

## Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades

### *Health education for pregnant women in the family health strategy: challenges and possibilities*

Natanias Macson da Silva<sup>1\*</sup>, Tássio Danilo Rego de Queiroz<sup>2</sup>, Alexandre Bezerra Silva<sup>3</sup>, Jennifer do Vale e Silva<sup>4</sup>, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Biomédico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; <sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, UERN; <sup>3</sup>Mestre em Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, UERN, Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; <sup>4</sup>Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, Professor Adjunto do Curso de Graduação em Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, UFERSA; <sup>5</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Professora Adjunta IV do Curso de Graduação em Medicina e Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, UERN. Natal, RN

#### Resumo

**Introdução:** a Educação em Saúde com gestantes deve incorporar novas ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças, bem como garantir o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo biomédico, evocando reflexões críticas e o compartilhamento de experiências por meio das gestantes. **Objetivo:** buscou-se analisar as atividades de Educação em Saúde direcionadas para as gestantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/RN, que reuniu narrativas de 15 usuárias por meio de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** após utilização da Análise Temática de Conteúdo, os resultados foram separados em duas categorias principais e cinco subcategorias. A primeira categoria avaliou as ações de Educação em Saúde, caracterizadas por serem esporádicas (ou inexistentes em alguns serviços) e pela alternância entre metodologias de ensino vertical e horizontal. Por outro lado, a segunda categoria evocou o significado dos encontros entre as gestantes e os profissionais de saúde, marcado por fragilidades na escuta qualificada, no diálogo e na realização das ações educativas durante o pré-natal. **Conclusão:** de acordo com os discursos das gestantes, percebemos que as estratégias de ensino, quando pautadas nos preceitos de Paulo Freire, estão intimamente ligadas à promoção da saúde. Isso porque garante às gestantes uma consciência crítica sobre o seu autocuidado; o que se constitui como primeira iniciativa para que ocorram mudanças nos seus hábitos de vida e na maneira como enfrentam as circunstâncias inerentes à gestação.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde materno-infantil. Promoção da Saúde.

#### Abstract

**Introduction:** health education for pregnant women proposes the incorporation of new actions within the scope of Primary Health Care, with possibilities of promoting health and preventing diseases, as well as ensuring the exercise of practices and knowledge alternative to the biomedical model, evoking critical reflections and the sharing of experiences by pregnant women. **Objective:** this study aimed to analyze the Health Education activities directed to pregnant women in the Family Health Strategy teams. **Methodology:** this is a qualitative study, developed in Basic Health Units of the municipality of Mossoró/RN, which gathered narratives of 15 users through semi-structured interviews. **Results:** after using Thematic Content Analysis, the results were separated into two main categories and five subcategories. The first category evaluated the Health Education actions, characterized by being sporadic (or nonexistent in some services) and by the alternation between vertical and horizontal teaching methodologies. On the other hand, the second category evoked the meaning of the meetings between pregnant women and health professionals, marked by weaknesses in qualified listening, dialogue and the realization of educational actions during prenatal care. **Conclusion:** according to the pregnant women's speeches, we realize that teaching strategies, when based on Paulo Freire's precepts, are closely related to health promotion. This is because it guarantees to pregnant women a critical consciousness about their self-care, which is the first initiative for changes to occur in their life habits and in the way they face the circumstances inherent to pregnancy. Translated with [www.DeepL.com/Translator](http://www.DeepL.com/Translator) (free version)

**Keywords:** Health Education. Family Health Strategy. Maternal and Child Health. Health Promotion.

**Correspondente/Corresponding:** \*Natanias Macson da Silva – End: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, CEP 59607-360, +55 (84) 3315-2248, Mossoró/RN – Brasil. – E-mail: [nataniasmacson95@gmail.com](mailto:nataniasmacson95@gmail.com).

#### INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de maneira significativa no Brasil para a melhoria de in-

dicadores de morbimortalidade e de acesso e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), ajudando a consolidar os princípios e objetivos desse sistema (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A sua configuração, por meio de equipes multiprofissionais, de cuidados territoriais e de práticas que incluem a Promoção e a Vigilância em Saúde, em sintonia com os princípios do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), abriu possibilidades para o exercício de ações educativas distintas daquelas voltadas à transmissão acrítica de “boas normas e comportamentos sobre saúde”, tal como tradicionalmente se desenvolveram no campo da saúde durante a maior parte do século XX (ALVES; AERTS, 2011).

