

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELY QUINTÃO FAGUNDES

**AÇÕES CONSTRUTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O  
PRÉ-NATAL**

VITÓRIA

2015

DANIELY QUINTÃO FAGUNDES

## **AÇÕES CONSTRUTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Política e Gestão em Saúde.

Prof. Orientador: Aduino Emmerich Oliveira

VITÓRIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

F151a Fagundes, Daniely Quintão, 1990 -  
Ações construtivas de educação em saúde para o pré-natal /  
Daniely Quintão Fagundes – 2015.  
160 f. : il.

Orientador: Aduino Emmerich Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Educação em Saúde. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Pesquisa  
Qualitativa. I. Oliveira, Aduino Emmerich. II. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.  
III. Título.

CDU: 614

---

# Daniely Quintão Fagundes

## *Ações construtivas de educação em saúde para o pré-natal*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 01 de abril de 2015.

### COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Orientador



Prof. Dr. Denise Meyrelles de Jesus  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGE  
Membro externo



Prof. Dr. Tullio Alberto Martins de Figueiredo  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Membro interno

*Ao Deus do Universo, e a todos aqueles que Ele colocou em meu caminho nessa jornada, agradeço por multiplicarem-se e partilharem comigo a conquista desse “Inédito-Viável”, dessas dificuldades que se tornaram oportunidades.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus do Universo, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas, agradeço por amparar-me e direcionar-me por belos caminhos ao longo do Mestrado, parte de minha evolução terrena.

A minha Mãe e ao meu Pai, por me concederem as oportunidades certas que me fizeram chegar aqui. Obrigada pelo exemplo de esforço, dedicação, e esperança.

Ao meu irmão Davi, minha avó Almerita, minha tia Marta, e meu Tio Jaconias, por acreditarem em mim, me alegrarem e me proporcionarem porto seguro em meio às dificuldades.

Ao meu namorado Pablo, obrigada por acordar cedo para me levar para os encontros na Unidade de Saúde, por comprar tinta e mais tinta para eu imprimir todo o tipo de texto em sua impressora, e principalmente pelo carinho e dedicação.

Ao professor Adauto, que me acolheu desde 2009 como aluna de Iniciação científica, orientou meu TCC, e agora minha dissertação de mestrado. Tenho certeza que todas as nossas discussões ao longo desses anos me ajudaram a ter uma visão mais humana.

À Tatiana e Lorena, companheiras de graduação e de mestrado, por todo apoio que me deram e por compartilharem as alegrias e as dificuldades. Valeu a pena!

A Aline, e Natália, que através da Iniciação científica, me ajudaram a percorrer os caminhos de um projeto que se tornou “nosso”.

Aos amigos que fiz no mestrado, agradeço por cada diálogo e troca de saber, que me proporcionaram reflexões-ações-reflexões, que hoje me dão mais autonomia. Vocês são incríveis.

À comunidade de Andorinhas, que me acolheu na jornada desse trabalho. Às Mulheres do Bairro, pela amizade que ofereceram a mim. Essa troca foi

fantástica, umas das experiências mais ricas que tive na vida. Obrigada. À Unidade de Saúde de Andorinhas, pelo espaço aberto, pelo apoio, em especial à enfermeira Raquel, e a enfermeira Sandra, pelo carinho e disposição demonstrados em cada visita que fiz à Unidade.

Aos Membros da Banca, Túlio e Denise, agradeço pelos conselhos que me deram no momento de criação desse projeto, dedico a vocês cada fruto que eu colher a partir desse trabalho.

À Paulo Freire, sei que aonde estiver, tenho um amigo na eternidade, suas reflexões me ajudaram a dissolver muitas dificuldades existenciais, obrigada, obrigada, e obrigada.

Aos amigos que participaram de forma direta em indireta em minha vida, tornando-a mais colorida!!!

**Obrigada!!!**

## BIOGRAFIA

Inicialmente contarei minha trajetória até chegar à proposição de uma pesquisa-ação como forma de resolver problemas encontrados no campo da atenção à saúde no pré-natal.

Ao longo da minha graduação em odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo, tive a oportunidade de conhecer o Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva, no qual o professor Aduino Emmerich Oliveira, me acolheu como orientanda em um projeto de Iniciação Científica a fim de colaborar com a pesquisa de doutorado do professor Edson Theodoro dos Santos do Neto em curso na época: “Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.” Ao final dessa pesquisa, um dos achados que nos chamou a atenção foi em relação à integralidade das ações em níveis educativo, preventivo e curativo, as quais só foram integralmente recebidas por apenas 12,5% de puérperas em um universo de 1035 mulheres. Outro ponto que de fato nos levou a trilhar o caminho proposto através da pesquisa-ação, foi o achado de que as mulheres que participaram de atividades educativas durante o pré-natal tiveram menos resultados negativos na gravidez.

Essas problemáticas nos levaram a refletir sobre as práticas de saúde referentes ao pré-natal, e nas formas como as atividades educativas vêm sendo feitas, para que através dessas as experiências positivas com a gravidez, o parto e o nascimento de um bebê, pudessem ser potencializadas. Além de tentar identificar os “gargalos” das relações nessa fase da vida da mulher, para que novas soluções fossem pensadas no conjunto mulheres, profissionais da saúde, e universidade inicialmente. A busca por uma nova estratégia a ser proposta para esses sujeitos nos aproximou das reflexões de Paulo Freire, e da Pesquisa-ação, por pautarem-se num processo dialógico focado na conscientização crítica. Assim chegamos a presente proposta de pesquisa

Hoje Paulo Freire para mim representa uma inspiração diária. Ao longo desse trabalho pude confrontar minhas indagações pessoais com as leituras que fazia de Freire, e isso foi me deixando mais segura em meus pensamentos, e alterando minha maneira de pensar minha existência. Um dos



trechos que mais me marcou sem dúvidas faz parte do livro “Ação Cultural como Prática de Liberdade e outros escritos”, e o destaque por sua relevância:

*"Uma das diferenças fundamentais, contudo, entre os que partem e os que ficam, está em que os últimos assumem a existência como a tensão dramática entre o passado e o futuro, entre a morte e a vida, entre ficar e partir, entre criar e não criar, entre dizer a palavra e o silêncio castrador, entre a esperança e o desespero, entre ser e não ser. Como seres humanos, de fato, é uma ilusão pensar que podemos escapar a esta tensão dramática. Não podemos submergir na dramaticidade de nossa própria forma de estar sendo no mundo, o que significaria a nossa perda na alienação da cotidianidade\*. Na verdade, se me perco na cotidianidade, perdendo, ao mesmo tempo, a percepção da dramática significação de minha existência, minha tendência é tornar-me fatalista ou cínico. Por outro lado, se busco emergir da cotidianidade, no sentido de assumir a dramaticidade de minha existência, mas não me comprometo historicamente, não tenho outro caminho senão cair num intelectualismo vazio, igualmente alienado. Assim, é possível que fale da existência como desespero ou impossibilidade. Desta forma, não tenho outra maneira de superar a cotidianidade alienante senão através de minha práxis histórica em si mesma social, e não individual. Somente na medida em que assumo totalmente minha responsabilidade no jogo desta tensão dramática é que me faço uma presença consciente no mundo. Como tal, não posso aceitar ser mero espectador, mas, pelo contrário, devo buscar meu lugar, o mais humilde, o mais mínimo que seja, no processo de transformação do mundo. Assim, então, a dramática tensão entre passado e futuro, entre a morte e a vida, entre a esperança e o desespero, entre ser e não ser, já não existe como uma espécie de beco sem saída, mas é percebida como realmente ela é: um permanente desafio ao qual devo responder. E a resposta não pode ser outra senão o compromisso com a libertação".*

Se antes me via como oprimida, hoje me implico nas primeiras palavras de Freire (1987) na “Pedagogia do Oprimido”: “aos esfarrapados do mundo e aos que nele se descobrem, e assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo lutam” (p.12).

O contato com o mundo real através da pesquisa que me foi oferecida no início do mestrado me fez enxergar aquilo que eu já enxergava, por outros

ângulos. As dificuldades que eu via nos sujeitos da pesquisa, eu também reconhecia em mim. Por isso, senti que ao final quando conseguia perceber melhor ideias mais críticas partindo dos atores da comunidade, eu também via o desenvolvimento dessas ideias em mim.

Acho que isso deve ser a “implicação” (BARBIER, 2007), ou seja, a não distinção entre quem é o pesquisador e o pesquisado. Ora pesquisei, ora fui pesquisada por aqueles que jovialmente queriam participar, e não apenas ser interrogados, sem direito a voz.

Enfatizei por várias vezes com meu orientador Aduino, que eu via que a tarefa de ser uma educadora dialógica não era fácil, ainda mais, para quem havia acabado de sair de uma formação altamente mecânica como a odontologia. Vi que ajudar no desenvolvimento do ser humano é mais que uma gestação literal, no caso das gestantes que participaram, mas sim uma gestação da consciência, dos desejos, da coragem, das frustrações, mas acima de tudo, vi que é possível se envolver nesse processo. Por isso, acredito que essa experiência deve ser replicada, e dialogada com outros possíveis atores, pesquisadores acadêmicos ou não.

Encerro essa nota acreditando na Utopia como denúncia e anúncio de possibilidades. Se for difícil ou quase impossível de trabalhar a educação em saúde no sentido *freireano*, hoje para mim abrem-se possibilidades para o “inédito-viável”.

*“Aos esfarrapados do mundo e aos  
que nele se descobrem, e assim  
descobrimo-se, com eles sofrem,  
mas, sobretudo lutam”.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

A saúde materno-infantil atualmente tem sido estudada, a fim de melhorar as condições de saúde das mulheres e bebês. Entretanto, para que se chegue a esse objetivo, é preciso que a mulher, a família, e os profissionais da saúde estejam envolvidos num processo de diálogo e de conhecimento mútuo. Assim, torna-se fundamental a realização de pesquisas humanizadas e direcionadas para a educação dos atores dessa teia complexa que envolve a produção de saúde. Os objetivos desse estudo foram construir uma proposta de educação em saúde para o pré-natal com gestantes, e profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde, e discutir o processo de democratização da educação em saúde no pré-natal pela via da educação e da conscientização a partir da aplicação da metodologia da pesquisa-ação inspirada nas ideias de Paulo Freire e René Barbier. Os dados foram analisados a partir da observação participante, da elaboração de um diário de campo, do levantamento dos temas e palavras geradoras, da codificação e a descodificação, e a partir daí, a avaliação parcial e final do processo com a proposição de ações de transformação da realidade. Os resultados desse estudo mostraram que profissionais de saúde e gestantes contribuíram de maneira diferente e complementar na escolha de temas para a educação no pré-natal, além disso, foram evidenciados problemas organizativos e estruturais que dificultam a realização das atividades, tornando-se necessárias reflexões-ações amplas que envolvam gestores e administradores do Sistema Único de Saúde a fim de promover soluções ampliadas para os problemas encontrados na prática.

**Palavras - chave:** Educação em Saúde, Cuidado Pré-Natal, Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

The maternal and child health has currently been studied in order to improve the health conditions of women and babies. However, in order to reach this goal, it is necessary that the woman, the family, and health professionals are involved in a process of dialogue and mutual understanding. Thus, it is fundamental to perform humanized researches directed to the education of actors of this complex network involving the production of health. The aims of this study were to build a health education proposal for prenatal with pregnant women and health professionals from a Basic Health Unit, and discuss the education democratization process in health in the prenatal through education and awareness from the application of action research methodology inspired by the ideas of Paulo Freire and René Barbier. The data were analyzed from the participant observation, the development of a field diary, a survey of the themes and generative words, coding and decoding, and from there, the partial and final evaluation of the process with the proposition of reality transformation actions. The results of this study showed that health professionals and pregnant women contributed in different and complementary way in choosing topics for education in prenatal, furthermore were highlighted organizational and structural problems. That hinder the performance of activities, making it necessary reflections actions involving management and directors of the National Health System to promote expanded solutions to the problems encountered in practice.

**Keywords:** Health Education, Prenatal Care, Qualitative Research.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Índice de Qualidade Urbana, Vitória- ES. 2000.....	42
Figura 2 – Itinerário da Pesquisa-ação para educação em saúde no pré-natal fundamenta no referencial de Paulo Freire.....	82
Figura 3 – Codificação e descodificação a partir de Temas geradores em um processo de educação em saúde no pré-natal baseado em Freire.....	111

## **LISTA DE SIGLAS**

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ETSUS - Escola Técnica e Formação Profissional

IQU - Índice de Qualidade Urbana

MS – Ministério da Saúde

NM – Notas Metodológicas

NO – Notas de Observação

NTP – Notas Teórico-práticas

OMS- Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNEPS – Programa Nacional de Educação Popular em Saúde

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal

PÓLIS - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS .....</b>	<b>19</b>
2.1	PERCURSO HISTÓRICO: FORMAÇÃO EM SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	19
2.2	ONDE ENTRA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NESSA HISTÓRIA? .....	24
2.3	QUE PESQUISA-AÇÃO É ESSA?.....	28
2.4	E PAULO FREIRE? POR QUE ESSE AUTOR? .....	33
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA/ TESE .....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	39
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	40
5.2	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E CONTRATUALIZAÇÃO .....	41
5.3	O LUGAR .....	41
5.4	AS PESSOAS E A CONTRATUALIZAÇÃO .....	43
5.5	O PLANEJAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO .....	44
5.6	ADAPTAÇÃO, INSERÇÃO E EXPLORAÇÃO NO CENÁRIO LOCAL .....	45
5.7	ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	46
5.8	LEVANTAMENTO DE PALAVRAS E TEMAS GERADORES .....	47
5.9	OFICINAS TEMÁTICAS .....	49
5.10	ANÁLISE DE DADOS .....	50
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
6.1	ARTIGO 1 .....	51
6.2	ARTIGO 2 .....	65
6.3	ARTIGO 3 .....	102
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>128</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>138</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>153</b>



# 1 INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil atualmente tem sido estudada, a fim de melhorar as condições de saúde das mulheres e bebês. Entretanto, para que se chegue a esse objetivo, é preciso que a mulher, a família, e os profissionais da saúde estejam envolvidos num processo de diálogo e de conhecimento mútuo. Assim, torna-se fundamental a realização de pesquisas humanizadas e direcionadas para a educação dos atores dessa teia complexa que envolve a produção de saúde.

Um estudo realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES (RMGV-ES) avaliou a assistência odontológica, e a assistência pré-natal oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebidas por puérperas nessa região. A assistência odontológica no pré-natal foi avaliada por meio de inquérito sobre a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez, incluindo atividades educativas, preventivas e curativas de acordo com as recomendações de assistência odontológica na atenção básica (BRASIL, 2006). A assistência pré-natal foi avaliada conforme a Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Cada item descrito na política foi julgado se realizado ou não. A partir dos registros nos cartões das gestantes, avaliou-se: idade gestacional na primeira consulta (até o 4º mês de gestação); número mínimo de consultas por Idade Gestacional (uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre); realização de exames de tipagem sanguínea (ABORh), Hemoglobínia, Hematócrito e Testagem Anti-HIV, uma vez, e exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum, pelo menos duas vezes (SANTOS NETO, 2012).

Os resultados deste estudo demonstraram que quando a puérpera recebeu assistência nos níveis educativo, preventivo e curativo, houve melhoria significativa na qualidade de vida, entretanto, observou-se que apenas 12,5% das entrevistadas receberam atenção em todos os níveis, devido à ausência de Integralidade no acompanhamento pré-natal odontológico. Dentre estes níveis, a educação em saúde mostrou associação estatística com a qualidade da

assistência odontológica na gravidez, demonstrando a importância desta para o resultado satisfatório do processo gestacional (SANTOS NETO, 2012).

Segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004) a não percepção da mulher como sujeito, o desconhecimento em relação aos seus direitos, e o desrespeito desses por partes de muitos constituem um pano de fundo da má assistência. Em relação à importância da reflexão do ser como sujeito Freire (2011) afirma que “quando o homem compreende sua realidade pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções”.

Nesse contexto o manual técnico - Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2005) destaca maneiras diversas de realizar a educação em saúde:

[...] Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importantes que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido [...].

Em consonância, Freire (2011) propõe a realização de círculos de cultura, onde os indivíduos serão levados a refletir sobre sua situação, e enraizamento espaço temporal, a fim de emergir dele conscientemente carregado de compromisso com sua realidade.

