REGIS, M. I.; BRASIL, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-727, dez. 2010 .
- FRANCO, S. E. G; ROCHA, K. B. Chapadão do céu: Uma equipe faz a diferença. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 3, p. 21–25, dez. 2000.
- FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 41ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 2005.
- FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. **Caderno Humaniza SUS: Atenção Básica**, v. 2.p. 106-116.
- GAMA, S. G. N. DA et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S101–S111, 2004.
- GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Quality and equity in prenatal care: a population- based study in Southern Brazil. **Cadernos de saúde publica / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Publica**, v. 25, n. 11, p. 2507–2516, 2009.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p 481-502
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARCON, S. S. “Flashes” de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um Hospital Universitário. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.5, n.4, p.43-54, 1997.

MARTINS, Q. P. M. et al. Conhecimentos De Gestantes No Pré-Natal: Evidências Para O Cuidado De Enfermagem. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 65–71, 2015.

MELO, J. M.; et al. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.5, p.280-286, 2007.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da saúde**, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MOURA, T. N. B. et al. Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar.. **Gestão e Saúde**, Brasília, DF. Brasil, p. 2343-2352, ago. 2014. Acesso em: 11 nov. 2016.

Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/993>>

MUNARI, B. D.; ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 359-366, 1997.

NEME, B. Obstetrícia básica. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 118-120.

NETO, F. R. G. X.; et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n. 5, p. 595-602, 2008.

NEUMANN, N. A.; TANAKA O. U.; VICTORA, C. G.; CESAR, J. A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 307-318, dez. 2003.

OSÓRIO, L. C. Grupos: teorias e práticas - acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: **Artes Médicas Sul**, 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Geneva 27, Switzerland. 2016. Acesso em: 11 Dez. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf?ua=1>

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**. May, Serie 1, p. 11 -31, 2011. Acesso em: 04 julho 2016.

Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>.

PENNA, L. H. G; PROGANTI, J. M; CORREA, L.M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer**, v. 52, n. 3, p. 385-391, 1999.

PEREIRA, I. M. T. B. PENTEADO, R. Z. MARCELO, V.C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: Uma Parceria Saudável. In: **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 24, ano 24, n. 1, p.39–44, jan/fev. 2000.

PEREIRA, L. M.; SOBRINHO, F. L. **Invasores ou invadidos? Um olhar sobre a criação de fronteiras em Goiânia - GO**. p. 59–71, 2014.

PESSOA, I. N.; et al. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. **Cienc cuid saúde**, v.8, n.2, p.236-241, 2009.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 313-324, mar. 2014.

PROGIANTI J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.8, n.2, p.194-97, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 186-192, abr/abr. 2005.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2012.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; PINTO, L. F. S.; SILVA, P. L. B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 20, p. 534-545, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cienc Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 477-489, 2007.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em ribeirão preto. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 418–426, 2012.

SANTOS, M. R. C.; ZELLERKRAUT, H.; OLIVEIRA, L. R. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.420-429, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/>>. Acesso em: 1 jun. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre Ano 2015, 2015.

SILVA, A. L. S.; et al. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. Disponível

em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Acesso em: 11 Dez. 2016.

SILVA, J. R; SILVA, R. L; PINHEIRO, T. X. A. Aprimoramento do grupo de gestantes da comunidade de Morada de Fé-Macaíba/RN. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 1, n. 6, 2013.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras de Enferm**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SIMÕES, A. L. A.; et al. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. Reme: **Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 1, p. 81-85, 2007.

VETTORE, M, LAMARCA, G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna? [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/05/atencao-pre-natal-no-brasil-uma-questao-de-oferta-de-acesso-ou-de-escolaridade-materna/>. Acesso em: 11 Dez. 2016.

VIÇOSA, G. R. Grupos com gestantes. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VICTORA, C. G. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**. May, Serie 2, p.32-46, 2011.

ZAMPIERI, M. F. M. O processo educativo: 1. Interpretando o som da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F, M.; SANTOS, O. M. B. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis (SC): Cidade Futura, 2001.