Historicamente, as práticas educativas foram pouco valorizadas em relação à assistência clínica, isto é, atividades como consultas médicas tradicionais alcançam maior valorização em detrimento de rodas de conversas educativas em saúde, por exemplo. Quando são viabilizadas na ESF, há uma tendência de centrar essas metodologias na vertente da educação tradicional (ensino vertical), o que não permite o hábito reflexivo, ainda que os discursos sejam em torno de temas como transformação ou educação popular (FEICHAS; SCHWEICKARDT; FERLA, 2020).

No horizonte de reconstrução das ações em saúde na direção da integralidade, da equidade e das necessidades de saúde de sujeitos outrora objetificados pelas ações biomédicas, o qual integra a proposta da ESF, a atividade educativa deve oportunizar, ao usuário, o exercício de sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador, criativo e autônomo na produção de sua saúde. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo; devem, em contrário, educar-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (PEREIRA *et al.*, 2015). O diálogo, a reflexão, a ação compartilhada e exercício de questionamento emergem, nesse contexto, como aspectos fundamentais para as práticas educativas (LIMA *et al.*, 2020).

A necessidade de tais condutas educacionais como estratégia para o alcance da integralidade em saúde está colocada, no caso das gestantes, antes do surgimento do SUS e da ESF, uma vez que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, já apostava nesse conceito como meio para olhar e abordar a mulher de maneira mais abrangente e complexa, reconhecendo seu papel social, seus ciclos de vida e, de maneira articulada, seus problemas e necessidades de saúde. Para isso, as ações educativas tornaram-se fundamentais para a produção de conhecimentos e capacidade crítica das mulheres (PIO; OLIVEIRA, 2014).

Mais recentemente, no campo das políticas públicas de saúde, a realização de ações de Educação em Saúde para esse público encontra-se prevista no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000) (BRASIL, 2000) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Essa exigência requer dos profissionais de saúde da ESF a contínua e efetiva capacitação para o uso de ferramentas pedagógicas inovadoras que permitam produzir, com as mulheres, a reflexão crítica e compartilhada de suas experiências com a gestação, o parto e o puerpério, mas também com o conjunto de problemas e necessidades de saúde que experimentam ao longo da vida.

Diante dessas reflexões, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar as atividades de Educação em Saúde direcionadas para as gestantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Mossoró/RN, localizado no Nordeste brasileiro.

## METODOLOGIA

O presente estudo trabalha com a dimensão simbólica e subjetiva das interações sociais no processo da vida cotidiana das gestantes. Nesse segmento, trata-se de um estudo do tipo exploratório e de natureza qualitativa.

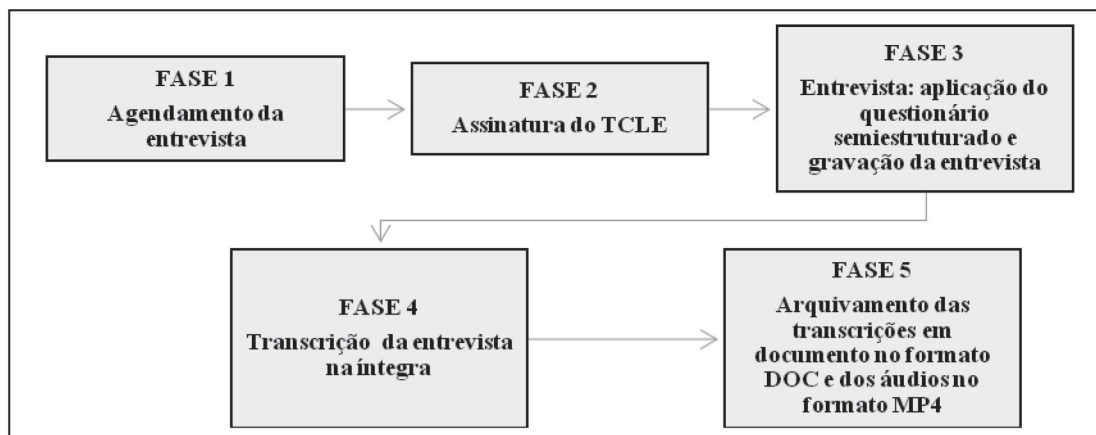
A pesquisa foi desenvolvida no município de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte, que possui uma rede de saúde bastante ampla e diversificada, com pleno funcionamento da gestão do sistema municipal de saúde. Nesse sistema, a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) possui 45 Unidades Básicas de Saúde. Com modelo de atenção à saúde voltado à APS, há um total de 69 equipes de ESF e 1 equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (IBGE, 2015).