Nesse contexto, a opção por metodologias participativas nas práticas de educação em saúde torna-se de grande importância, pois estas induzem a uma corresponsabilização entre usuários e profissionais, e deste com a sociedade. Dessa forma, o uso da pesquisa-ação como estratégia metodológica participativa ganha destaque, pois esta articula investigação e ação com o envolvimento dos sujeitos, por meio de um processo cíclico de reflexão sobre a

pesquisa e a ação, com a produção de novos conhecimentos, respostas e soluções para os problemas enfrentados (THIOLLENT, 2009).

Com base no entendimento das ações de educação em saúde como geradoras de mudanças, este projeto de pesquisa propôs aos profissionais da saúde responsáveis pela realização das atividades educativas no pré-natal, e às gestantes inseridas no acompanhamento, o desenvolvimento de uma pesquisa-ação inspirada nas propostas de Paulo Freire e René Barbier, com o objetivo geral de que os sujeitos envolvidos vivenciem a construção do conhecimento coletivo com foco na melhoria da atenção pré-natal.

## 2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1 PERCURSO HISTÓRICO: FORMAÇÃO EM SAÚDE E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A evolução do Ensino Superior no Brasil, principalmente em relação ao ensino das práticas de saúde, converge com o avanço científico ocorrido a partir do final do século XIX no mundo e que descortinou para as ciências médicas uma perspectiva de intervenção inteiramente distinta do passado (SANTANA, 1999). Até o final do referido século, a medicina se estruturou sob o paradigma da polícia médica, referente às teorias políticas e práticas originadas da base política e social do estado absolutista e mercantilista, para atuar no campo da saúde, reforçando o seu caráter normatizador e higienizador (MENDES, 1986).

A disseminação do modelo da Medicina Científica moldou as práticas em saúde para o foco preventivo nos “espaços de circulação de mercado” (VARGAS, 2008). Assim, nasceu o primeiro modelo de assistência à saúde: o sanitarismo campanhista, focado em fiscalizações, desinfecções, hospitalizações compulsórias das vítimas das doenças contagiosas e dos doentes mentais.

O desejo da república higienista era superar a barbárie, pois de acordo com Bertolli (2001), o Brasil tinha a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta. Scliar (1987) acrescenta que apesar do grande crescimento econômico brasileiro nas primeiras décadas do século XX, este foi um período de crise socioeconômica e sanitária, porque epidemias como a febre amarela, ameaçavam a política agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a cafeeira, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra.

A emergência da Revolução Industrial tanto no Brasil, quanto em outros países passou a exigir novo modelo de medicina, coerente com as novas

formas de capitalismo. Os modelos sanitários anteriores não se adequavam às novas demandas da sociedade, e se esgotaram daí surgindo um novo paradigma, o da medicina científica (MENDES, 1986).

Nesse contexto nos Estados Unidos da América o médico Abraham Flexner foi comissionado para realizar um estudo sobre a educação médica, publicado em 1910. A enorme força que teve esse Relatório fez com que ele, influenciasse não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto nos Estados Unidos como em todo o mundo (SANTANA, 1999).

De acordo com Mendes (1985) o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, entretanto desencadeou um processo de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto, pois de acordo com seu relatório, das 155 escolas de medicina que visitou no Canadá e nos Estados Unidos, apenas 31 teriam condições de continuar funcionando, pois a maioria divergia sobre assuntos como o que, e como ensinar.

Da Ros e Pagliosa (2008) afirmaram que mesmo que consideremos muito importantes as contribuições de Flexner para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, a proposta de Flexner reservou pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

A influência do modelo unicausal justifica a estrutura verticalizada e centralizadora dos Serviços Nacionais de Saúde do Brasil no início do século XX (FINKELMAN, 2002). A estrutura verticalizada e organizada por doenças é uma das características da história da saúde pública no Brasil que se manteve nos anos posteriores (FONSECA, 2001).

Os primeiros movimentos de educação em saúde estiveram ligados aos conceitos da época, o alinhamento da saúde ao novo modelo financeiro, por isso, utilizaram-se cartazes e panfletos educativos, para alcançar o maior

número de pessoas através da propaganda em massa, como já era realizada na Inglaterra, porém grande parte da população brasileira era analfabeta. (BERTOLLI, 2001).

Vasconcelos (2007) destaca que as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde aconteceram num contexto político de forte domínio das oligarquias rurais e de uma extrema debilidade dos atores populares, cuja maioria havia recentemente saído da escravidão, a educação em saúde naquelas campanhas urbanas de saúde pública era ainda breve e marginal porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas.

Foi preciso que a enorme expansão urbana do início do século criasse nas grandes cidades uma classe média mais independente das oligarquias rurais para que surgissem propostas menos autoritárias de intervenção na saúde popular. As ações médicas e a educação assumem então uma importância central no debate político nacional. Apesar do relutante apoio do aparelho estatal, ainda dominado pelas oligarquias rurais, surgem várias campanhas e serviços voltados para o saneamento dos sertões, no final da Primeira República. Este auge político da educação em saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcado pela ausência do ator popular como elemento ativo (COSTA, 1986).

Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e implementado na população ignorante. Se já não se via mais o povo como culpado pela situação de subdesenvolvimento, ele continuava, porém, sendo visto como vítima incapaz de iniciativas criativas, enquanto não melhorasse sua situação de saúde pela adoção das medidas proclamadas (VASCONCELOS, 2007). Esse modelo perdurou ao longo dos anos sem grandes questionamentos.

Já nos anos 60 com a ditadura militar e o crescimento da repressão às liberdades individuais, contrapunha-se uma crítica social intensa das relações de produção e de poderes e da onda de desenvolvimentismo, que não atingia

as camadas mais pobres da população. O caos social e ecológico das grandes cidades, a corrida armamentista, a ditadura militar, entre outros, fizeram crescer um movimento de oposição, de questionamento profundo das verdades estabelecidas (MINAYO, 1992).

Em relação às práticas de educação em saúde durante a ditadura militar, Vasconcelos (2007) afirma que estas significaram uma ruptura com o padrão higienista estabelecido. Com os partidos e sindicatos esvaziados, a população buscou aos poucos novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguira se preservar da repressão política, apoiou este movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. O método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares, assim profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram neste processo.

Whendhausen e Saupe (2003) reforçam que a partir do movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, as práticas educativas passaram a priorizar o processo dialógico com a população para resolverem seus problemas. A educação em saúde adquiriu novas feições, e a população e os profissionais da área da saúde passaram a compartilhar saberes, buscando, conjuntamente, a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Com isso, a educação em saúde passou a ser um instrumento para promover a saúde de um modo participativo, dialógico e emancipatório, valorizando-se a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde–doença. No entanto, mesmo havendo adesão por parte de alguns profissionais da saúde a esse enfoque, observa-se, na prática, que a educação em saúde se manteve tão prescritiva e autoritária quanto antes da Reforma Sanitária.

Com a conquista da democracia e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, as experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam sua importância. Técnicos e lideranças que haviam participado destas experiências passaram a ocupar e valorizar os espaços das instituições estatais. Afinal muitos serviços públicos haviam sido expandidos e reorientados pela própria luta popular (VASCONCELOS, 2007).

Mesmo os profissionais que atuavam diretamente inseridos nos movimentos sociais, desvinculados das instituições estatais, tiveram as características de suas práticas profundamente alteradas. O novo contexto institucional e das organizações populares trouxe para os profissionais de saúde, envolvidos com o método da educação popular, uma sensação de crise, devida a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante e à carência de recursos oriunda do conflito distributivo no orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado. (VASCONCELOS, 2007).

Para Alves e Aerts (2011) mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Ainda hoje, vemos que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculo entre os trabalhadores em saúde e a população.

No estudo realizado por Wendhausen e Oliveira (2014) acerca dos conhecimentos sobre a prática da educação em saúde pelos trabalhadores do SUS, estes relataram que a formação acadêmica que receberam é insuficiente para trabalhar com a comunidade. Para os autores, essa é uma realidade enfrentada por muitos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), realidade que, sem dúvida, é um obstáculo a ser superado. O descompasso na educação em saúde, que resulta no despreparo dos trabalhadores que a realizam, possivelmente é decorrente das experiências e do conhecimento que compõem o aporte teórico de suas formações, aliados ao desestímulo em adotar a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde na prática profissional.

Apesar disso, em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da educação dialógica, adaptando-a ao novo contexto de complexidade



institucional e da vida social nos grandes centros urbanos e estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da educação popular passa ser um instrumento para a construção da participação popular (não restrita às lideranças formais) na gestão das políticas sociais (VASCONCELOS, 2007).

## 2.2 ONDE ENTRA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NESSA HISTÓRIA?

A área da saúde, pela forte influência do modelo biomédico sustentado no discurso cartesiano da separabilidade e redução da complexidade dos fenômenos, contribuiu no reforço do discurso da sexualidade e da gravidez como fenômeno biológico, senão estrito, pelo menos de forte domínio desta dimensão, na abordagem dos problemas de saúde. A visão médica de caracterização de doenças para uma adequada intervenção ainda permanece forte e majoritária na atenção às questões da complexa teia que envolve a saúde humana (SOUTO.; SOUZA, 2004).

A mulher aos poucos se distanciou do seu saber instintivo e natural à medida que se submeteu às rotinas hospitalares, perdeu o conhecimento do seu corpo para viver o parto, ao assumir posição passiva. Dessa forma, Gravidez, parto, aleitamento, menopausa e a sexualidade feminina foram regulados conforme as normas e procedimentos do modelo da medicina científica e passaram a ser vistos como eventos patológicos que deviam sofrer intervenções médicas e tecnológicas, e a sexualidade feminina foi excluída das discussões pelos profissionais de saúde (MS, 2001).

Trindade e Ferreira (2008) acrescentam ainda que a abordagem às mulheres centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige, e restringe-se apenas ao campo delimitado da doença e/ou da restauração do funcionamento dos órgãos. Halbe (2000) afirma que muitas vezes a mulher se

transforma numa pessoa totalmente passiva, apesar de as informações e condutas serem do seu interesse, consequência da falta de informação, da educação formal, do poder excessivo dos profissionais de saúde e do processo cultural de discriminação e dominação sobre as mulheres.

Tal condição não privilegia uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, o que, certamente, a partir do compartilhamento de experiências comuns, possibilitaria o desenvolvimento da percepção de que suas outras demandas não estão propriamente relacionadas a problemas originalmente seus, mas integram um conjunto muito próprio da condição feminina e da vivência de ser mulher. Além disso, a discussão coletiva privilegia a socialização das soluções dos problemas, retirando-os do universo individual de cada mulher (TRINDADE.; FERREIRA, 2008).

No Brasil, o sistema de saúde sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, e a Atenção Básica à Saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase nas demandas relativas à gravidez, ao parto, e à criança. Esse modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (HALBE, 2000).

Em contrapartida à década de 1960, na década de 1970 em decorrência do processo de mobilização social ocorrido com a reforma sanitária, feministas e profissionais da saúde iniciaram, em parceria com o Ministério da Saúde, a elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadania, o que resultou na estruturação das bases fundamentais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Assim, o PAISM, num cenário de transição democrática do País, no ano 1984, apontou como metas a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social (RIOS.; VIEIRA, 2007).

Com a publicação do PAISM marcou-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital (MS, 2001). De acordo com Serruya, Cecatti e Lago (2004) a operacionalização da ideia de integralidade foi o maior desafio, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos privado e público.

Serruya, Cecatti, e Lago (2004) também discutiram as limitações do PAISM nos serviços que realizavam o conjunto das atividades preconizadas pelo programa, e verificou-se que permaneceram questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Por isso, no ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para aprimorar o PAISM, que enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção (MS, 2001).

Tal programa vai de encontro com a definição do pré-natal descrito por Rios e Vieira (2007), onde este é um espaço de educação em saúde que deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Por isso, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como cidadã.

Em consonância, Sartori e Van der Sandi (2004) afirmam que a criação de um espaço para trocas de experiências e vivências no campo grupal se configura uma condição indispensável para que cada participante enfrente as situações de mudanças geradas por um certo grau de distorções e medo, uma vez que tende a “re-significar” suas vivências através do reconhecimento dos

outros e de si. Por isso, de acordo com Rios e Vieira (2007) ações educativas no pré-natal devem, preferencialmente, ser realizadas através de metodologias participativas, garantindo assim, que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde.

Souza, Roecker e Marcon (2011) concordam com a visão integral e participativa no que se referem à ações de educação em saúde no pré-natal, pois relatam que as mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações durante a assistência pré-natal, e ao mesmo tempo acabam sendo multiplicadoras do conhecimento com seus iguais, pois ao trocarem vivências e informações geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades.

Embora, as ações de humanização do pré-natal preconizadas pelo PHPN, e as ações participativas tenham efeito positivo para as mulheres, existe uma deformidade na prática da assistência a saúde oferecida à população, com um modelo ainda atrelado a medicina preventiva (SOUZA.; ROECKER.; MARCON, 2011). Tal situação é explicada por Vasconcelos (2007) que destaca o contexto institucional e das organizações populares envolvidos com a educação popular permeados por uma sensação de crise, devida a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde. Além disso, não se pode deixar de mencionar a formação profissional ainda reducionista em relação a acontecimentos complexos como no caso da saúde materno-infantil, assim configuram-se ainda grandes desafios para a melhoria da atenção à saúde.

Os baixos níveis de acesso às atividades do pré-natal pelas mulheres da RMGV-ES, identificados por Santos Neto (2012), concordam com as palavras de Souza, Roecker e Marcon (2011) e demonstram a existências de problemas complexos que ainda não foram totalmente compreendidos por nós, pesquisadores acadêmicos, e que podem também não terem sido apreendidos pelos sujeitos do universo a que este estudo pretende fazer parte. Diante de tal perspectiva, torna-se urgente a implantação de processos construtivos e educadores, que permitam um reconhecimento aprofundado acerca das debilidades existentes na atenção à saúde no pré-natal, além de favorecer a

autonomia e empoderamento de gestantes e profissionais de saúde envolvidos no processo.

Dentro do leque de possibilidades educativas pautadas pela participação uma das alternativas é a pesquisa-ação.

### 2.3 QUE PESQUISA-AÇÃO É ESSA?

Há mais de cinquenta anos surgiu uma abordagem específica em ciências sociais, denominada pesquisa-ação que foi desenvolvida no mundo, notadamente a partir dos Estados Unidos. Sua utilização em diversos campos científicos tem aumentado ao longo dos anos, e é necessário entender as bases do seu surgimento, para que se compreenda a sua aplicação e importância nos dias atuais. Em função do seu processo, Barbier (2007) destaca dois períodos em pesquisa-ação:

1. O período mais americano de emergência e consolidação entre os anos que precedem a Segunda Guerra mundial e os anos 60;
2. O período de radicalização política e existencial mais europeu e canadense, desde o final dos anos 60 até os dias atuais.

Costuma-se atribuir a origem da pesquisa-ação a Kurt Lewin, professor da universidade de Berlim, especialista em psicologia, que fugiu do nazismo em 1933, e chegou aos Estados Unidos onde passou a ter a nacionalidade americana e mentalidade coletiva, voltando-se para os mais necessitados e os que sofriam discriminação. Lewin desenvolveu a *Action Research*, tentando resolver problemas levantados pelo antissemitismo, pela implantação de usinas nas regiões rurais com uma mão-de-obra pouco afeita ao ritmo de trabalho das cidades do norte dos Estados Unidos (BARBIER, 2007).

Colocando dúvidas sobre seu início, Tripp (2005) relata que não há certeza sobre quem inventou a pesquisa-ação, pois suas ideias conceituais já

estavam presentes nas obras de autores anteriores a Lewin, e que os antigos empiristas gregos usavam um ciclo de pesquisa-ação.

Lewin (1978) destaca que a pesquisa necessária à prática social é um tipo de pesquisa de ação comparativa acerca das condições e resultados de diversas formas de ação social. Por isso, pesquisas que produzam apenas livros não são o bastante. Além disso, o autor propõe que a pesquisa social seja feita numa espiral de fases, cada uma composta por um ciclo de planejamento, ação e averiguação de fatos referentes aos resultados da ação.