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 28 de março de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO
Protocolo nº 411/11

I. IDENTIFICAÇÃO:

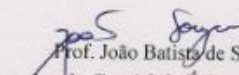
Título do projeto: *Adesão de gestantes ao grupo educativo no período pré-natal*

Pesquisador Responsável: Nilza Alves Marques Almeida

Local de realização: Universidade Federal de Goiás/FEN

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,
Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215,
Email: cep.prppg.ufg@gmail.com

APÊNDICE A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa. Meu nome é Nilza Alves Marques Almeida, sou a pesquisadora responsável, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e minha área de atuação é Saúde da Mulher.

Após ler com atenção esse documento e ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinada por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma delas é sua e a outra ficará comigo, arquivada em uma pasta com suas informações sobre a pesquisa.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato comigo, Nilza Alves Marques Almeida, pesquisadora responsável, nos telefones: (62) 84543957 e 32096280. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3521-1075 ou 3521-1076, no endereço: Prédio da Reitoria, Térreo - Campus II – Goiânia-GO – CEP 74001-970, telefones: 3521-1076/1215 Fax: 3521-1163.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

O título desse projeto é “Adesão de gestantes ao grupo educativo no período pré-natal”. O objetivo de sua participação nessa pesquisa é saber como o que facilitou ou dificultou a sua participação no grupo de gestantes, na Unidade de Atenção Básica de Saúde (UABS) onde você faz pré-natal. O interesse realizar esse estudo surgiu a partir de preocupação quanto ao número reduzido de gestantes participantes nos grupos.

Se você concordar em participar dessa pesquisa, depois de ler atentamente e assinar este termo de consentimento, você responderá a um questionário aplicado por mim com perguntas sobre sua idade, cidade onde nasceu e mora, cor de sua pele, estado civil, escolaridade, religião, tipo de moradia, atividade de trabalho,

renda familiar e informações sobre sua gravidez. Responderá também perguntas sobre o que conhece do grupo de gestantes, o seu interesse em participar desse grupo e o que facilita ou dificulta a sua participação. Você responderá ao questionário, em uma sala, com espaço privativo para facilitar a nossa conversa e garantir a preservação de sua identidade como participante da pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa não oferece riscos de qualquer natureza física, psicológica, moral ou social, somente o desconforto em relação ao tempo dedicado a responder ao questionário.

Essa pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você, no entanto, contribuirá com as gestantes que irão participar dos futuros grupos, pois suas informações irão auxiliar os profissionais de saúde no planejamento e na coordenação de novos grupos da UABS, em Goiânia-Go.

Como voluntária você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo ou de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo aos seus interesses e ao atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde, inclusive nessa UABS.

De acordo com a legislação vigente para pesquisa (Resolução n.º 466/2012), não pode ocorrer nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação voluntária e você não terá nenhuma despesa ou custo para participar do estudo, pois eu, pesquisadora principal, irei ao local onde você está para realizar a coleta de informações sobre a pesquisa.

Todas as informações obtidas por meio do questionário serão utilizadas para fins dessa pesquisa e para publicações em revistas científicas e congressos. O seu nome em nenhum momento será divulgado e ninguém saberá sobre sua participação na pesquisa.

Goiânia, ____ de _____ de 2014.

Nilza Alves Marques Almeida

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, se for o caso).

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

APÊNDICE B	PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES
PARTICIPAÇÃO DE GESTANTES AO GRUPO EDUCATIVO NO PERÍODO PRÉ-NATAL Prezada usuária, para ter algumas informações sobre você e seu pré-natal gostaríamos que respondesse com atenção as seguintes perguntas:	

Data ____/____/____

Gestante n. _____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de nascimento ____/____/____

Idade: _____ anos

Escolaridade: ☐ Não estudou Ensino fundamental: completo ☐ incompleto ☐Ensino médio: completo ☐ incompleto Ensino superior: completo ☐ incompleto ☐Situação funcional: ☐ empregada ☐ desempregada ☐ autônoma