Inicialmente foi realizado um mapeamento das equipes da APS e, em seguida, foram selecionadas três UBSs de modo aleatório. Posteriormente, a amostra foi constituída por 15 gestantes das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Os critérios de inclusão adotados foram: (1) possuir cadastro na UBS que cobre a área onde a gestante reside e (2) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada e dividiu-se em cinco fases, como indicado na Figura 1. Todas as entrevistas foram pré-agendadas e efetuadas de maneira individual no interior das Unidades de Saúde da Família ou nas residências dos sujeitos pesquisados, em local reservado previamente.

Figura 1- Fases da coleta e armazenamento de dados. Mossoró/RN, 2021.



Fonte: Próprio autor, 2021.

As falas foram transcritas imediatamente após o término de cada entrevista, procurando obedecer rigorosamente ao que foi relatado pelas gestantes.

O presente estudo seguiu os preceitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sendo aprovado em 23 de novembro de 2018, com o seguinte número de parecer: 3.035.739.

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e assinado, após o aceite em participar da pesquisa. Para a preservação do anonimato dos sujeitos, as identidades foram representadas por nomes de árvores frutíferas: Aroeira, Figueira, Cerejeira, Amoreira, Oliveira, Ingá, Pitangueira, Cássia, Magnólia, Jasmim do Campo, Parreira, Angelim, Ipê, Rosa e Flamboyant.

A análise dos dados foi efetivada em três etapas: (1) pré-análise; (2) exploração do material; (3) núcleos de sentidos. A pré-análise ocorreu mediante leitura exaustiva do material, com o objetivo de obter uma visão geral do conjunto de dados e identificar as categorias de análise. Em seguida, durante a exploração do material, realizou-se a análise em si, classificando as falas ou fragmentos de falas selecionados entre as categorias. Por fim, os núcleos de sentido (unidades de análise) foram reconhecidos e, em cada categoria empírica, foram criadas subcategorias; as inferências foram elaboradas a partir das análises interpretativas das falas (BARDIN, 2016).

Para a análise do material coletado, utilizou-se o método de Análise Temática de Conteúdo, preconizado por Bardin (BARDIN, 2016). Esse método pressupõe etapas para a execução da análise, a começar pela leitura minuciosa do material produzido e, após isso, a definição das categorias de estudo. Cada categoria envolve três subcategorias: iniciais, emergentes e significativas. Por fim, a última etapa de execução da análise envolveu o agrupamento e codificação das categorias e consolidação dos resultados do estudo (BARDIN, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram agrupados em duas categorias de análise: (1) ações de Educação em Saúde e (2) significado dos encontros entre gestantes e profissionais de saúde. As categorias e subcategorias estão apresentadas no Quadro 1, para melhor compreensão dos termos de maior significância do estudo.

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da Educação em Saúde com gestantes na Estratégia Saúde da Família. Mossoró/RN, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Ações educativas esporádicas ou inexistentes	15
	Rodas de conversas e palestras	16
SIGNIFICADO DOS ENCONTROS ENTRE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Motivos da realização das ações educativas e consultas durante o pré-natal	20
	Escuta qualificada	13
	Diálogo entre gestante e profissional	15

Fonte: Próprio autor, 2021.

### Ações de Educação em Saúde

A ESF apresenta-se como espaço fértil e promissor para o desenvolvimento de uma Educação em Saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social (PEREIRA et al., 2015). Contudo, a categoria “Ações de Educação em Saúde” reverbera realidades que não condizem com as práticas pedagógicas com gestantes.