Por outro lado Barbier (2007) critica a pesquisa *lewiniana* pelo fato de que o pesquisador nessa concepção inicial era neutro, e externo ao campo de investigação, um sujeito não implicado no processo, ou seja, distante do seu objeto de análise e relata que após os trabalhos de Kurt Lewin que davam grande ênfase à pesquisa em sua concepção, pouco a pouco, o polo da ação tornou-se o mais importante. A pesquisa-ação ao longo dos anos orientou-se para uma participação crescente das populações envolvidas passando da fase do pesquisador pura e simplesmente para o pesquisador interventor e agente de mudança.

Numerosas obras foram realizadas fundamentando-se nas ideias da pesquisa-ação, entretanto, Barbier (2007) destaca que muitas correspondem a um mosaico de abordagens mais ou menos reproduzidas dos procedimentos científicos clássicos. Somente a partir dos anos 70 é que a pesquisa-ação deu uma guinada mais radical. No Brasil questionavam-se as práticas científico-acadêmicas dominantes. Estavam no cenário tanto discussões sobre a relação teoria e prática quanto o compromisso político aberto do cientista social com os movimentos populares. Pesquisas do tipo denunciatório foram produzidas e ancoradas nas questões das desigualdades internas do sistema educativo (MOLINA, 2007).

De acordo com Prado e Pezzato (2013), na década de 60 os pesquisadores Lawrence Stenhouse e John Elliot, exploraram a proposta de pesquisa-ação de Kurt Lewin, a partir de uma nova perspectiva onde o professor atuaria como pesquisador com sentido de produção da emancipação profissional, balizados pelas ideias de que a pesquisa do professor seria uma

forma de fortalecimento de suas capacidades profissionais e o desenvolvimento da autogestão de sua própria prática pedagógica, além disso, o foco da pesquisa do professor passa a ser um processo que ocorre na sala de aula e que entremeia os conhecimentos, os estudantes e o professor.

Na década de 80 os australianos Stephen Kemmis e Wilfred Carr, estudaram a pesquisa-ação a partir de uma nova conceituação baseada nas ideias de Habermas. De acordo com esses autores (1986) a pesquisa-ação na década de 1980 passou por uma reformulação: primeiro, as decisões do grupo de pesquisa tornaram-se tão importantes quanto uma questão de princípio a fim de que tenham um real compromisso para a ação social. Em segundo lugar, a pesquisa-ação passa a não ser vista como uma receita ou técnica para criar a democracia, mas sim como uma encarnação dos princípios democráticos em pesquisa, ao permitir que os participantes sejam influenciados e consigam desenvolver um pensamento crítico em relação a suas condições sociais, a dependência, a desigualdade ou exploração

Contemporaneamente, as abordagens de René Barbier e André Morin, acerca da pesquisa-ação, estão fundamentadas não só na atualização do conceito de pesquisa-ação advindos dos autores já mencionados, como também em novos embasamentos teóricos que informam as suas elaborações conceituais, como a teoria da complexidade de Edgar Morin (PRADO; PEZZATO, 2013).

René Barbier desenvolveu sua perspectiva sobre pesquisa-ação a partir de trabalhos iniciados nos anos 70 no Ofício Franco-Alemão da Juventude. Ao longo de vinte anos desenvolveu trabalhos de pesquisa-ação que foram incorporando uma nova visão acerca da pesquisa-ação a partir das ciências humanas no âmbito da sociedade contemporânea. (PRADO; PEZZATO, 2013)

De acordo com Barbier (2007) a pesquisa-ação utiliza instrumentos tradicionais da pesquisa em ciências sociais, mas adota ou inventa novos instrumentos. Nessa nova forma de pesquisa-ação o pesquisador assume um novo papel que consiste em criar condições, favorecer uma análise de conjunto do problema em questão, e uma tomada de consciência das condições que o criam. Ele é o animador do grupo que organiza os temas de discussão e

propõe novas pistas a explorar em termos de ação. Ele deve permitir aos participantes expressarem a percepção que têm da realidade do objeto de sua luta ou de sua emancipação, podendo interpretar os problemas, esclarecer as questões e as atitudes, assinalar as contradições, explorar os mal entendidos e discutir formas de melhoria das condições sociais das populações marginalizadas e desfavorecidas. Daí pode-se inferir que o seu papel se torna político.

Quanto a André Morin, seus trabalhos na perspectiva da pesquisa-ação foram elaborados na década de 70. A partir dos aportes da pedagogia e da antropologia, fundidos em uma antropedagogia renovada, e denominou sua investigação de pesquisa-ação integral e sistêmica. Essa proposta indica a necessidade de compreender cinco conceitos-chave: o contrato, a participação, a mudança, o discurso e a ação. A ideia de integralidade na pesquisa está fundamentada na dimensão da participação de todos os envolvidos em todas as etapas: de explicação, de aplicação, e de implicação (MORIN, 2004).

A pesquisa-ação na perspectiva de Morin (2004) trata-se de uma *démarche* de compreensão e de explicação da práxis de grupos sociais, pela implicação dos próprios grupos, e com intenção de melhorar sua prática. Além disso, o autor destaca que a pesquisa-ação com objetivo emancipatório e transformador do discurso, das condutas e das relações sociais, vai mais longe que a abordagem *lewiniana* e exige que os pesquisadores se impliquem como atores. Por isso, está sempre ligada a uma ação que a precede ou a engloba e que a enraíza em uma história ou contexto.

Barbier (2007) acrescenta que a Pesquisa-ação Integral e Sistêmica é praxiológica, na medida em que não é mais totalmente positivista, nem totalmente fenomenológica. A pesquisa-ação Integral é uma dialética entre os fatos objetivos e os fatos subjetivos, uma interação contínua entre ação e reflexão. Nesse tipo de pesquisa, o contrato entre os sujeitos é aberto, isso obriga o pesquisador profissional a tornar-se ele mesmo ator, e não o único responsável pela pesquisa. O diálogo continua durante toda a pesquisa até a análise dos resultados.



Outro estudioso do campo da pesquisa-ação é Michel Thiollent (2012), e para este autor a pesquisa-ação encontra apoios em várias meta teorias: teoria da práxis, teoria crítica, existencialismo, fenomenologia, pragmatismo, e construtivismo social. As meta teorias são as bases teóricas derivadas de várias filosofias que dão sentido ao uso de métodos e procedimentos em contexto de pesquisa aplicada ou especializada. Além disso, Thiollent destaca que no campo das metodologias participativas, o ideal é a convergência ou a complementariedade entre tendências de pesquisa-ação e de pesquisa participante do que simplesmente desenvolver a polêmica entre propostas vizinhas, cujas eventuais divergências são secundárias.

Ainda de acordo com o esse autor, é preciso sublinhar a importância da problematização da ação em sua relação com a cognição, já que a pesquisa-ação pretende se diferenciar da pesquisa convencional justamente pelo fato de estabelecer condições proveitosas para a geração de um conhecimento enraizado nas práticas ou em ações de caráter social, educacional, comunicacional dentre outros (THIOLLENT, 2012).

Em relação à caracterização da pesquisa-ação, a pesquisadora Maria Amélia Franco (2005) também trouxe contribuições para o campo ao propor três tipos de pesquisa-ação: a primeira é a colaborativa onde a busca por uma transformação parte do grupo de referência, e a função do pesquisador é a de cientificar um processo iniciado pelo grupo; a segunda é a pesquisa-ação crítica onde a transformação é percebida como necessária a partir de trabalhos iniciais realizados pelo pesquisador com o grupo decorrente de um processo sustentado por reflexão crítica com vistas à emancipação dos sujeitos; o terceiro tipo é a pesquisa-ação estratégica em que a transformação é previamente planejada, sem a participação dos sujeitos, e apenas o pesquisador acompanhará os efeitos e avaliará os resultados de sua aplicação.

Franco (2005) destaca ainda a importância da pesquisa-ação crítica, pois esta considera a voz do sujeito, sua perspectiva, seu sentido, e não apenas um registro para posterior interpretação do pesquisador: a voz do sujeito fará parte da tessitura da metodologia da investigação. Nesse caso, a metodologia não se faz por meio das etapas de um método, mas se organiza

pelas situações relevantes que emergem do processo. Daí a ênfase no caráter formativo dessa modalidade de pesquisa, pois o sujeito deve tomar consciência das transformações que vão ocorrendo em si próprio e no processo.

Para Haguette (1987) a pesquisa-ação como método de abordagem do real tem sido informada pelos mais variados matizes teóricos. Sua principal característica, a intervenção, se presta tanto a ações integradoras que levam à auto-regulação do objeto de estudo e a mudanças não radicais como a contestação das estruturas e à luta por transformações revolucionárias. Além disso, na América Latina a sociologia crítica tem questionado o método científico tradicional em nome do ideal da libertação dos povos e da igualdade social que a objetividade e neutralidade não têm conseguido atingir.

É dentro desta tradição que se coloca a importância do pensamento de Paulo Freire quando falamos de pesquisa-ação, pois desde quando começou a publicar suas ideias na década de 1960 já deixava clara uma profunda crítica aos métodos de ensino ditos bancários, e que funcionavam apenas como depósitos, a participação engajada dos educandos, e sem a reflexão sobre os conteúdos.

Paulo Freire, ao enfatizar a educação dos setores populares, traça as diretrizes básicas que vão fornecer aspectos significativos para uma reorientação da pesquisa educacional. Seu foco teórico metodológico inspirou novas práticas, e exerceu uma profunda influência na procura de novos enfoques de pesquisa e trabalho educacional (MOLINA, 2007), por isso é base de inspiração para a execução dessa pesquisa.

## 2.4 E PAULO FREIRE? POR QUE ESSE AUTOR?

A educação, no atual contexto da ideologia neoliberal, tem sido vista, pelo viés da economia, como formação do capital humano. Segue-se um modelo de formação, de sujeitos produtivos para o mercado, que se torna

hegemônico, constituído pelas competências necessárias à empregabilidade (MACIEL, 2011). Em concordância, Gadotti (2012) aponta que as pedagogias que se dizem puramente científicas, sob sua pseudoneutralidade, escondem a defesa de interesses hegemônicos da sociedade e concepções de educação, muitas vezes, autoritárias e domesticadoras.

Nesse sentido, pensar uma educação que venha na direção oposta a essa ideologia, que atenda às necessidades da população excluída dos direitos básicos da existência humana e dos princípios da formação de sujeitos críticos – conscientes e construtores de sua história – requer um aprofundamento complexo sobre os fundamentos dessa educação a ser direcionada e construída para atender as necessidades do povo, a partir da sua realidade (MACIEL, 2011). Por isso, as pedagogias críticas têm todo interesse em declarar seus princípios e valores, não escondendo a politicidade da educação (GADOTTI, 2012).

Os Métodos de educação na maioria das vezes sempre utilizaram materiais prontos: cartazes, cartilhas, cadernos de exercício. Quanto mais o alfabetizador acredita que aprender é depositar o conhecimento de “quem supostamente sabe”, em que “não-sabe”, tanto mais tudo é feito de longe e chega pronto, previsto. Paulo Freire pensou que um método de educação construído em cima da ideia de um diálogo entre educador e educando, onde há sempre partes de cada um no outro, não poderia começar com o educador trazendo pronto, do seu mundo, do seu saber, o seu *método* e o *material da fala dele* (BRANDÃO, 1981).

Foi na década de 50 que se iniciou uma profunda reflexão acerca de ideias e práticas para o campo da educação na América Latina: a educação popular. Como concepção da educação, a educação popular é uma das mais belas contribuições da América latina ao pensamento pedagógico universal. Isso se deve em grande parte a atuação internacional de um dos seus mais importantes representantes: Paulo Freire. Ele deixou por onde passou as sementes de uma concepção popular emancipadora da educação. Essas sementes floresceram em numerosos grupos e organizações nas últimas décadas, unindo conscientização e organização popular (GADOTTI, 2012).

Acerca da história de Paulo Freire, este conta que nasceu em Recife, em 1921, e viveu uma juventude marcada por muitas dificuldades, inclusive a fome. Teve o êxito de se formar em direito pela atual Universidade Federal de Pernambuco, porém abandonou a carreira para ser professor. Freire trabalhou no departamento de Serviço Social -SESI –, onde de 1946 a 1954, iniciou as primeiras experiências que o conduziram mais tarde à proposta educativa que iniciou em 1961, no movimento de Cultura Popular do Recife (FREIRE, 1979).

“Os resultados obtidos — 300 trabalhadores alfabetizados em 45 dias — impressionaram profundamente a opinião pública. Decidiu-se aplicar o método em todo o território nacional, mas desta vez com o apoio do Governo Federal. E foi assim que, entre junho de 1963 e março de 1964, foram realizados cursos de formação de coordenadores na maior parte das Capitais dos Estados brasileiros (no Estado da Guanabara se inscreveram mais de 6 000 pessoas; igualmente, criaram-se cursos nos Estados do Rio Grande do Norte, São Paulo, Bahia, Sergipe e Rio Grande do Sul, que agrupavam milhares de pessoas. O plano de ação de 1964 previa a instalação de 20.000 círculos de cultura, capazes de formar, no mesmo ano, por volta de 2 milhões de alunos. (Cada círculo educava, em dois meses, 30 alunos.)” (FREIRE, 1979).

As ideias de Freire (1987) apontavam para o fato de que a educação que chegava pronta através de cartilhas, estava descontextualizada em relação à realidade de muitos alunos, que tinham que aprender a escrever a palavra “uva” sem nunca ter visto uma, ou ler “Eva” sem saber quem representava essa figura. Além disso, Paulo Freire questionou a posição do educador, que muitas vezes coloca-se na posição de dono do saber, e depositante de suas ideias, sobre a consciência dos alunos, que nesse sentindo “nada sabem”.

A proposta *freireana* busca romper essa condição, que coloca os alunos em posição passiva, e sem lugar no mundo, numa nova situação, em que estes podem dialogar, e aprender a partir de sua realidade, por meio do conhecimento de sua história no mundo. Esse é um caminho que se aproxima do ideal da educação em saúde pautada pela promoção, e pelo direito à saúde. Essa é uma oportunidade de romper as barreiras ideologias que impedem o avanço na direção da conquista da saúde sendo parte da cidadania.

Não houve tempo para passar das primeiras experiências para os trabalhos de amplo fôlego com a alfabetização de adultos. Paulo Freire foi um dos primeiros educadores presos e, depois, exilados com a instalação da ditadura militar no país, e foi para o Chile com a família por 16 anos.

Gadotti (2004) relata que o exílio foi profundamente pedagógico para Paulo Freire: ele começou a questionar o Brasil, a compreendê-lo melhor, a compreender melhor o que havia feito e a melhor se preparar para fazer algo fora de seu país de origem, oferecendo sua contribuição a outro povo. Aprendeu, com as diferenças culturais, a virtude política essencial que falta ao Brasil: a tolerância em relação a outras culturas. Ainda na década de 70, Paulo Freire foi convidado para trabalhar na Universidade de Harvard nos Estados Unidos, e também para participar do Conselho Mundial das Igrejas em Genebra, servindo como conselheiro educacional de governos do terceiro mundo. É nesse período que a teoria de Freire ganhou dimensão mundial.

Em 1980 depois de 16 anos de exílio retornou ao Brasil, após a promulgação da lei da anistia. Retornou no momento em que a democracia estava sendo buscada através de grandes movimentos sociais como ocorreu nas diretas já, com a elaboração da constituição cidadã em 1988, com a conquista do direito ao voto, e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Paulo Freire faleceu no dia 2 de maio de 1997 em São Paulo, vítima de um infarto agudo do miocárdio, e nas palavras de Moacyr Gadotti morreu em plena atividade intelectual, com um livro para terminar e muitos projetos a caminho (GADOTTI, 2000).

A atualidade do pensamento de Paulo Freire vem sendo atestada pela multiplicidade de experiências que se desenvolvem tomando o seu pensamento como referência, em diferentes áreas do conhecimento, ao redor do mundo. A crescente publicação das obras de Paulo Freire, em dezenas de idiomas, a ampliação de fóruns, cátedras e centros de pesquisa, criados para pesquisar e debater o legado *freiriano* são indicações da grande vitalidade do seu pensamento (FREIRE, 1992). Tal projeção confere ao conjunto de suas produções o caráter de uma obra universal. Por isso, sua reflexão no campo da

saúde tem especial relevância para a elaboração de práticas mais humanizadas, conscientizadoras e críticas.

Um aprofundamento maior acerca das ideias de Paulo Freire, e de suas contribuições para os resultados desse trabalho serão apresentados posteriormente no ensaio teórico, e nos artigos ao longo do texto.