Profissão/Ocupação: _____

Estado civil: ☐ solteira ☐ casada ☐ união estável ☐ separada ☐ divorciada ☐ viúvaRenda mensal familiar em salários mínimos: ☐ 1 salário ☐ 2 salários ☐ 3 ou mais saláriosSituação de moradia: ☐ própria ☐ cedida ☐ alugada ☐ financiada ☐ outra ____Religião: ☐ católica ☐ evangélica ☐ espírita ☐ outras _____**DADOS OBSTÉTRICOS ANTECEDENTES:**

Quantas vezes você já engravidou? _____

Já teve algum aborto? ☐ sim, quantos? ____ ☐ não

Você teve quantos partos? _____ [] normais [] cesários [] fórceps

Quantos filhos (vivos) você tem? _____

DADOS OBSTÉTRICOS ATUAIS:

Quantas consultas de pré-natal você fez até hoje? _____

Qual foi a data da sua última menstruação? _____ IG: _____ DPP: _____

Apresentou problema de saúde nessa gravidez? ☐ sim, qual? _____ ☐ não

APÊNDICE C	CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE O GRUPO EDUCATIVO
Prezada usuária, para termos informações sobre o que você acha do grupo de gestantes da Unidade de Atenção Básica de Saúde, gostaríamos que respondesse com atenção as seguintes perguntas:	
1. Para você, o que é o pré-natal? _____	
2. E quais atividades fazem parte do pré-natal? ☐ Consulta médica ☐ Consulta do enfermeiro ☐ Consulta odontológica ☐ Grupo de gestantes ☐ Visita domiciliar ☐ Outra _____	
3. Fale um pouco sobre o que é grupo de gestantes? _____	
4. Qual a importância do grupo de gestantes para você? _____	
5. Sobre o grupo de gestantes dessa Unidade de Saúde, quais das informações abaixo você tem conhecimento? ☐ Dias e horários de realização. Quais: _____ ☐ Objetivo do grupo de gestantes. Qual? _____ ☐ Como ele funciona. Descreva: _____ ☐ Profissionais que participam. Quais? _____ ☐ Outras informações _____ ☐ Não tem informações sobre o grupo de gestantes	
6. Durante os encontros das gestantes são propostas atividades educativas relacionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Dentro desses temas, quais assuntos você gostaria de conversar ou tem curiosidade em saber? ☐ Cuidados com meu corpo durante a gestação ☐ Cuidados com o recém-nascido ☐ Direitos das gestantes ☐ Amamentação correta ☐ Outros temas: _____ ☐ Não tenho curiosidade sobre nenhum outro assunto	

APÊNDICE D	FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA PARTICIPAÇÃO DE GESTANTES AO GRUPO EDUCATIVO NO PERÍODO PRÉ-NATAL	
PARTICIPAÇÃO DE GESTANTES AO GRUPO EDUCATIVO NO PERÍODO PRÉ-NATAL Prezada usuária, gostaríamos de saber o que facilita ou dificulta a sua participação no grupo de gestantes da Unidade de Atenção Básica de Saúde e para isso gostaríamos que respondesse com atenção as seguintes perguntas:		
1. Quem convidou você para participar? ☐ ACS ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ outros _____		
2. No momento, se você está participando do grupo de gestantes aponte		
o que facilita sua participação:	o que dificulta sua participação:	
☐ Horário dos encontros ☐ Local dos encontros ☐ Disponibilidade de tempo ☐ Horário de trabalho não coincide com o horário do grupo ☐ Horário de estudo não coincide com o horário do grupo ☐ Não tem filhos ☐ Tem quem cuida dos filhos ☐ Outros _____	☐ Horário dos encontros ☐ Local dos encontros ☐ Horário de trabalho coincide com o horário do grupo ☐ Horário de estudo coincide com o horário do grupo ☐ Locomoção ☐ Não tem com quem deixar o(s) filho(s) ☐ Outros _____	