Nesse constructo, essa categoria dispõe das seguintes subcategorias: (1) ações educativas esporádicas/inexistentes e (2) rodas de conversas/Palestras que visam analisar

as ações de Educação em Saúde na ESF, de acordo com o Quadro 2.

**Quadro 2** – Núcleos de sentido evidenciados por gestantes na Estratégia Saúde da Família acerca das ações de Educação em Saúde. Mossoró/RN, 2021.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Ações educativas esporádicas/inexistentes	
•	As ações em saúde ocorrem de maneira esporádica e são quase inexistentes;
•	As gestantes reconhecem a importância das ações de Educação em Saúde;
•	A procura das gestantes pelas ações de Educação em Saúde está relacionada, principalmente, ao medo, à ansiedade e ao acompanhamento regular para garantir maior segurança durante o período gestacional.
Rodas de conversa/palestras	
•	As rodas de conversa são mais utilizadas nas ações de Educação em Saúde;
•	As rodas de conversa permitem a troca de conhecimento entre os profissionais de saúde e as gestantes;
•	Apesar do uso de rodas de conversa nas ações de Educação em Saúde, as gestantes pouco opinaram sobre os temas emergentes; para elas, as ações se configuram com a transmissão de conhecimento unidirecional e vertical, por meio dos profissionais de saúde.

Fonte: Próprio autor, 2021.

### Ações educativas esporádicas/inexistentes

Essa subcategoria discute as atividades de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e voltadas para as gestantes. Observa-se que as entrevistadas fazem referência à utilização de ações educativas (como palestras, rodas de conversa e entrega de material educativo) como forma de validar o processo de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, os relatos mostram que essas ações ocorrem de maneira pontual e são quase inexistentes na maioria das UBSs, não havendo um cronograma de atividades que permita a execução de ações educativas organizadas e periódicas, com base nas necessidades e na realidade local, conforme as narrativas abaixo:

“Aqui não acontece essas atividades [...]” (Oliveira).

“Eu nunca participei dessas atividades, só das consultas.” (Magnólia).

“Olha, as rodas de conversa que as vezes acontecem, eu sei pelas outras gestantes e pela minha mãe que é agente de saúde daqui.” (Aroeira).

A Educação em Saúde, dentro da ESF, possibilita a concretização de um de seus objetivos, que é a produção social da saúde, efetivada a partir de uma prática educativa que possibilite a troca de saberes e experiências entre a comunidade e os profissionais (PEREIRA *et al.*, 2015). Esse processo de Educação Popular em Saúde torna-se realidade, dentre outros fatores, quando se garante a

execução de ações educativas, altamente planejadas com metodologias ativas e acessíveis ao público-alvo.

Compreende-se que a prática educativa ensejada pelos profissionais da ESF deve oportunizar que usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador da humanidade. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo, devem, na realidade, educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2017).

Apesar de as atividades de Educação em Saúde ocorrerem de maneira esporádica, segundo as gestantes, consta-se nas narrativas das participantes a importância das atividades pedagógicas, como se observa nos relatos abaixo:

“Sim, até agora eu gostei do apoio que eles estão dando. Eu acho que os conhecimentos educativos me mantêm segura, quanto a gestação.” (Cerejeira).

“Trazem muito conhecimentos [...], de forma a conduzir bem durante a gestação.” (Jasmim do campo).

Os discursos deixam evidente a necessidade de se investir em práticas educativas direcionadas à saúde da mulher, principalmente voltadas para a mulher no período gestacional. Tais ações ainda são pontuais e não fazem parte da rotina da maioria das unidades de Saúde da Família do município de Mossoró/RN.

Ao serem indagadas sobre os principais motivos da procura pelas atividades de Educação em Saúde, a maioria das gestantes responderam que o medo, a ansiedade e a necessidade de se sentirem mais seguras (ver Quadro 2) durante o período gestacional foram as principais causas de busca, conforme se evidencia nos relatos abaixo:

“[...] se não fosse esses momentos aqui no posto, eu não teria as mudanças que eu tenho hoje, em relação a ansiedade de ser mãe.” (Aroeira).