### 3 JUSTIFICATIVA/ TESE

Freire (1987) disserta acerca da ação dos atores (educandos e educadores), como um processo em que descobrem em sua situação histórica e esmagadora “situações-limite” que se forem transcendidas levam ao chamado “inédito viável” que em prática torna-se uma “ação editanda” pautada no processo crítico-reflexivo que leva a mudança. Dessa forma, as dificuldades na condução da atenção à saúde no pré-natal, devido aos entraves existentes no SUS, e que afetam drasticamente a educação em saúde sugerem-se “situações-limite” que necessitam ser superadas a fim de que o “inédito viável”, a superação, e a democratização do saber em saúde se tornem realidades. Assim, propomos a realização de uma pesquisa-ação fundamentada em Paulo Freire e na proposta de René Barbier, para que possíveis problemas do campo sejam desvelados.

## 4 OBJETIVOS

Construir conhecimentos coletivos em saúde com profissionais de saúde, e gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade de saúde de Andorinhas-Vitória-ES.

### 4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir as ideias de Paulo Freire a partir do reconhecimento da situação atual da educação e da saúde no Brasil.
- Construir uma proposta de educação em saúde para o pré-natal com gestantes, e profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde.
- Discutir o processo de democratização da educação em saúde no pré-natal pela via da educação e da conscientização.



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Esta foi uma pesquisa qualitativa apoiada na metodologia da pesquisa-ação com ênfase na perspectiva teórico metodológica de Barbier (2007). A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Vitória - ES e pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-UFES) sob o número 537.448- 21/02/2014, atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

É importante destacar que a proposição de Barbier (2007) em relação à pesquisa-ação é uma opção metodológica que visa à ruptura de ciclos de repetição em que vivem os sujeitos por meio da compreensão da realidade. Além disso, a pesquisa-ação distancia-se dos métodos clássicos de pesquisa, pois ela submete seus resultados à negociação por parte de pesquisadores e participantes, que na luta por sua emancipação irão interpretar problemas, esclarecer questões e atitudes, assinalar contradições, e buscar melhorias para suas condições sociais, adquirindo então, um papel político e não meramente acadêmico.

Em relação ao referencial teórico utilizado, a proposta de Freire (2011) baseia-se na eliminação do método centrado na autoridade do educador que detém o saber, e propõe uma educação conscientizadora que parte da percepção do educando. Sendo assim, as ações educativas possibilitarão a reflexão, o conhecimento, e a transformação da realidade, mediante a interação do indivíduo em sua integralidade e o contexto vivenciado, além de desenvolver habilidades que favoreçam o conhecimento do corpo e os agravos à saúde em seu sentido mais amplo, dentro de concepções pedagógicas que contemplem a liberdade e a cidadania. (MYSIAKI.; BUENO, 2001).

As etapas para a realização do presente estudo serão descritas de acordo com a proposta Barbier (2007) e Freire (1987).

## 5.2 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E CONTRATUALIZAÇÃO

Barbier (2007) afirma que toda pesquisa-ação é definida em relação a um lugar, a pessoas, a um tempo, a práticas, a valores sociais, e à esperança de uma mudança possível.

A problemática central do estudo parte de uma proposta, que surgiu a partir da identificação do pequeno número de mulheres em período pré-natal que passaram por processo de educação em saúde na RMGV-ES, e também devido à constatação de que muitos problemas gestacionais ocorreram nessas mulheres sem suporte educacional (SANTOS NETO, 2012). Dessa forma, a pesquisa-ação está sendo proposta como uma alternativa para o desvelamento das “situações-limite” a serem encontradas no campo da educação em saúde no pré-natal, para que se alcance o “inédito-viável” (FREIRE, 1992).

## 5.3 O LUGAR

O local escolhido para a realização deste estudo foi a cidade de Vitória, capital do Espírito Santo (ES), no distrito de saúde II que compreende 18 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristóvão, Tabuazeiro, Andorinhas, Bairro de Lourdes, Bonfim), que se distribuem em 07 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Bairro da Penha, Bonfim, Andorinhas e Santa Marta, e São Cristóvão).

A partir do Índice de Qualidade Urbana (IQU), índice desenvolvido pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (PÓLIS), e composto por quatro dimensões, educacional, habitacional, renda e ambiental (Quanto maior o IQU, melhor é a qualidade urbana). A região eleita para a realização do estudo foi a região de Maruípe, por possuir alguns dos bairros

com os índices mais baixos de Vitória- ES (Figura 1), além disso, a inserção da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido à realização de outras pesquisas e projetos facilitou a aceitação por parte dos sujeitos que participaram deste projeto. Outro ponto a ser destacado, é que devido ao curto tempo para a realização do trabalho de campo, foram selecionadas apenas as UBS's que já possuíam algum programa de educação em saúde ativo com funcionamento regular, pois a partir disso, ofereceríamos uma nova forma condução do processo educativo de acordo com o interesse dos sujeitos em resolver os problemas levantados nessa fase de exploração inicial do local.

Dessa forma, ao aplicarmos esse critério de seleção do local, obtivemos a informação de que apenas nas Unidades de Saúde Dr. Luís Cláudio Passos, popularmente conhecida como Andorinhas, e São Cristóvão haviam grupos de gestantes em funcionamento. A partir de então decidimos abordar inicialmente a Unidade de Andorinhas, devido ao fácil acesso ao local, e pelo fato de que como pesquisadora, eu já havia atuado na Unidade no período da minha graduação. Dessa forma, procedemos à Unidade e fomos recepcionados pela diretora da Unidade, e pela enfermeira responsável pela execução do grupo de gestantes. Foi pactuado junto à elas a minha inserção no grupo, e acolhimento do projeto de pesquisa.



Figura 1 - Índice de Qualidade Urbana, Vitória- ES. 2000.

Fonte: Secretária de Planejamento do Município de Vitória

## 5.4 AS PESSOAS E A CONTRATUALIZAÇÃO

Para ter acesso à população que compôs a pesquisa, inicialmente foram realizadas visitas à UBS selecionada para conhecimento da área, contato inicial com os profissionais de saúde, e mulheres em período pré-natal. Nessa oportunidade foram esclarecidos os objetivos do estudo e formalizado o convite para a participação.

A seleção dos sujeitos atendeu inicialmente aos seguintes critérios de inclusão:

- a. Gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde;
- b. Profissionais da saúde que tenham contato com as gestantes durante o período pré-natal e;
- c. Ter aceitado participar da pesquisa, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Entretanto, ao longo do estudo foi necessário reajustar tais critérios, pois algumas mulheres que iniciaram gestantes passaram pela experiência do parto ao longo do estudo e manifestaram desejo por continuar a participar da pesquisa. Essa alteração sustenta-se na metodologia da pesquisa-ação, pois esta permite que o rumo da metodologia mude em função do processo de reflexão-ação-reflexão, e da visão holística implícita em sua execução (MORIN, 2004.; BARBIER, 2007).

O processo de seleção dos sujeitos para o estudo seguiu o conceito de intencionalidade proposto por Thiollent (2009), pois nas amostras intencionais os indivíduos são escolhidos em função da relevância que apresentam para o assunto. De acordo com Monteiro (2007) a intencionalidade torna uma pesquisa qualitativa mais rica e a participação espontânea e consciente dos sujeitos do estudo é essencial para o desenvolvimento dos encontros ou “círculos de cultura” na perspectiva de Paulo Freire, cuja dialogicidade e conscientização constituem alicerces relevantes desta abordagem.

Essa etapa do estudo foi fundamental para a obtenção de resultados positivos, pois de acordo com Barbier (2007) é através dessa contratualização

e conhecimento das intenções da pesquisa-ação que as funções de cada participante são definidas.

É nesse espírito que se constrói o que Barbier (2007) chamou de “pesquisador coletivo” a partir dos membros mais envolvidos na vontade de resolver o problema, com a função de articular a pesquisa e a ação num vaivém entre a elaboração intelectual e o trabalho de campo com os atores. É a partir desse pesquisador coletivo que se definirá verdadeiramente o contrato de pesquisa. Pode-se dizer que a pesquisa-ação só começará quando a contratualização e o pesquisador coletivo tiverem sido instituídos.

## 5.5 O PLANEJAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO

O planejamento da Pesquisa-ação não deve ser rígido, pois a pesquisa necessita de flexibilidade para se adaptar as diversas situações impostas pela vida. Este tipo de pesquisa está centrado nas pessoas que atuam conjuntamente em um processo comum. Morin (2004) amplia essa discussão ao incluir no projeto a possibilidade de revisar suas questões, decisões de curto e médio prazo e de rever sua visão global ou holística, pois como se trata de uma abordagem ligada à condição humana, é necessário espaço para dinamismo no processo de pesquisa. As revisões poderão ocorrer a qualquer instante e serem interativas.

## 5.6 ADAPTAÇÃO, INSERÇÃO E EXPLORAÇÃO NO CENÁRIO LOCAL

O pesquisador em pesquisa-ação tem a preocupação de ser compreendido e de poder agir eficazmente com não especialistas. Ele deve conhecer as possibilidades imaginárias das pessoas em função da própria cultura delas e de propor-lhes mecanismos de investigação apropriados. Isso demanda tempo e uma escuta sensível, e mais tarde quando a confiança estiver estabelecida ele poderá se permitir atribuir um sentido aos dados coletados sob a ideia de um processo de troca simbólica entre os atores do processo (BARBIER, 2007).

Thiollent (2009) acrescenta que essa fase consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento da situação e dos problemas prioritários. Por meio dessa etapa também é possível realizar um “diagnóstico” das expectativas, problemas e características dos sujeitos.

Essa exploração inicial também se encontra presente na proposta de Freire (2011, p. 101), onde se destaca que:

[...] Uma pesquisa inicial feita nas áreas que ser trabalhadas nos oferece as palavras geradoras que nunca devem sair de nossa biblioteca. Elas são constituídas de vocábulos mais carregados de certa emoção, pelas palavras típicas das pessoas. Trata-se de vocábulos ligados à sua experiência existencial, da qual a experiência profissional faz parte. Esta investigação dá resultados muito ricos para a equipe de educadores, não só pelas relações que trava, mas pela exuberância da linguagem do povo, às vezes insuspeita. As entrevistas revelam desejos, frustrações, decepções, esperanças, desejos de participação, e frequentemente, certos momentos altamente estéticos da linguagem popular [...].

Dessa forma, foi importante para o andamento deste estudo a inserção na realidade da UBS com vistas a conhecer os atores envolvidos no processo, conhecer suas aspirações, suas dificuldades, seus processos de trabalho, suas reivindicações, através da convivência, e confiança adquirida ao longo dos encontros.

## 5.7 ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa transcorreu no período de abril a dezembro de 2014 e contou com cinco etapas: 1. Inserção no local de estudo; 2. Levantamento temático (palavras e temas geradores) 3. Elaboração de proposta para a educação em saúde. 4. Oficinas de cultura (rodas de discussão e reflexão acerca dos temas levantados); 5. Problematização e busca de soluções para os problemas levantados ao longo do estudo. É importante destacar que essa divisão por etapas visa apenas tornar a apresentação da pesquisa mais didática, entretanto, na prática essas fases não são tão bem delineadas, pois de acordo com a concepção teórica da pesquisa-ação há uma verdadeira reflexão-ação-reflexão, pelo fato dos participantes adquirirem uma consciência crítica ao longo do processo, que muitas vezes torna necessário retornar às questões iniciais, ou surgem novas indagações que levam a emancipação e ao empoderamento.

## 5.8 LEVANTAMENTO DE PALAVRAS E TEMAS GERADORES

Na primeira etapa proposta por Paulo Freire, foi realizado o levantamento das “palavras e temas geradores”, a realidade dos participantes da pesquisa por meio da realização de três encontros (dois com profissionais de saúde da Unidade, e um com as gestantes). Essa opção por dialogar com os atores em momentos distintos foi tomada a fim de evitar que algum participante no momento inicial se sentisse constrangido e também a fim de explicar de maneira mais aprofundada a lógica da pesquisa-ação e do pensamento dialógico proposto por Paulo Freire.

O primeiro encontro foi realizado na reunião de equipe semanal que ocorre na Unidade de Saúde de Andorinhas juntamente com a equipe de saúde da família um e contou com 12 participantes no total (dois enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social, três cirurgiões-dentistas, uma auxiliar de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, dois alunos de Iniciação científica que também atuaram como auxiliares de pesquisa) com duração de uma hora e meia aproximadamente. O segundo encontro foi realizado quinze dias após a realização do primeiro com a equipe de saúde da família dois também na reunião de equipe semanal, houve a participação de seis pessoas no total: dois médicos, dois dentistas, duas alunas de graduação (fonoaudiologia e odontologia) que atuaram também como auxiliares durante o encontro que durou aproximadamente uma hora.

Nos dois encontros com profissionais, foi proposta uma conversa fundamentada em três eixos principais: Histórico e metodologia das atividades de educação em saúde no pré-natal realizadas na Unidade; Formação específica para atuar com educação em saúde; Principais desafios e ideias para a educação em saúde. Assim foi possível que cada participante refletisse sobre a situação vivenciada e buscasse respostas para os desafios encontrados na prática.

O terceiro encontro foi realizado na sequência com a participação de gestantes adstritas na UBS em acompanhamento pré-natal. A seleção prévia



das mulheres foi realizada com base na Rede Bem-Estar pertencente a prefeitura de Vitória-ES (informatização dos prontuários, agendamento de consultas e etc), por meio do sistema, foram identificadas 24 gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade. Ao todo seis gestantes possuíam o contato telefônico de acordo com o cadastro e aceitaram participar da pesquisa, no dia do encontro houve a participação efetiva de quatro gestantes, uma enfermeira, uma aluna do curso de enfermagem, uma aluna de graduação da fonoaudiologia, e dois cirurgiões-dentistas.

Nesse encontro, após os esclarecimentos iniciais foi anexado um cartaz na parede com a questão “o que a gestante deseja?”, e foram oferecidos jornais, revistas, tesoura, cola, e canetas coloridas para que com esse material cada participante inclusive a equipe de pesquisa, recortasse uma figura que representasse aquilo que na concepção de cada um é um desejo da gestante para o pré-natal. Foi estabelecido o tempo de 30 minutos para executar a atividade, e após isso cada um deveria explicar para o grupo o motivo pelo qual escolheu a figura que anexou ao cartaz, sendo que os outros poderiam complementar as ideias caso desejassem. Esse momento de troca de ideias e percepções entre os participantes possibilitou um reconhecimento sobre temas a serem trabalhados no processo de educação em saúde no pré-natal. Ao final, os temas eleitos para os próximos encontros foram colocados à disposição para que os participantes decidissem em qual ordem gostariam de trabalhar cada assunto e o grupo optou definir o assunto central do encontro subsequente ao final de cada reunião. Essa decisão do grupo aproxima-se do cerne da pesquisa-ação, pois seu planejamento não deve ser rígido, e necessita de flexibilidade para se adaptar as diversas situações impostas pela vida (BARBIER, 2007).

De acordo com Freire (1987) estes encontros iniciais permitem uma “descodificação” ao vivo, na medida em que um a um vão todos expondo como perceberam e sentiram este ou aquele momento que mais os chamou atenção. A partir desse ponto é possível conhecer a consciência real que cada participante tem dos assuntos abordados, e identificar “situações-limite”, ou

seja, situações, ou falhas que necessitam ser superadas para que todos alcancem uma consciência máxima, chamada de “inédito-viável”.

Freire (1987) acrescenta que os temas a serem descodificados precisam ser inclusivos de outros temas para que possam se abrir ao longo do processo, por isso a apresentação dos temas partiu de definições simples, para que oferecessem possibilidades plurais de descodificação.

## 5.9 OFICINAS TEMÁTICAS

No levantamento das palavras geradoras foram identificadas 22 palavras que foram agrupadas em cinco temas gerais e resultaram na elaboração de cinco oficinas temáticas: 1. Amamentação; 2. Cuidados com o Bebê; 3. Alimentação na gestação; 4. Saúde bucal da gestante e do bebê; 5. Planejamento Familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e uso de álcool e outras drogas.