“Estou participando do grupo de mulheres e essas ações me permitem refletir sobre a minha gestação. Mas diminui um pouco, os meus medos e ansiedades. É porque a pessoa, às vezes, por você ser mãe pela primeira vez, fica meia confusa e insegura com o que pode ou o que não pode acontecer.” (Cerejeira).

“[...] eu vejo as informações passadas pelo médico, comparo com as informações que eu tenho aqui no posto e acaba diminuindo um pouco do meu medo, mas aqui no posto por si só não diminui tanto a minha ansiedade” (Parreira).

Com base nesse pressuposto, a efetivação de práticas educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos dentro da ESF é um desafio que deve ser vencido constantemente, uma vez que elas ainda se apresentam incipientes, com utilização de metodologias tradicionais que não promovem a autonomia dos sujeitos. Além disso, esse cenário compromete o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores de saúde e a população. Sendo assim, é importante envolver os gestores, os

profissionais de saúde e os usuários na implantação de práticas educativas inovadoras, adotando metodologias que priorizem o diálogo, o compartilhamento de saberes e o vínculo entre as gestantes e entre elas e os profissionais de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

### Rodas de conversa/Palestras

Nessa subcategoria pode-se constatar que, quando há atividades de Educação em Saúde voltadas para as gestantes no âmbito da ESF, a roda de conversa é a metodologia mais utilizada, isso porque permite a troca de conhecimento entre os profissionais e as gestantes, conforme relatos abaixo:

“Abrem espaço sim, eu me abro para falar sobre as coisas que acontecem comigo, como foi o caso da infecção urinária que tive.” (Rosa).

“[...] qualquer coisa a gente pode conversar com eles que eles explicam bem direitinho.” (Magnólia).

Contudo, é válido ressaltar a heterogeneidade observada entre as Unidades Básicas de Saúde, haja vista que, na maioria delas, as orientações são transmitidas por meio das consultas, não havendo momentos como rodas de conversa, palestras, entre outras atividades em grupo, de acordo com as narrativas:

“Primeiramente, aqui eu só participei até agora de consultas e eu recebo as orientações.” (Aroeira).

“Eu nunca fui convidada para essas ações. Eu só venho para a consulta. Se eu fosse convidada para uma roda de conversa, eu viria. Eu moro aqui bem pertinho.” (Figueira).

“Nas práticas educativas, a enfermeira ensina muito como é que nós deve se alimentar, ela ensina como é a nossa gravidez, se for de risco (...).” (Pitangueira).

Nesse cenário de baixa versatilidade nas abordagens de Educação em Saúde, um dos recursos que poderiam ser utilizados é a metodologia dos Círculos de Cultura de Paulo Freire, que visa ensinar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação (SANTOS; TOLEDO, 2020).

Segundo Monteiro e Vieira, Círculo de Cultura é um grupo de trabalho, de pensar juntos, em equipe, com um animador de debates que participa de uma atividade em comum em que todos ensinam e aprendem ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos (MONTEIRO; VIEIRA, 2010).

O Círculo de Cultura, como é delineado pelos princípios de Paulo Freire, consiste em três momentos: (1) investigação temática – o facilitador busca no universo vocabular dos participantes palavras e temas centrais de sua biografia; (2) tematização – os participantes codificam e decodificam esses temas, ou seja, buscam seu significado social; (3) problematização – os participantes podem desenvolver uma visão crítica a fim de transformar o contexto vivido (FREIRE, 2002). Estudos

observacionais mostram que o Círculo da Cultura tem se tornado um instrumento de (re)construção da Educação em Saúde em vários cenários (SANTOS; TOLEDO, 2020).

Nessa linha de reflexão, esses três momentos são desenvolvidos para a produção da chamada “Mandala Temática”, que consiste em organizar os momentos do círculo em um papel. Essa etapa produz uma teia de conhecimento-síntese sobre os significados construídos por cada participante. Conclui-se com uma etapa de avaliação – reflexão sobre o encontro do dia. Os demais encontros do grupo seguirão as etapas posteriores do método de Paulo Freire, que são: sensibilização, expressão, síntese e avaliação (FREIRE, 2017).

### Significado dos encontros entre gestantes e profissionais de saúde

Tendo como fundamento a percepção das gestantes, o presente estudo analisou os fatores que atribuem importância à prática de ações educativas e consultas durante o pré-natal, bem como à escuta qualificada por parte dos profissionais e o estabelecimento de diálogo efetivo entre a gestante e o profissional de saúde. Assim, os significados dos encontros com os profissionais foram separados nas subcategorias presentes no Quadro 3.

**Quadro 3** – Núcleos de sentido acerca do significado dos encontros entre gestantes e profissionais de saúde. Mossoró/RN, 2021.

SIGNIFICADO DOS ENCONTROS ENTRE GESTANTES E PROFISSIONAIS	
Motivos da realização das ações educativas e consultas durante o pré-natal	
<ul style="list-style-type: none"><li>Os motivos principais para a procura das gestantes para a participação das ações educativas e a consulta pré-natal são o medo, a ansiedade e o conhecimento adquirido nos encontros, possibilitando maior tranquilidade durante a gestação.</li></ul>	Escuta qualificada
<ul style="list-style-type: none"><li>Embora a escuta qualificada, por meio dos profissionais de saúde, oportunize a resolução de dúvidas das gestantes, há momentos em que não existe escuta qualificada.</li></ul>	Diálogo entre Gestante e Profissional da Saúde
<ul style="list-style-type: none"><li>O diálogo entre gestantes e profissionais predomina na maioria das ações de Educação em Saúde.</li></ul>	

Fonte: Próprio autor, 2021.

### Motivos da realização das ações educativas e consultas durante o pré-natal

Essa subcategoria discute os principais motivos pelos quais as gestantes buscam participar das ações educativas, destacando-se a redução de ansiedade e do medo, bem como curiosidades inerentes às seguintes temáticas: (1) violência contra a mulher gestante; (2) diferenças entre o parto normal e o cesariano; (3) aspectos de autocuidado e higiene (mãe e neonato); (4) cuidados mediante doença

(a exemplo, controle de febre no recém-nascido); (5) oferta de primeiros socorros ao neonato; (6) amamentação e nutrição.

Diante dos relatos das gestantes, observa-se a importância das atividades de Educação em Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família no sentido de contribuir com a saúde da mulher, possibilitando um cuidado integral.

Portanto, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção e, por isso, o ensinamento é um processo de construção permanente. Nessa perspectiva, é fundamental considerar a troca de saberes entre o profissional com uso do conhecimento científico e a experiência dos participantes (conhecimento popular). Com isso, esse cenário favorece a Educação em Saúde, que – por sua vez – não se limita a difundir informações, mas busca, continuamente, ampliar a capacidade de análise e de mudança da realidade das pessoas, tanto sobre o seu próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade (CAMPOS, 2015).

### Escuta qualificada

Em relação à escuta qualificada, percebe-se que os profissionais que atendem as gestantes no consultório, na maioria das vezes, oportunizam a resolução de dúvidas das mulheres. Contudo, alguns relatos, a seguir, expõem momentos em que a escuta qualificada não é exercida adequadamente, principalmente quando se trata de curiosidades inerentes à gestação.

“Sobre as minhas experiências, a minha bebê é bem ativa e chuta muito e isso foi uma das coisas que eu me senti a vontade de falar com a enfermeira e perguntar o porquê dela chutar tanto, porque a gente se preocupa.” (Aroeira).

“Nas consultas é bem tranquilo, elas conversam, elas perguntam o que eu estou sentindo e abrem espaço para eu falar... É uma conversa bem longa.” (Ingá).

“Eu acho eles interessados no que fazem, mas não sinto tanta proximidade para conversar e perguntar mais. Eles são atenciosos, mais é sobre a prática técnica mesmo, exames, etc.” (Parreira)

“Até agora ninguém me perguntou se eu tenho alguma dúvida, nada. É como eu disse, nas consultas é só o básico do básico. E fora os exames, me perguntaram só sobre como foi a minha primeira gravidez, se eu já abortei, essas coisas. Mais para preencher mesmo a minha ficha.” (Angelim).

Embora a escuta seja um elemento fundamental na construção de uma boa relação entre o profissional da saúde e o usuário, foi observado que os profissionais ainda não utilizam essa ferramenta de maneira plena.