A discussão desses temas em partes esteve fundamentada na reflexão acerca da educação em saúde no pré-natal como forma de democratização da saúde, um tema central que permeou todo o processo educativo, além disso, o desenvolvimento crítico em relação aos temas permitiu que estes funcionassem como um “leque temático” na visão de Freire (2014) em que novos temas surgiram, e permitiram uma concepção mais integral do objeto central da ação educativa.

## 5.10 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se o referencial proposto por Freire (1987) e Barbier (2007), a partir da observação participante, da elaboração de um diário de campo, do levantamento dos temas e palavras geradoras, a codificação e a descodificação, e a partir daí, a avaliação parcial e final do processo com a proposição de ações de transformação da realidade.

Todos os encontros foram gravados e transcritos, além disso, utilizou-se o software de análise de dados qualitativos MAXqda 11.0 como auxílio na busca das palavras e temas, códigos, descodificação e desvelamento presentes nas transcrições, pois de acordo com Gibbs (2009) as pesquisas qualitativas necessitam de um gerenciamento cuidadoso devido às grandes quantidades de texto, códigos e memorandos e assim por diante, trabalho que torna-se ideal para o computador. Assim, os programas de análise de dados qualitativos como o que foi utilizado nesta pesquisa proporcionam uma forma poderosa e estruturada de administrar todos esses aspectos da análise.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 ARTIGO 1**

**Paulo Freire e Saúde: Revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro.**

**SITUAÇÃO:** Ensaio Submetido à Revista Saúde e Transformação Social.

## RESUMO

Paulo Freire foi um educador que possibilitou uma reformulação das práticas educativas, que passaram a não se limitar mais ao espaço das escolas, e fazer parte de outros contextos da sociedade. Sua obra é considerada de caráter político, pois faz o homem refletir sobre sua condição e realidade, e por isso, foi intensamente estudada por diferentes profissionais, inclusive os da saúde, em que a sociedade atual apresenta antigos e novos problemas. Dessa forma, propõe-se um diálogo entre as ideias de Paulo Freire e a situação da saúde e da educação em saúde no Brasil, e as contribuições do autor para a educação em saúde.

**Palavras-chaves:** Educação em saúde, Sistema Único de Saúde, Reforma dos Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

Paulo Freire was an educator who enabled a reformulation of educational practices, which were not confined to the space of schools, and take part in other contexts of society. His work is considered political because it makes the man reflects about his condition and reality, and so it was intensively studied by various professionals, including health professionals, facing a modern society with old and new problems. Thus, we propose a dialogue between the ideas of Paulo Freire and the situation of health and health education in Brazil, and the contributions of the author to health education.

**Keywords:** Unified Health System, Health Education, Health Care Reform

## 1. INTRODUÇÃO

Desde que Paulo Freire escreveu a *Pedagogia do Oprimido*, houve importantes mudanças na sociedade e que se refletem nas políticas sociais e nas práticas educativas e de saúde. Ao mesmo tempo, pode-se argumentar que a realidade atual do Brasil ainda apresenta muitas contradições sociais, pois houve um grande crescimento, em face de pouco desenvolvimento, a educação e a saúde pública de qualidade continuam a ser um desafio tanto ontem como hoje e representam um obstáculo para a inserção digna na sociedade.

A efervescência da sociedade brasileira no momento em que a obra de Freire<sup>1</sup> foi elaborada para contestar as estruturas do sistema político ditatorial de 1964 encontra-se hoje ainda mais viva com as marcas do passado formador da nação analfabeta, doente e excluída, que hoje se tornou mais complexa, globalizada e tecnológica, mas ainda com os velhos problemas como foi afirmado por Nogueira<sup>2</sup>, e em canções que afirmam que “a miséria é um insulto que motiva a fé do mundo, pois o novo já nasce velho”<sup>3</sup>. Assim, urge a necessidade de discussões para os velhos e para os novos problemas, e para isso é fundamental refletir sobre estes, assim lançamos mão das discussões *freirianas* para pensar o passado, o presente, e quem sabe um futuro, mesmo que seja utópico.

Por isso, vamos explanar o entendimento acerca da obra de Freire e suas contribuições inicialmente pelo conhecimento sobre o autor, e qual foi o contexto de elaboração de suas teorias? Quais são suas proposições? E principalmente, por que revistar esse pensamento no atual contexto da sociedade e saúde brasileira? Essas perguntas fundamentam-se no mérito que esta obra teve, ao refazer a geografia das práticas educativas, colocando a escola como apenas um dos locais possíveis da educação, o que possibilitou a pluralidade de contextos educativos<sup>4</sup>. As teorias de Paulo Freire cruzaram as fronteiras das disciplinas, das ciências para além da América Latina, e fortaleceram-se no auxílio não só de educadores, mas também de profissionais da saúde, cientistas sociais, filósofos, antropólogos e outros profissionais, sendo seu pensamento considerado um modelo de transdisciplinariedade<sup>5</sup>.

Por meio desse ensaio queremos abrir um diálogo entre as ideias de Paulo Freire a partir do reconhecimento da situação atual da educação e da saúde no Brasil.

## 2. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

### 2.1 PAULO FREIRE E O CONTEXTO DE ELABORAÇÃO DE SUA OBRA

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em 19 de setembro de 1921, no Recife, Pernambuco (Brasil), uma das regiões mais pobres do Brasil, onde experimentou as dificuldades das classes populares. Trabalhou inicialmente no SESI (Serviço Social da Indústria) e na Universidade de Recife. Ele foi quase tudo o que deve ser como educador, de professor de escola a criador de ideias e “métodos”, mais bem compreendidos como propostas, pois o método puro engessa, e a proposição de Freire, é dinâmica e leva o homem ao pensar, refletir, e criticar<sup>5</sup>.

Freire foi um dos pioneiros da educação popular, movimento iniciado na América Latina na década de 1950, e foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada por este movimento<sup>6</sup>. Seu livro *Pedagogia do Oprimido*<sup>1</sup>, escrito em 1966, difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de *Pedagogia Freiriana*. Entretanto, não só Paulo Freire desponta com *Pedagogia do Oprimido*<sup>1</sup>, mas muitos outros apareceriam na explosão continental de denúncia e contestação da situação vil pela qual passava o continente<sup>7</sup>.

Esta observação torna-se necessária, tendo em vista a premência de se conceber a obra *freireana* não desligada de um todo maior da qual fazia parte e que encontrava nele respaldo mútuo para um questionamento das estruturas opressoras que sufocavam (e ainda sufocam) a América Latina<sup>7</sup>.

No curto período que transcorreu entre a criação da proposta de Paulo Freire e o início da ditadura militar processos que vinham decantando há algum tempo, passaram a somar-se para, numa ação de conjunto, produzir algo como uma aceleração da história. Os últimos anos da “república populista” foram marcados por intensas agitações sociais nas cidades e até mesmo nas áreas rurais, agora alcançadas por diferentes ensaios de organização sindical. A

atuação política do governo Goulart, articulada a partir da afirmação da necessidade das denominadas reformas de base, atemorizava os defensores da “ordem social” vigente<sup>8</sup>.

A educação popular não poderia ficar à margem das tensões políticas do período. Os relatos disponíveis sobre as ações empreendidas pelos diversos movimentos e, sobretudo, a análise dos materiais didáticos então elaborados demonstra que os trabalhos estavam orientados sob um projeto de busca da mudança social pelo voto. Visto pelos defensores da “ordem” como um perigoso agente do processo subversivo e pesadamente alcançado pela repressão instaurada após março de 1964.

E, foi justamente o arranjo dessas estruturas que diante da coragem de Paulo Freire de pôr em prática um trabalho de educação que identifica a alfabetização como um processo de conscientização, e também para a libertação do oprimido, que fez dele um dos primeiros brasileiros a serem exilados após o golpe militar de 1964<sup>5</sup> refugiando-se na embaixada da Bolívia, em setembro de 1964, e, logo depois, acompanhou a leva de refugiados políticos que então se abrigava no Chile. Permaneceu no país até abril de 1969<sup>8</sup>.

Esse momento entre o desenrolar das reflexões sobre as estruturas opressoras, as ditaduras, e todos os problemas presentes tanto no Brasil, quanto em outros países, coincidiram também com uma grande expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos<sup>9</sup>, que unido a interesses políticos, garantiu privilégios para grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares<sup>10</sup>, tudo isso enquanto a população pobre não tinha direito a ter saúde por não poder pagar por essa atenção. De acordo com Stotz<sup>11</sup> pode-se afirmar que tal situação e a existência de um fosso cultural entre os serviços de saúde e a população foi o ponto de partida para o movimento da Reforma Sanitária, que foi um dentre os diversos movimentos de resistência que surgiram na sociedade brasileira.

Os movimentos de resistência tornaram-se cada vez mais ativos, e por isso muitos se reapropriaram do “método de alfabetização”, da proposta dos círculos de cultura para discutir e organizar em diferentes espaços populares atividades educativas de alfabetização, pós-alfabetização, cursos de ensino supletivo de 1º Grau (ensino fundamental). Aqui e ali diferentes espaços



populares, pipocavam iniciativas de educação popular propostas e desenvolvidas por militantes pertencentes a diferentes organizações de esquerda e ex- participantes dos movimentos de alfabetização e cultura popular (dos anos 60), com o objetivo de contestar a “ideologia do regime” e tecer as tramas da resistência político ideológica<sup>12</sup>.

Foram também incontáveis as tentativas de subversão dos propositivos e perspectivas oficiais, criadas, individual e/ou coletivamente, por educadores populares que ocuparam os “espaços oficiais” para subverter a orientação dominante, modificando-lhes os conteúdos e introduzindo versões críticas.

Diversos movimentos sociais e culturais arriscaram-se nas críticas ao sistema, como se vê, por exemplo, na música de Chico Buarque Cálice<sup>13</sup>:

“De que me vale ser filho da santa  
Melhor seria ser filho da outra  
Outra realidade menos morta  
Tanta mentira, tanta força bruta

Pai afasta de mim esse cálice (cale-se)  
“De vinho tinto de sangue”

Tal canção utilizou metaforicamente uma passagem Bíblica, quando Jesus Cristo com os apóstolos no Getsêmani em um momento de oração ao dirigir-se a Deus pediu que afastasse dele esse cálice. A crítica à repressão vivida naquele momento através dessa música vale a pena ser lembrada, pois se tratava de uma conjuntura de repressão e vigilância em que só eram permitidas atividades educativas e associativas sem conotação política explícita. Os agentes da censura eram onipresentes. O desafio consistia em fazer do trabalho educativo uma atividade aonde se tecessem simultaneamente as tramas de um saber e um agir de resistência e contestação da ordem institucional vigente, sem que o discurso político explícito aflorasse<sup>14</sup>.

De acordo com Vasconcelos<sup>6</sup> Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares, assim profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, também se engajaram neste processo, pois naquele momento a educação popular orientou o modo de participação dos agentes eruditos

(professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde, etc.) no trabalho político e pedagógico.

Freire<sup>1</sup> ganhou tal importância, pois destacou algo que o regime militar tentou impedir, que é o reconhecimento do homem sobre si mesmo, tão importante para a concepção da saúde, da política, do cidadão, e tão pouco explorada pela organização da atenção à saúde vigente naquela época, marcada pela ação desumanizante de “opressores” que prescreviam sua consciência sobre a consciência hospedeira dos homens mais desfavorecidos, os “oprimidos”. Por isso, foi no reconhecimento da situação opressores-oprimidos, e na importância política da conscientização para a mudança do quadro da saúde que houve uma adesão de suas ideias por parte de muitos profissionais da saúde.

Em seu livro *Pedagogia da Esperança*<sup>14</sup> Freire, relata que durante o período de repressão, era proibido que se entrasse no país com cópias de sua obra “*Pedagogia do Oprimido*”, e que para driblar o regime, algumas freiras trocavam a capa do livro por outra de conteúdo apolítico, confirmando o que Manfredi<sup>12</sup> destaca sobre as obras de Paulo Freire (em particular a *Pedagogia do oprimido*) que possuem um caráter explicitamente político, o que possibilitava aos protagonistas movidos por intenções e projetos político-ideológicos distintos incorporarem alguns aspectos específicos de sua proposta pedagógica em suas práticas educativas. As práticas e discursos elaborados nos novos movimentos sociais incluíam a matriz *freiriana*, reformulando-a, ampliando-a, recriando-a; agregaram-lhe outros elementos, conjugando-a com outras matrizes, ora extraídos da teologia da libertação, ora dos marxistas contemporâneos. Enfim, a pedagogia de Freire, para além de sua orientação político-ideológica, afirmou-se porque permitia a elaboração de propostas e vivências metodológicas dialógicas, criativas e críticas em situações concretas de ensino-aprendizagem<sup>12</sup>.

Enquanto isso, fora do Brasil Paulo Freire teve a oportunidade de trabalhar como professor da Universidade de Harvard, e durante dez anos foi consultor Especial do Departamento de Educação do conselho Mundial das Igrejas em Genebra (Suíça). Nesse período, deu consultoria educacional junto a vários governos de países oprimidos social e economicamente, principalmente na África<sup>5</sup>, pois sua teoria não se limitou apenas ao contexto

servil da América Latina, mas a qualquer local, onde o direito de humanização pela via da reflexão e libertação estivesse bloqueada.

Em 1980 depois de 16 anos de exílio retornou ao Brasil, após a promulgação da lei da anistia. Retornou no momento em que a democracia estava sendo buscada através de grandes movimentos sociais como ocorreu nas diretas já, com a elaboração da constituição cidadã em 1988, com a conquista do direito ao voto, e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Paulo Freire faleceu no dia 2 de maio de 1997 em São Paulo, vítima de um infarto agudo do miocárdio, e nas palavras de Moacyr Gadotti morreu em plena atividade intelectual, com um livro para terminar e muitos projetos a caminho<sup>5</sup>.

A atualidade do pensamento de Paulo Freire vem sendo atestada pela multiplicidade de experiências que se desenvolvem tomando o seu pensamento como referência, em diferentes áreas do conhecimento, ao redor do mundo. A crescente publicação das obras de Paulo Freire, em dezenas de idiomas, a ampliação de fóruns, cátedras e centros de pesquisa, criados para pesquisar e debater o legado *freiriano*, são indicações da grande vitalidade do seu pensamento. Tal projeção confere ao conjunto de suas produções o caráter de uma obra universal. Por isso, sua reflexão no campo da saúde tem especial relevância para a elaboração de práticas mais humanizadas, conscientizadoras e críticas<sup>14</sup>.

## 2.2 DIÁLOGO ENTRE A SAÚDE NO BRASIL E PAULO FREIRE

Após a Reforma Sanitária o modelo biomédico que está na base do processo de separação cultural entre serviços de saúde e população continuou intocado, pois a política de saúde desde então implementada manteve este modelo como pressuposto da atenção da saúde<sup>11</sup>.

Vasconcelos<sup>16</sup> concorda com tal pensamento, e relata que com a conquista da democracia política e a construção do SUS, na década de 1980, muitas experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam sua importância, tendo em vista que muitos movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais.

Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da Educação Popular fundamentada no referencial *freiriano*, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos, entretanto, enfrentam a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos oriunda do conflito distributivo no orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado<sup>6</sup>.

Ao revisitar a *pedagogia freiriana* encontramos a fundamentação para uma nova atuação e para a inserção da Educação Popular ao SUS. Freire<sup>1</sup> explica que a educação normalmente é uma educação narradora, com a narração de conteúdos desligados das realidades vividas pelos educandos. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. Em lugar de comunicar-se o educador faz comunicados e depósitos que os educandos, recebem pacientemente memorizam e repetem. Essa é a concepção bancária da educação em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los.

E, é justamente essa postura educativa que ainda tem sido observada nos serviços de saúde. Mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade<sup>17</sup>.

Albuquerque e Stotz<sup>18</sup> acrescentam ainda que as ações de educação em saúde têm se apresentado como importantes instrumentos de dominação e de responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida. E para Vasconcelos<sup>6</sup> essa postura em relação à educação em saúde é utilizada pelos governos como uma forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados.

O SUS é um sistema público e universal que ao longo dos anos foi sendo abandonado e hoje aparece desorganizado com políticas e programas diferentes conforme o governo que o tornam um sistema estraçalhado entre serviços públicos, organizações sociais, fundações entidades filantrópicas, uma

“babel” em que não há uma solução gerencial mágica. O SUS sofre com as mesmas mazelas do Estado Brasileiro: ineficiência, privatização de interesses, e burocratização, enquanto os usuários são relegados ao segundo plano sem poder exercer seu direito de participação popular<sup>2</sup>.

Assim tal conjuntura distancia-se da proposição de Freire<sup>1</sup> em que a educação realizada por meio de um processo dialógico, através da descodificação, e desvelamento das temáticas que saem do universo de cada indivíduo levam a uma conscientização crítica em torno dos problemas levantados.

A concepção *freiriana* hoje está voltada para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e, de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular. Isto é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, sua diversidade e heterogeneidade<sup>6</sup>.

Assim atesta-se a importância de compreender a dimensão da educação libertadora ou problematizadora e, junto a ela, a noção de “conscientização”, enquanto mediação para a autonomia e a autoria do mundo. Essa educação problematizadora passa por dois momentos distintos. O primeiro, quando o homem desvela o mundo e compromete-se na prática com a transformação, e o segundo, quando transforma a realidade; a pedagogia que daí advém deixa, então, de ser do oprimido e passa a ser do homem em processo permanente de libertação<sup>20</sup>. E, essa pedagogia para a saúde constitui-se na completa reformulação do olhar acerca dos problemas físicos, que passam a ser enxergados também pela dimensão do Ser, ontologicamente Ser Político, Ser Social, Ser Religioso, e Ser Humano.

Quando essa educação problematizadora ocorre, a idealização de um conteúdo programático torna-se uma construção resultante do diálogo entre as pessoas, e no contexto da saúde, de profissionais da saúde e usuários dos serviços. É o momento no qual se realiza uma investigação do “universo temático do povo”, ou “conjunto de seus temas geradores”, de acordo com Freire<sup>1</sup>. O que se investiga não é o homem, como se fosse um objeto, peça anatômica, mas sim o seu pensamento, sua linguagem referida à realidade, os

níveis de percepção que alcança dessa realidade, a visão de mundo em que se acham contemplados seus “temas geradores”. O conteúdo programático (ou ação), nessa concepção de educação, deve ser organizado a partir da situação presente e das aspirações do povo, para que, partindo de um problema real, o sujeito se sinta desafiado e busque uma resposta, no nível intelectual, mas, sobretudo, no nível da ação<sup>20</sup>.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Precisamos compreender as situações da saúde, da educação, da educação em saúde, a partir do contexto atual da sociedade brasileira, e da escuta sensível do que os mais necessitados têm a dizer. Não adianta querer empurrar conteúdos construídos verticalmente por “goela a baixo” com os usuários do SUS. É preciso sensibilidade, educação em saúde conectada com ação política. E é isso que Paulo Freire desenvolveu em sua obra<sup>1</sup>, uma contestação das estruturas políticas em face da situação opressor - oprimido, ainda presentes na atual sociedade brasileira, através da educação problematizadora, e conscientizadora.

Assim não podemos deixar de relacionar a esta discussão as grandes manifestações que ocorreram em 2013 no Brasil, com a tomada das ruas pelo povo que clamava por “direitos”, e por voz. Dentre tantas mazelas desnudadas no movimento, a situação a educação e da saúde tiveram destaque nos cartazes, e nos gritos de guerra que emanaram do povo. Isso demonstra que embora os caminhos que a sociedade brasileira tem tomado estejam ainda enraizados pelos métodos tradicionais de educação e pelo modelo biomédico, o povo não tem estado apático aos seus direitos de cidadão, e quer participar da construção da democracia no nosso país.

Então, se revisitarmos a proposta *freiriana*, encontraremos nela uma possibilidade de ação na contramão ao que está petrificado no ensino acadêmico da saúde, na educação em saúde, na relação paciente-profissional, pois se apresenta carregada de reflexão e de crítica, onde não mais se faz saúde, nem tampouco se ensina saúde. Por meio de tal prática, os homens se ensinam em sentido de comunhão. Por meio dela é possível fazer valer a participação social, fato que possibilita um (re)engajamento político e social

daqueles que encontram-se mecanizados nas rotinas de suas profissões no âmbito do SUS.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
2. Nogueira MA. *As ruas e a democracia: Ensaio sobre o Brasil contemporâneo*. Brasília: Fundação Astrojildo Pereira (FAP); Rio de Janeiro: Contraponto; 2013.
3. Menezes A. et al. *O novo já nasce velho [cd-rom]*. Rio de Janeiro: Warner Music; 2003. disco sonoro: Faixa 11.
4. Streck DR. *Uma pedagogia em movimento: os movimentos sociais na obra de Paulo Freire*. "In": Mafra, J. et al. *Globalização, Educação e Movimentos Sociais: 40 anos da Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire: Editora Esfera; 2009.
5. Gadotti M. *Cruzando Fronteiras: Teoria, método e experiências freireanas*. 1º Colóquio das ciências da educação; 23-24 março 2000; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa; 2000.
6. Vasconcelos EM. *Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [internet]. 2004 [citado em 5 jul. 2014]; 14(1): 67-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>
7. Pazello RP. *Paulo Freire e a questão nacional*. *Rev. Ed. Popular*[internet]. 2013 Jul./dez. [citado em 1 jul, 2014]; 12(2):10-9. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reeducpop/article/view/21035/13462>
8. Beisiegel CR. *Das 40 horas de Angicos aos 40 anos da Pedagogia do Oprimido*. "In": Mafra J. et al. *Globalização, Educação e Movimentos Sociais: 40 anos da Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire: Editora Esfera; 2009.
9. Paim J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. *Saúde no Brasil. The Lancet* [internet]. 2011 [citado em 29 jun 2014]; 11-

31. Disponível em:  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
11. Stotz ENA. Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trab. Educ. Saúde [internet], 2005. 3(1). Disponível em:  
<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r93.pdf>
12. Manfredi SM. Contribuições freirianas para a organização dos movimentos sindical e popular no Brasil. "In": Mafra, J. et al. Globalização, Educação e Movimentos Sociais: 40 anos da Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire: Editora Esfera; 2009.
13. Buarque CH, Gil G. Cálice [cd-rom]. São Paulo: Polygram/Philips; 1978. 1 disco sonoro. Lado A, faixa 2.
14. Freire P. Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
15. Saul AM. Ensinando e pesquisando a partir dos referenciais freirianos. "In": Mafra J. et al. Globalização, Educação e Movimentos Sociais: 40 anos da Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire: Editora Esfera; 2009.
16. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2011. [citado em 25 jun. 2014]. 16(1):319-325. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext)
17. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface Comun Saúde Educ [internet] 2004. [citado em 15 jun. 2014]. 8:259-74. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000200006&script=sci_arttext)
18. Moreira J, Santo HR, Teixeira RF, Frota PRO. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. Contrapontos [internet] 2007 set./dez. [citado em ' jul.



2014]. 7(3): 507-521. Disponível em:  
<http://www6.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/920>

## 6.2 ARTIGO 2

### **NOVOS SIGNIFICADOS PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL SOB A ÓTICA DE PAULO FREIRE**

**SITUAÇÃO:** Submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde, em processo de avaliação por pares externo, conforme anexo I

## **RESUMO**

Este artigo discute as possibilidades da construção de uma proposta de educação em saúde para o pré-natal por gestantes e profissionais de saúde a partir do referencial teórico de Paulo Freire. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa apoiado na metodologia da pesquisa-ação realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vitória, Espírito Santo. Os dados foram analisados a partir da observação participante, da elaboração de um diário de campo, do levantamento dos temas e palavras geradoras, da codificação e a decodificação, e a partir daí, a avaliação parcial e final do processo com a proposição de ações de transformação da realidade. Os resultados desse estudo mostraram que profissionais de saúde e gestantes contribuíram de maneira diferente e complementar na escolha de temas para a educação no pré-natal, além disso, foram evidenciados problemas organizativos e estruturais que dificultam a realização das atividades, tornando-se necessárias reflexões-ações amplas que envolvam gestores e administradores do Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

This article discusses the possibilities of construction of a health education proposal for prenatal by pregnant women and health professionals from the theoretical referential of Paulo Freire. This is a qualitative study supported in the action research methodology performed in a Basic Health Unit in the city of Vitoria, Espírito Santo. Data were analyzed from the participant observation, the development of a field diary, a survey of the themes and generating words, coding and decoding, and from there, the partial evaluation and end of the

process with the proposition actions transformation of reality. The results of this study showed that health professionals and pregnant women contributed in different and complementary way in choosing topics for education in prenatal also were highlighted organizational and structural problems that make it difficult the performance of activities, making it necessary reflections and actions involving management and directors of the National Health System.

**Palavras- chave:** Educação em Saúde, Cuidado Pré-Natal, Pesquisa Qualitativa.

**Keywords:** Health Education, Prenatal Care, Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

A atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005). Entretanto, evidencia-se que apesar dos grandes avanços na saúde materno-infantil desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, e posteriormente dos programas de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, e da Rede Cegonha em 2011, a qualidade da assistência pré-natal tem sido questionada por diversos estudos (SERRUYA, 2004; SANTOS NETO, 2012; MARTINELLI, 2014).

Embora, as ações de humanização do pré-natal preconizadas pelo PHPN, e as ações participativas tenham efeito positivo para as mulheres, existe uma contradição na prática da assistência a saúde oferecida à população, com um modelo ainda atrelado a medicina preventiva (SOUZA.; ROECKER.; MARCON, 2011). Esse tipo de abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que cada tema exige restringindo-se apenas ao campo delimitado da doença e/ou da restauração do funcionamento dos órgãos. Tal condição não privilegia uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, além de não permitir o desenvolvimento da percepção de outras demandas (TRINDADE.; FERREIRA, 2008), que muitas vezes são diferentes das necessidades evidenciadas pelos profissionais de saúde.

Conforme Paim (2008) o distanciamento entre as reais necessidades das mulheres com aquilo que é oferecido pelos serviços de saúde deve-se em grande parte a ausência de diálogo entre profissionais e usuárias, motivada pela constituição do sistema formador tecnicista, e pela organização dos serviços de saúde focada na obtenção de metas, e não na verdadeira humanização, por conta da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) sem uma ruptura com a ideologia neoliberal.

O desenvolvimento da saúde materno-infantil alinhado com a ideia da humanização, para ser colocado em prática, necessita de uma recondução, a ser iniciada através da reflexão por parte dos sujeitos desse universo, pela via da educação problematizadora, em conformidade ao que foi proposto pela recente Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), (BRASIL, 2013), que propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS, muito embora desde sua criação em 2013, seu desenvolvimento não seja visualizado nas práticas assistências dentro SUS.

As necessidades evidenciadas no campo do diálogo, da reflexão e da orientação do SUS aproximam-se da fundamentação de Paulo Freire, teórico que discutiu a educação como forma de politização, conscientização e humanização do homem. Freire (1992) destacou que não é possível educar sem uma compreensão de nós mesmos enquanto seres históricos, políticos, sociais e culturais, e isto, a educação e o treinamento apenas técnico não proporcionam. Isto clarifica a situação atual da educação em saúde, pois a

organização do sistema encontra-se fundamentada na visão focalista pregada pelo modelo biomédico. Para Freire (1987) esta abordagem enfatiza a visão unicausal dos problemas e não a visão deles como dimensões de uma totalidade. Estas formas de ação, intensificando o modo focalista de existência das massas oprimidas, dificultam sua percepção crítica da realidade e as mantém ilhadas.

A abordagem dita *freireana* então oferece uma nova forma de condução do processo educativo, que parte de uma investigação inicial do universo dos sujeitos. Através dessa investigação “palavras geradoras” são identificadas, essas palavras são assim chamadas porque propiciam a formação de outras que revelam a realidade a ser explorada, desejos, frustrações, desilusões, esperanças, e frequentemente, certos momentos estéticos da linguagem popular (FREIRE, 2011). Esse é um processo de codificação de um universo inicialmente codificado. Assim cada palavra, ou conjunto delas são relacionados a temas que deverão ser apresentados de maneira simples, para que ofereçam possibilidades plurais de codificação, e à medida que esse processo se der, novos temas poderão surgir.

É importante destacar que a forma como cada tema é discutido com o grupo, nada se assemelha ao método educacional vigente, onde o educador está a frente da classe e proclama um monólogo detentor do saber, enquanto os ditos alunos recebem os conteúdos (1987), depositados em suas mentes sem qualquer reflexão acerca dos significados do conteúdo. A proposição *freireana* distancia-se desse modelo, pois propõe o “círculo de cultura”, onde educadores e alunos estão em posição de igualdade, e o ato de educar não é feito apenas pelo educador, mas por todos. Para Oliveira (2014) Os círculos de

cultura representam uma aposta onde os sujeitos estão engajados no ato de conhecer e transformar a realidade, ao permitir que questões separadas sejam ligadas como facetas de um mesmo objeto. Além disso, os “conteúdos” não são definidos de maneira verticalizada, ou seja, de forma padronizada e alheia à realidade dos educandos, mas são definidos de forma democrática com base nos problemas identificados na realidade local dos sujeitos participantes.

No que se refere a aplicação dessa proposta para a educação em saúde no pré-natal, de acordo com Sartori (2004) esse tipo de educação configura uma condição indispensável para que cada participante enfrente as situações de mudanças geradas por um certo grau de distorções e medo, uma vez que tende a “re-significar” suas vivências através do reconhecimento dos outros e de si. Por isso, de acordo com Rios e Vieira (2007) ações educativas no pré-natal devem, preferencialmente, ser realizadas através de metodologias participativas, garantindo assim, que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde.

A proposição *freireana* é mais do que um simples método engessado de como fazer a educação, é uma proposta mais ampla que busca o reconhecimento dos homens e mulheres como sujeitos, por isso, a opção por trabalhar ações educativas fundamentadas em Paulo Freire exige não uma mera cópia, mas uma reinvenção, que se alinha à pesquisa-ação, pois de acordo com Morin (2004) esse tipo de abordagem possibilita revisar questões, decisões de curto e médio prazo e de rever sua visão global ou holística, pois como se trata de uma abordagem ligada à condição humana, é necessário espaço para dinamismo no processo.



“A escolha por este tema de pesquisa também se solidificou por meio dos conceitos propostos por Freire (1987): superação das “situações limite”, e o inédito viável”. As situações-limite, obstáculos à transformação da realidade, quando percebidas pelos homens revelam-se como dimensões desafiadoras, que se constituem como a margem real onde começam todas as possibilidades. No momento em que homens e mulheres as percebem não mais como uma fronteira entre o ser e o nada, mas como o ser e o ser mais, se fazem cada vez mais críticos na sua ação, ligada a uma percepção em que está implícito o inédito-viável cuja concretização se dará por meio da ação libertadora que leva a mudança por meio da ação consciente.

Este estudo objetivou utilizar a proposta de Paulo Freire para discutir as possibilidades sobre a construção de um projeto de educação em saúde para o pré-natal com gestantes, e profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Vitória, Espírito Santo.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Este estudo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Ações de educação em saúde para o pré-natal” de caráter qualitativo apoiado na metodologia da pesquisa-ação com ênfase nos referenciais de Freire (1987) e Barbier (2007).

É importante destacar que segundo a proposição de Barbier (2007) o rumo da metodologia pode mudar em função das informações recebidas e dos acontecimentos imprevisíveis, tendo em vista que a pesquisa-ação é uma opção metodológica que visa a ruptura de ciclos de repetição em que vivem os

sujeitos por meio da compreensão da realidade. Em relação a proposta de Freire (1987) esta baseia-se na eliminação do método centrado na autoridade do educador que detém o saber, e propõe uma educação conscientizadora que parte da percepção do educando. Sendo assim, as ações educativas realizadas permitem a reflexão, o conhecimento, e a transformação da realidade, mediante a interação do indivíduo em sua integralidade e o contexto vivenciado, além de desenvolver habilidades que favoreçam o conhecimento do corpo e os agravos à saúde em seu sentido mais amplo, dentro de concepções pedagógicas que contemplem a liberdade e a cidadania.

## O LOCAL

O local escolhido foi a cidade de Vitória, capital do Espírito Santo (ES). A partir do Índice de Qualidade Urbana (IQU) composto por quatro dimensões: educacional, habitacional, renda e ambiental (Quanto maior o IQU, melhor é a qualidade urbana), foram identificados os bairros menos desenvolvidos do município, e dentre estes adotou-se como critérios de seleção do bairro onde a pesquisa seria realizada: inserção prévia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e grupo de gestantes constituído na Unidade de Saúde. A partir desse critério a Unidade de Básica de Saúde (UBS) de Andorinhas foi eleita. Essa opção sustenta-se no referencial *freireano* por tratar-se de uma população que vive uma realidade oprimida por suas condições sociais (FREIRE, 1987), e no conceito de intencionalidade proposto por Thiollent (2009) em que os indivíduos são escolhidos em função da relevância que apresentam para o estudo.