Sabe-se que a escuta qualificada é uma tecnologia leve, caracterizada pelo diálogo, acolhimento e construção de vínculo no atendimento médico. Isso porque essa tecnologia valoriza as experiências e as necessidades do usuário (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011). Por se tratar

de uma ferramenta, existem estratégias para utilizá-la, como a empatia, o reconhecimento de que o outro possui direitos que devem ser respeitados e a aceitação das peculiaridades intrínsecas ao usuário do serviço de saúde.

Para além do atendimento clínico, no cenário de Educação Popular em Saúde (EPS), a escuta qualificada também se faz importante, pois permite que os usuários de serviços de saúde (e outros segmentos da comunidade) tenham o seu “lugar de voz”. A partir disso, é possível desenvolver diálogos efetivos de modo a construir uma Educação em Saúde inclusiva, democrática e interativa (LIMA *et al.*, 2020).

### Diálogo entre Gestante e Profissional da Saúde

Nessa subcategoria, observou-se que o diálogo entre as gestantes e os profissionais predomina na maioria das ações de Educação em Saúde, principalmente mediante as metodologias ativas que são comumente escolhidas, como as rodas de conversa. Embora os encontros ocorram de modo não longitudinal, limitando a inserção da Educação Permanente em Saúde, as reuniões geralmente são organizadas nas UBSs e prezam pela troca de experiências entre as gestantes e entre estas e os profissionais de saúde, de acordo com as narrativas:

“(...) as rodas de conversa permitem sim que as gestantes falem sobre experiências, inclusive a reunião é elaborada conforme as dúvidas que elas têm.” (Aroeira).

“(...) abre um espaço para gente se questionar se o que ela [outra gestante] está sentindo é normal, se tem três ou mais gestantes juntas, uma já pode trocar experiência com a outra.” (Angelim).

Nesse cenário, quando perguntadas sobre o que esperavam do profissional de saúde, durante o diálogo, as gestantes revelaram que este deve: (1) ser o mais didático possível, com o esclarecimento pleno das informações a serem transmitidas; (2) se capacitar e garantir atividades de qualidade com a transmissão de informações sólidas, sob o ponto de vista científico; (3) fornecer explicações detalhadas sobre os temas abordados, expondo o “porquê” das coisas; (4) promover maior atenção e tempo durante os encontros; (5) garantir maior abertura para fala da gestante, mesmo que, no diálogo, a maioria das usuárias prefira ouvir em vez de perguntar; e, por fim, (6) ofertar um ambiente interativo, com boa recepção e convidativo, de acordo com os seguintes relatos:

“As informações às vezes são completas e às vezes não, vai variar de acordo com a pessoa [profissional que está ministrando a palestra ou passando orientações] e também a gente [gestante]; às vezes eu entendo, às vezes não.” (Cerejeira).

“(...) que nas rodas de conversa tenha um profissional orientando sobre como lidar com o período da gravidez.” (Parreira).

“Eu fico com muito medo, me perguntando se eu terei os meus sintomas que eu tive no parto da minha

filha. Aí, assim, não chega um profissional para dizer assim “Não, não é porque aconteceu no primeiro parto que vai ter que acontecer de novo, sabe?” (Ingá). “(...) depende muito do profissional também, às vezes tem gente mais preparada, às vezes não.” (Ipê). “(...) eu não me sinto próxima do profissional para perguntar.” (Flamboyant).

Nota-se ainda que parte dessas usuárias referem que a apresentação de perguntas (na roda de conversa, por exemplo) depende da quantidade e qualidade de informação que é ofertada pelos profissionais, pois à medida que vai se conhecendo mais sobre o processo de gestação, as dúvidas surgem espontaneamente. Por fim, algumas usuárias esperam adquirir mais conhecimento por meio de abordagem de temas novos, substituindo aqueles que já são comumente difundidos.

“Como a gente é mãe de primeira vigem, a gente não sabe o que perguntar, porque a gente nunca passou por isso. Então a gente espera ouvir mais, e ouvindo a gente questiona mais.” (Flamboyant).

“Ainda não aconteceu de falarem sobre o momento do parto, como eu devo lidar com a criança em determinadas situações.” (Pitangueira).