## INSERÇÃO NO LOCAL DE ESTUDO

Para a execução prática do projeto foram necessárias a obtenção de autorização da Prefeitura Municipal de Vitória-ES por meio de avaliação da Escola Técnica e Formação Profissional (ETSUS), e também da aprovação prévia do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFES (CEP-UFES) sob o número 537.448- 21/02/2014, atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

Posteriormente, procedemos à Unidade escolhida e fomos recepcionados pela diretora da Unidade, e pela enfermeira responsável pela execução do grupo de gestantes, nessa oportunidade foram esclarecidos os objetivos da pesquisa. Para a escolha dos participantes do estudo foram definidos alguns critérios de seleção: Gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde; Profissionais da saúde que tenham contato com as gestantes durante o período pré-natal e; Ter aceitado participar da pesquisa, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Essa etapa do estudo é de fundamental importância para a obtenção de resultados positivos, pois de acordo com Barbier (2007) é através dessa contratualização e conhecimento das intenções da pesquisa-ação que as contribuições de cada participante podem ser definidas.

Após o recebimento positivo da pesquisa pela UBS definiu-se que o momento inicial de abordagem dos atores aconteceria nas reuniões das equipes um e dois, para abordagem do maior número de profissionais de saúde envolvidos no pré-natal, enquanto as gestantes foram localizadas no arquivo da unidade e contatadas por telefone sobre a ocorrência da pesquisa

sendo agendado um encontro com aquelas que se interessaram em participar para explicação clara dos procedimentos do estudo. Após apresentação da pesquisa foram agendados encontros com a equipe de saúde um, com a equipe de saúde dois e com as gestantes, a fim de levantar quais temas seriam mais relevantes para serem trabalhados a partir da ótica dessa comunidade.

## ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa transcorreu no período de abril a dezembro de 2014 e contou com cinco etapas: 1. Inserção no local de estudo; 2. Levantamento temático (palavras e temas geradores) 3. Elaboração de proposta para a educação em saúde. 4. Oficinas de cultura (rodas de discussão e reflexão acerca dos temas levantados); 5. Problematização e busca de soluções para os problemas levantados ao longo do estudo. É importante destacar que essa divisão por etapas visa apenas tornar a apresentação da pesquisa mais didática, entretanto, na prática essas fases não são tão bem delineadas, pois de acordo com a concepção teórica da pesquisa-ação há uma verdadeira reflexão-ação-reflexão, pelo fato dos participantes adquirirem uma consciência crítica ao longo do processo, que muitas vezes torna necessário retornar à questões iniciais, ou surgem novas indagações que levam a emancipação e ao empoderamento. Nesse artigo apresentaremos os resultados das etapas um dois e três e suas respectivas contribuições para o campo da educação em saúde no pré-natal.

## LEVANTAMENTO DE PALAVRAS E TEMAS GERADORES

Na primeira etapa proposta por Paulo Freire, foi realizado o levantamento das “palavras e temas geradores”, a realidade dos participantes da pesquisa por meio da realização de três encontros (dois com profissionais de saúde da Unidade, e um com as gestantes). Essa opção por dialogar com os atores em momentos distintos foi tomada a fim de evitar que algum participante no momento inicial se sentisse constrangido e também a fim de explicar de maneira mais aprofundada a lógica da pesquisa-ação e do pensamento dialógico proposto por Paulo Freire.

O primeiro encontro foi realizado na reunião de equipe semanal que ocorre na Unidade de Saúde de Andorinhas juntamente com a equipe de saúde da família um e contou com 12 participantes no total (dois enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social, três cirurgiões-dentistas, uma auxiliar de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, dois alunos de Iniciação científica que também atuaram como auxiliares de pesquisa) com duração de uma hora e meia aproximadamente. O segundo encontro foi realizado quinze dias após a realização do primeiro com a equipe de saúde da família dois também na reunião de equipe semanal, houve a participação de seis pessoas no total: dois médicos, dois dentistas, duas alunas de graduação (fonoaudiologia e odontologia) que atuaram também como auxiliares durante o encontro que durou aproximadamente uma hora.

Nos dois encontros com profissionais, foi proposta uma conversa fundamentada em três eixos principais: Histórico e metodologia das atividades de educação em saúde no pré-natal realizadas na Unidade; Formação

específica para atuar com educação em saúde; Principais desafios e ideias para a educação em saúde. Assim foi possível que cada participante refletisse sobre a situação vivenciada e buscasse respostas para os desafios encontrados na prática.

O terceiro grupo focal foi realizado na sequência com a participação de gestantes adstritas na UBS em acompanhamento pré-natal. A seleção prévia das mulheres foi realizada com base na Rede Bem-Estar pertencente a prefeitura de Vitória-ES (informatização dos prontuários, agendamento de consultas e etc), por meio do sistema, foram identificadas 24 gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade. Ao todo seis gestantes possuíam o contato telefônico de acordo com o cadastro e aceitaram participar da pesquisa, no dia do encontro houve a participação efetiva de quatro gestantes moradoras da Região de Andorinhas, em acompanhamento pré-natal na UBS de realização do estudo, com idades entre 18 e 24 anos, casadas, com mais de oito anos de escolaridade, além disso, também participou desse encontro a enfermeira que acompanhava o pré-natal das gestantes participantes, uma aluna do curso de enfermagem, uma aluna de graduação da fonoaudiologia, e dois cirurgiões-dentistas.

Nesse encontro, após os esclarecimentos iniciais foi anexado um cartaz na parede com a questão “o que a gestante deseja?”, e foram oferecidos jornais, revistas, tesoura, cola, e canetas coloridas para que com esse material cada participante inclusive a equipe de pesquisa, recortasse uma figura que representasse aquilo que na concepção de cada um é um desejo da gestante para o pré-natal. Foi estabelecido o tempo de 30 minutos para executar a atividade, e após isso cada um deveria explicar para o grupo o motivo pelo qual

escolheu a figura que anexou ao cartaz, sendo que os outros poderiam complementar as ideias caso desejassem. Esse momento de troca de ideias e percepções entre os participantes possibilitou um reconhecimento sobre temas a serem trabalhados no processo de educação em saúde no pré-natal. Ao final, os temas eleitos para os próximos encontros foram colocados à disposição para que os participantes decidissem em qual ordem gostariam de trabalhar cada assunto e o grupo optou definir o assunto central do encontro subsequente ao final de cada reunião. Essa decisão do grupo aproxima-se do cerne da pesquisa-ação, pois seu planejamento não deve ser rígido, e necessita de flexibilidade para se adaptar as diversas situações impostas pela vida (BARBIER, 2007).

## ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se o referencial proposto por Freire (1987) e Barbier (2007), a partir da observação participante, da elaboração de diário de um diário de campo, do levantamento dos temas e palavras geradoras, a codificação e a decodificação, e a partir daí, a avaliação parcial e final do processo com a proposição de ações de transformação da realidade. Todos os encontros foram gravados e transcritos, além disso, utilizou-se o software de análise de dados qualitativos MAXqda 11.0 como auxílio na busca das palavras e temas, códigos, decodificação e desvelamento presentes nas transcrições, pois de acordo com Gibbs (2009) as pesquisas qualitativas necessitam de um gerenciamento cuidadoso devido às grandes quantidades de texto, códigos e memorandos e assim por diante, trabalho que torna-se ideal

para o computador. Assim, os programas de análise de dados qualitativos como o que foi utilizado nesta pesquisa proporcionam uma forma poderosa e estruturada de administrar todos esses aspectos da análise.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

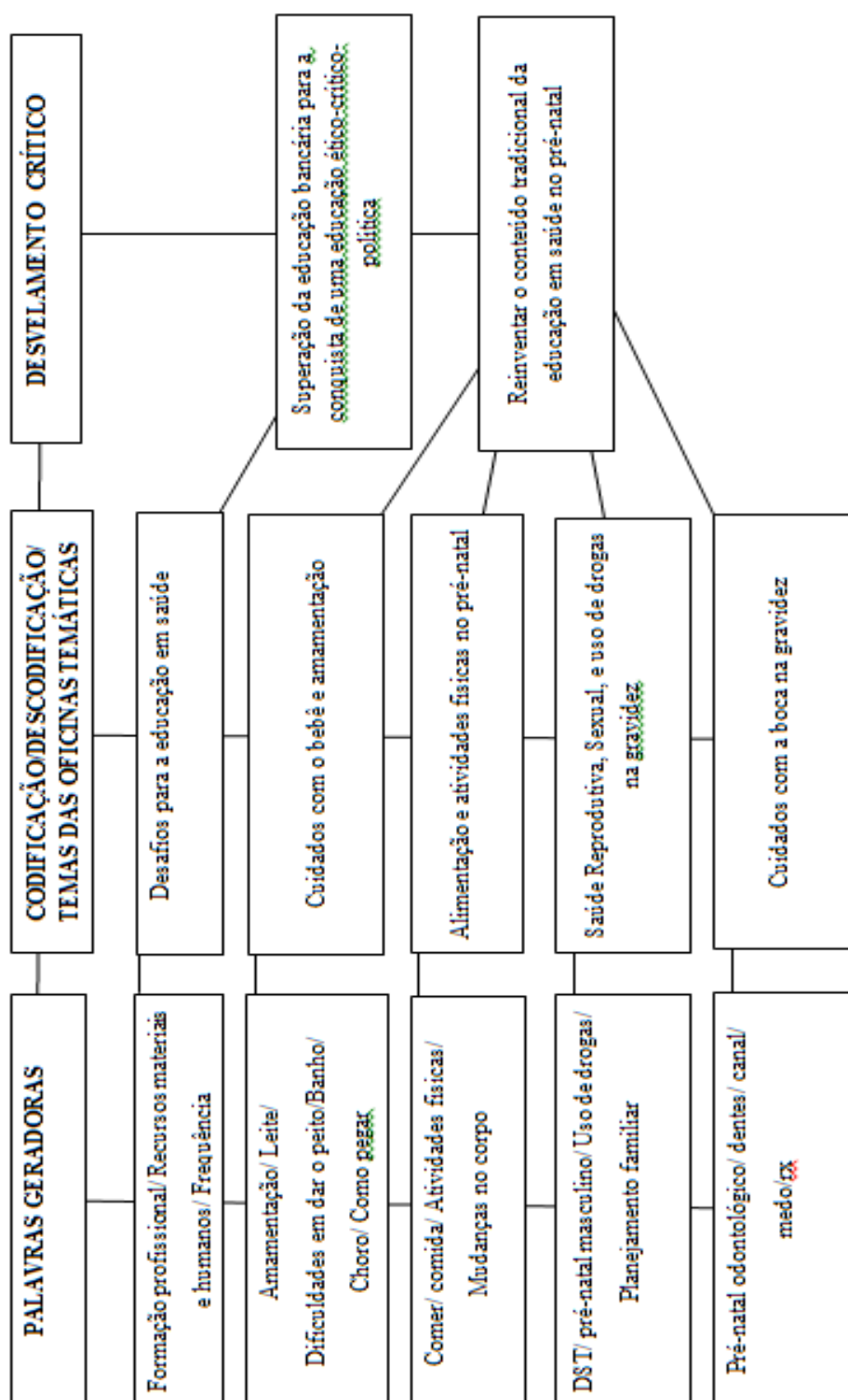
No levantamento de palavras e temas geradores foram identificadas 22 palavras geradoras, essas palavras foram agrupadas em cinco temas gerais e resultaram na elaboração de cinco oficinas temáticas onde foram realizadas dinâmicas para estimular a reflexão acerca dos assuntos propostos afim de que os temas codificados fossem decodificados, ou seja, que os participantes passassem a refletir criticamente acerca do objeto de análise através das discussões.

A figura 1 apresenta a elaboração das etapas iniciais da pesquisa. Ao longo do estudo buscou-se o desenvolvimento da consciência crítica de cada participante para uma compreensão mais aprofundada acerca da educação em saúde no pré-natal, assim discutiremos a seguir os resultados que obtivemos nos três encontros iniciais com os profissionais de saúde, e as gestantes, fundamentados na problematização crítica produzida: 1. Superação da educação bancária para a conquista de uma educação ético-crítico-política; 2. Reinventar o conteúdo tradicional da educação em saúde no pré-natal. Na visão de Freire (2014), essa aproximação com a comunidade, com os verdadeiros atores do processo educativo local é de fundamental importância para que saibamos com quem podemos contar com quem nos parecemos, e contra quem ou o que teremos de estar, para assim podermos dialogar acerca da mudança difícil, necessária, e não impossível.

É importante também destacar que cada palavra, cada tema, cada problematização apresenta-se na figura interligada, dentro de um círculo aberto, para que de acordo com Freire (1987), ao oferecerem possibilidades

plurais de análises, no processo de sua descodificação, as codificações sejam uma espécie de “leque temático”, onde o sujeito desconstrói o objeto de análise para reconstruí-lo com um novo olhar. Dentro dessa concepção também se encontram os fundamentos da pesquisa-ação, que é pautada na ideia da reflexão-ação-reflexão (BARBIER, 2007).

Figura 1. Itinerário da pesquisa-ação para a educação em saúde no pré-natal fundamentada no referencial de Paulo Freire.



## SUPERAÇÃO DA EDUCAÇÃO BANCÁRIA – A LUTA POR UMA EDUCAÇÃO ÉTICO-CRÍTICO-POLÍTICA

Nos primeiros encontros com os profissionais as primeiras palavras geradoras (Educação em saúde/ formação profissional/ Recursos materiais e humanos) emergiram nos discursos dos participantes quando estes foram indagados acerca do histórico de práticas educativas vivenciadas no contexto da comunidade, e acerca dos desafios encontrados para a realização das atividades em relação a formação profissional, e as condições materiais e humanas oferecidas para este trabalho.

Quando nos aproximamos da história das atividades educativas já realizadas na UBS é possível em conjunto compreendermos qual é a visão predominantemente adotada na condução do processo educativo como analisamos nas falas a seguir:

*“O último grupo de gestante que eu participei eram encontros semanais, e em cada encontro tinham um profissional para tá falando” (Profissional de saúde 1)*

*“Mas era um grupo assim que se convidassem doze, às vezes apareciam seis, às vezes a primeira até dá bastante gente, ai depois vai reduzindo, reduzindo. Isso me deixa assim, sem estímulo como profissional” (Profissional de saúde 2-assistente social)*

Dentro do contexto vivenciado pelos profissionais de saúde é possível entender que a condução da educação em saúde sempre foi fundamentada no

discurso ou “palestra” que cada profissional deveria realizar, enquanto as gestantes, ou “alunas”, apenas ouviam e se tornavam desinteressadas em participar de uma atividade, que na visão dos próprios profissionais não é interessante, pois a população em geral quer o atendimento médico:

*“Eu acho que isso são paradigmas, porque a valorização da população é o que...é médico na hora, é remedinho na hora, o que fugir disso não é aceito”*  
(Profissional de saúde 2- Assistente social)

*“E às vezes vem numa palestra, tem que ouvir, tem que aprender a mudar os seus hábitos, e isso exige esforço e, não é bem assim que acontece”*  
(Profissional 3- Enfermeira)

De acordo com Freire (1987) esta educação fundamentada no que o profissional fala é dita “educação bancária”, nela o educador deposita conhecimentos nos educandos, ou seja, o educador fala, e os educandos são ouvintes, que devem se adaptar às prescrições impostas. Para Alves e Aerts (2011) mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Por isso, é de fundamental importância que a filosofia dialógica seja apresentada, e discutida junto aos profissionais de saúde que em sua maioria vivenciaram uma educação verticalizada, e apenas reproduzem aquilo que aprenderam em sua formação como é possível

evidenciar nas reflexões feitas pelo grupo ao discutirmos sobre o tipo de formação que tiveram:

*“Na minha época tinha muito pouco essa abordagem” (Profissional 4- Cirurgião-dentista)*

*“Dentro da saúde da família, que é onde poderia estar fazendo educação em saúde, eu tive sim na graduação, e era opcional, a gente não fazia nem prova” (Profissional 5- Médica)*

*“Tanto na formação, quanto na residência, buscava-se já desde o princípio, o foco que era o seu aprendizado voltado pra aquela área que você ia atuar, não tinha discussão, conversa, uma troca de saberes” (profissional 6- Médico)*

No estudo realizado por Oliveira e Wendhausen (2014) acerca dos conhecimentos sobre a prática da educação em saúde pelos trabalhadores do SUS relataram que a formação acadêmica que receberam é insuficiente para trabalhar com a comunidade. Para os autores, essa é uma realidade enfrentada por muitos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), realidade que, sem dúvida, é um obstáculo a ser superado. Acerca disso Freire (1987) nos oferece elementos para a mudança da prática educativa vigente, na qual o profissional de saúde que se propõe a ser também um educador ganhe autenticidade através do pensar do educando, mediatizados pela realidade e pela intercomunicação, ou seja através do diálogo e não da simples prescrição.