A análise da construção do diálogo entre o profissional de saúde e a gestante é fundamental, visto que essa prática está incluída na Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2013). De acordo com essa política, o diálogo surge como ferramenta útil no fortalecimento de ações que buscam a prevenção, promoção ou recuperação da saúde. Isso porque o diálogo permite que a diversidade dos saberes popular e a ancestralidade sejam valorizadas.

Para garantir um diálogo efetivo, o usuário deve ser reconhecido como portador de um conhecimento; e este não necessariamente será equivalente ao saber científico (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016). Esse cenário garante uma prática de Educação em Saúde libertadora, uma vez que estimula a relação de bilateralidade entre o profissional e a gestante.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as atividades de Educação em Saúde, de acordo com as narrativas das gestantes, percebemos que essa estratégia de ensino, quando pautada nos preceitos de Paulo Freire, está intimamente ligada à promoção da saúde. Isso porque garante às gestantes uma consciência crítica sobre o seu autocuidado, o que se constitui como primeira iniciativa para que ocorram mudanças nos seus hábitos de vida e na maneira como enfrentam, no cotidiano, as circunstâncias inerentes à gestação.

Esta pesquisa identificou, a partir da análise temática das narrativas, que as práticas pedagógicas podem ser estratificadas em duas categorias. A primeira diz respeito às ações de Educação em Saúde, caracterizadas por serem esporádicas (ou inexistentes em alguns serviços) e pela

alternância entre metodologias de ensino vertical (palestras) e horizontal (rodas de conversa). Por outro lado, a segunda categoria evoca o significado dos encontros entre as gestantes e os profissionais de saúde, marcado por fragilidades inerentes à escuta qualificada, diálogo e realização das ações educativas durante o pré-natal.

Curiosamente, mesmo diante das fragilidades encontradas, as gestantes evocaram o interesse em serem agentes ativos no processo de Educação em Saúde. Nesse segmento, os discursos trazem à luz sugestões para a melhoria das atividades de educação, de maneira a fomentar as trocas de experiências e saberes entre as gestantes e entre estas e os profissionais de saúde.

O desejo de melhorias no processo pedagógico, pelas usuárias, surge mediante os benefícios adquiridos após participarem de atividades de cunho educativo, como a aquisição de maior autoconfiança para lidar com as demandas e/ou intercorrências médicas da gestação e, conseqüentemente, a redução do estresse, do medo e da ansiedade.

Por fim, este estudo ressalta a necessidade de uma maior integralidade no processo de Educação em Saúde, principalmente no que diz respeito à participação de gestores e profissionais de saúde no planejamento de encontros longitudinais e na garantia de uma educação problematizadora, integrativa e que busca a participação ativa das gestantes, atentando-se para suas necessidades, experiências e representações de cunho religioso, social e/ou cultural.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. DE S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-402, 23 fev. 2016.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: [s.n.], 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2012.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 569/2000*. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em [http://www.spp.org.br/Portaria\\_569\\_GM.pdf](http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf). Acesso em: 01 out. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário oficial da União*, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em: 01 out. 2021.

- CAMPOS, G. W. DE S. **Saúde Paidéia**. São Paulo, 2004.
- FEICHAS, N. M. L.-C.; SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. **Interface Comun Saúde Educ.**, Botucatu, v. 24, n. supl. 1, 2020.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da libertação em Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**: estimativas da população residente. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=240800&idtema=130&search=rio-grande-do-norte%7Cmossoro%7Cestimativa-da-populacao-2015->. Acesso em: 02 out. 2021.
- LIMA, L. DE O. *et al.* Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2737, jul. 2020.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n. spe1, p. 18-37, set. 2018.
- MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, dez. 2011.
- MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, jun. 2010.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.
- PEREIRA, A. K. A. DE M. *et al.* Concepções e práticas de profissionais de nível superior em educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. supl. 2, p. 131-152, 2015.
- PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. de. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.**, São paulo, v. 23, n. 1, p. 313-324, mar. 2014.
- SANTOS, F. N. P. DOS; TOLEDO, R. F. de. Culture circles on social and environmental determinants: action research with community health agents of Paraisópolis, SP. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, 2020.

---

Submetido em: 11/10/2021

Aceito em: 06/07/2022