O descompasso na educação em saúde, que resulta no despreparo dos trabalhadores nem sempre vem do aporte teórico recebido, mas está aliado ao desestímulo em adotar a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde na prática profissional, advindo da falta de recursos humanos, materiais, e grande quantidade de atribuições impostas aos profissionais na atual realidade da ESF:

*“O tempo que o enfermeiro tá digitando lá número de cartão SUS ele poderia tá, dando palestra nas escolas” (Profissional 2- Enfermeiro)*

*“Tivemos uma formação pra desenvolver nosso trabalho, mas somos impedidos, pois não nos é oferecido recursos humanos e materiais” (Profissional 7- Agente Comunitário de Saúde)*

*“O recurso material faz muita diferença pra gente e nós não temos nem pra comprar um balão pra encher e enfeitar a unidade” (Profissional 1- Agente Comunitário de Saúde)*

Freire (1992) nos faz pensar sobre a situação política do sistema de saúde brasileiro como um verdadeiro interesse que parte do sistema dominante em relação às classes dominadas, ou seja, a população que mais precisa de cuidados, pois quanto menos as classes dominadas sonharem, quanto menos exercitarem a aprendizagem política, quanto mais se tornarem abertas aos discursos "pragmáticos", tanto melhor dominarão as classes dominantes. Assim é fundamental que juntos no processo educativo reflitamos sobre as condições

que tem sido oferecidas para trabalhadores e usuários do SUS, e perguntarmos, por que num sistema pautado pela universalidade, integralidade, e equidade, temos que nos acostumar com o discurso do “SUS para o pobre”, e do “não tem jeito”.

A falta de estrutura física e humana também foi visualizada por Oliveira e Wendhausen (2014) que destacam que apesar dessa situação ser verdadeira, ela pode ser trabalhada dentro do contexto da realidade que prioriza as atividades educativas e as discute com os profissionais e a população. Ou seja, dentro do pensamento *freireano* identificamos uma situação de dificuldade para os atores do processo educativo dita “situação-limite” que se for transcendida leva ao chamado “inédito viável” que ao ser alcançado torna-se uma ação real pautada no processo crítico-reflexivo que leva a mudança (FREIRE, 1987).

Ademais Freire (1992) considera que a verdadeira função do educador é encontrar possibilidades, em concordância Barbier (2007) levanta a importância da pesquisa-ação submeter seus resultados à avaliação de todos os participantes que em coletividade determinam as possibilidades da melhoria. Dessa forma, decidimos em conjunto discutir ao longo dos encontros de que maneira os problemas encontrados para a realização das atividades de educação em saúde poderiam ser contornados. E ao discutirmos como poderíamos avançar no processo educativo através da proposição de ideias foi possível levantar possibilidades de tornar real a prática da educação em saúde através do planejamento interdisciplinar:

*“Acho que os profissionais devem se reunir, reservar um horário pra planejar esses assuntos” (Profissional 8- Auxiliar de Enfermagem)*



*“Planejar junto, né, assim, todos os profissionais tem uma riqueza muito grande de conhecimento” (Profissional 9- Enfermeiro)*

*“A gente percebe que quando uma atividade é planejada com antecedência nós temos mais êxito” (Profissional 8- Enfermeira)*

Essa postura profissional demonstrou uma ideia horizontal nas relações entre profissionais do serviço público de saúde, que embora não seja ainda solidificada em todos os serviços, como apontado por Peduzzi (2000) na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações, o que dificulta a elaboração de um projeto pautado na integralidade. Diante disso, Matos e Pires (2009) propõem a adoção de uma postura interdisciplinar para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados no trabalho. Em consonância com essa fundamentação a PNEPS (2013) destaca que o compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. Dessa forma entendemos que a educação em saúde como objeto de trabalho do SUS, deve ser repensada a partir de um planejamento que incorpore todos os profissionais, de

modo que não haja apenas transmissão de conhecimentos de uns para os outros, mas que a equipe possa construir em conjunto um projeto rico e dinâmico, e por consequência, de imenso valor para a comunidade de educandos/educadores (usuários e profissionais) na visão *freireana*.

Os diversos problemas levantados pelos profissionais de saúde da comunidade estudada justificam boa parte das dificuldades em colocar em prática um projeto de educação em saúde para o pré-natal, entretanto, estes mesmos conseguem fazer uma análise crítica da realidade, que embora ainda não permita uma mudança estrutural não engessa a consciência de cada participante. Por isso é fundamental difundir a proposta dialógica para a educação em saúde, a fim de que os ideais de conscientização, de ética, e de política sejam alcançados de maneira democrática pelo maior número de cidadãos.

## REINVENTAR O CONTEÚDO TRADICIONAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

*“A experiência não pode ser exportada, ela só pode ser reinventada”*, isso é o que Freire (2014, p. 27) nos diz em relação ao quê, e como ensinar, no sentido de reinvenção e não de uma cópia de um método pronto. É preciso que as pessoas estejam completamente envolvidas pela cultura e pelo espaço onde atuam para que democraticamente o caminho da educação seja trilhado.

Após conhecer a realidade e os dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde participantes da pesquisa-ação, as gestantes da comunidade que aceitaram participar da pesquisa contribuíram com a elaboração da proposta educativa, pois nortearam e mostraram percepções não imaginadas nem

mesmo pelos trabalhadores locais. Dialogar os atores do processo educativo no pré-natal foi fundamental, pois dentro da concepção *freireana* (2014), temos que estar abertos à realidade local, com suas especificidades, afim de que o chamado “conteúdo do programa” seja definido de forma democrática.

Quando perguntamos ao grupo de gestantes o que elas pensavam que deveria ser trabalhado em um grupo de educação em saúde para o pré-natal, a primeira reflexão elaborada foi acerca da falta de participação e colaboração do homem durante o período pré-natal e sobre a necessidade de que a consciência masculina se torne reflexiva. Nas discussões acerca desse tema as gestantes demonstraram querer a participação do pai, devido a pouca compreensão que muitos tinham acerca dos acontecimentos que envolvem o período gestacional, além disso, o fato da gestação de risco ou em estado de algumas gestantes geravam a necessidade de maiores cuidados, e sensibilidade por parte dos familiares que conviviam com elas:

*“Acho que precisa de uma reunião com os pais, pra abrir a mente deles, porque tem cara que não se comporta como pai” (Gestante 1)*

*“Podia ter uma reunião pra eles, só pra eles ter o entendimento do que que é uma gestação com a mulher” (Gestante 2)*

A reflexão feita pelo grupo acerca da importância da participação do homem no processo educativo conscientizador também foi apontada pelos profissionais de saúde como uma forma de aumentar o vínculo entre serviço de saúde e a população:

*“Quando a gente consegue identificar o casal, e oferecer o pré-natal associado, você consegue trazer um suporte melhor, você consegue fazer com*

*que o apoio do parceiro se torne um ponto de facilitação” (Profissional 5-Médico)*

*“Esse parceiro também teria que se ter um grupo pra ele, porque ele às vezes eles se interessam mais” (Profissional 7- Agente Comunitário de Saúde)*

A reflexão feita por gestantes e profissionais de saúde, levanta à importância de se discutir as relações de gênero no tocante às funções de pais e mães em relação aos filhos. Esse tema tem sido enfatizado atualmente por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) que discute uma atenção pré-natal centrada nas famílias e dirigida para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal (BRASIL, 2007). Entretanto, Oliveira et al. (2009) relata em seu estudo que a inserção do homem no pré-natal através do convite não é uma prática cotidiana dentro dos serviços de saúde, fato evidenciado como necessidade fundamental pelos participantes dessa pesquisa. E é nesse ponto que a concepção *freireana* oferece o diferencial, ao possibilitar a problematização para a mudança, pois de acordo com Freire (1987) essa problematização é importante para a transformação permanente da realidade, e para a permanente humanização de homens.

O Segundo tema eleito para discussão pelo grupo foi a alimentação e as atividades físicas no período gestacional, e a forma de lidar com tal tema foi criticada pelas participantes em suas falas:

*“Uma enfermeira daqui que eu não vou citar o nome, ela falou bem assim pra mim “olha, você tem que comer tudo light...porque você não pode engordar, eu achei errado mesmo”*

*“Às vezes não temos condições de ter a alimentação mesmo, as vezes por causa do tempo, as vezes porque é muito caro ter uma alimentação saudável também”*

*“Fui perguntar a minha médica o que eu deveria comer, ai ela falou assim que eu deveria comer só comida integral, ai eu falei assim: lógico que não! Eu vou comer e vou comer o dobro ainda, se eu engordar meu filho, eu não me importo”*

Os questionamentos levantados pelas gestantes evidenciaram fortemente a insatisfação diante das normatizações do modo de vida impostos pela cientificidade, e a efervescência desses momentos de questionamento frente a situação que se coloca como dúvida, foi discutida com as mulheres a fim de que elas expressassem suas opiniões e formulassem propostas para a interação de suas vidas cotidianas com a realidade atual da saúde.

Na visão de Freire (2014) elas começam a questionar a realidade imposta, ou seja, o saber médico científico imposto, e a reconhecerem-se como sujeitos, para “sonhar” ter um diálogo problematizador acerca de sua saúde com os ditos “doutores”. Nessa perspectiva, em vez de ditar normas, é preciso que os profissionais de saúde problematizem os temas, de modo a valorizar a autonomia, cultura e realidade de cada indivíduo, seja gestante ou não. Ainda de acordo com Freire (2014) a atividade de questionar é sempre fascinante, e as questões sempre levam a outras questões, e é através de temas que aparentemente são universais para qualquer grupo de educação em saúde para gestantes, torna-se possível avançar e contribuir para que as gestantes

não se adaptem a fórmulas definidas, mas que assumam a responsabilidade de “Ser” no mundo.

Em relação ao tema amamentação todas as gestantes participantes relataram dificuldades, e ter necessidade de aprender através de cursos e debates sobre como amamentar, além disso, criticaram o fato de não receber tal conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no pré-natal.

*“Uma vez eu fui pedir uma ajuda, no entanto a mulher não me ajudou, ai eu ficava desesperada porque eu não sabia dar ele, daí graças a Deus apareceu uma médica boa que me ensinou a como dá, mas só foi aquele dia lá, eu dei poucas vezes porque eu não conseguia dar, não sabia como dar”(gestante 4)*

*“Eu fui ficando muito nervosa peguei a bombinha, fui dando da chuquinha uns bons dias...mas daí meu peito foi crescendo muito foi empedrando, eu fui parar lá na clínica pra tirar o leite na maternidade...ai daí não consegui dar” (gestante 3)*

No momento em que a discussão acerca da amamentação se estabeleceu as gestantes fizeram emergir grande quantidade de dúvidas que tinham acerca do ato de amamentar, em contraposição a ideia de alguns profissionais que acreditavam que não houvessem mais indagações acerca desse tema, devido ao fato de ser sempre citado no meio acadêmico-profissional da saúde. Desse modo, o encontro inicial para o levantamento de temas a serem discutidos se tornou uma oportunidade para o surgimento de laços entre profissionais de saúde, e gestantes, pois possibilitou ampla discussão e consenso entre estes atores.

O ato de amamentar aparentava ser simples e um instinto nato, começou a ser compreendido como um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e do filho (BASTOS et al., 2004). Além disso, a simples transmissão de conteúdos sobre como amamentar, não supriu as necessidades das mulheres. De acordo com Freire (2014), qualquer assunto que vá ser ensinado necessita examinar a existência humana em seus conhecimentos, suas estruturas, inter-relações, minúcias, nuances e idiossincrasias, decifrar significações, simbolismos, representações e práticas, afim de que o tema central, a leitura do mundo e a maneira de conhecer o mundo permita a tomada de consciência que leva a transformação. Dessa forma, é fundamental para o sucesso do ensino dos assuntos que emergem no pré-natal que os profissionais de saúde considerem o universo local, a realidade vivenciada por cada gestante participantes do processo educativo.

Além dos temas já destacados, as gestantes também trouxeram à luz discussões acerca dos cuidados bucais da gestante e do bebê, e acerca dos cuidados com o bebê após o parto. A saúde bucal também foi enfatizada pelos profissionais da saúde, como sendo de fundamental importância para a mulher no período pré-natal, mas ainda pouco trabalhada no âmbito do SUS, além de permanecerem grandes mitos em relação à esse tema como é possível identificar nas falas dos atores:

*“Ele ia ter que usar muita anestesia, e eu fiquei assim, pode prejudicar meu filho, porque se eles já falaram assim, se você não escovar os dentes direito, vai passar para o seu filho, imagine anestesia “*

*“Então, faz parte do pré-natal, é obrigatório, só que algumas preferem ir na consulta só do médico e não ir na odontologia”*

*“Existem barreias a serem vencidas assim como ela falou, a resistência a fazer o pré-natal odontológico, fazer um tratamento odontológico, preconceitos, no caso aí pela cultura”*

A discussão acerca das dúvidas e dificuldades sobre os cuidados odontológicos da gestante e do bebê possibilitou o reconhecimento da insatisfação por partes das gestantes com o atendimento prestado, que muitas vezes não permitia o diálogo acerca das dúvidas. Além disso, a discussão entre os atores demonstrou que os profissionais da Unidade tinham amplo conhecimento acerca do cuidado com a gestante, mas devido à organização do trabalho preconizada pelo SUS, era difícil oferecer um atendimento mais humanizado. Todavia, o momento de discussão criado por meio do estudo possibilitou que os profissionais discutissem a possibilidade de uma reorganização de seu processo de trabalho para um atendimento mais completo às necessidades das gestantes da comunidade.

Para reinventar a educação em saúde, de acordo com Vasconcelos (2005) é preciso compreender que um “programa” de educação não se faz ‘para’ o povo, mas se faz ‘com’ o povo: toma como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência, e procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos e das camadas exploradas e oprimidas para ajudá-los em sua luta. Essa construção nos aproxima da visão *freireana*, pois rompe a hegemonia do saber do educador ao criar uma condição horizontal entre educadores e educandos, que passam a educarem-se num processo criador e humanizador,



como é possível atestar nas falas avaliativas das gestantes acerca da execução dessa pesquisa:

*“Eu gostei porque a gente participou, não foi só aquele negócio de Datashow que a gente só escuta ninguém fala nada não dá opinião de nada, aqui a gente interagiu com todo mundo, falamos um pouquinho de cada coisa que a gente pensa e mais pra frente eu tenho certeza que a gente vai dialogar mais porque em cada etapa vai ser um tema diferente (Gestante 1)”*

*“Eu gostei porque eu não fazia ideia nenhuma das coisas do pré-natal mesmo, deu pra abrir a minha mente porque teve uma conversa (Gestante 4)”*

É preciso destacar algumas limitações desse estudo uma vez que embora a proposta educativa seja efetiva, deve-se ter o interesse da administração dos serviços de saúde em oferecer as condições necessárias para a educação em saúde problematizadora. Além disso, para que seja possível aumentar as possibilidades de construção de um projeto de educação em saúde democrático, a gestão do SUS deve também ser envolvida no processo de pesquisa-ação, pois de acordo com Freire (1979) somente avançando em direção a um horizonte utópico, mas possível é que a realidade deixa de apresentar-se como um beco sem saída e toma o seu verdadeiro aspecto: um desafio a que os homens devem responder.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da execução dessa pesquisa foi possível perceber que a construção de uma proposta de educação em saúde para o pré-natal pautada na proposta da pesquisa-ação e em Paulo Freire permitiu que as sugestões dos profissionais de saúde e das gestantes se complementassem, tendo em vista que cada sujeito apresentou suas dificuldades e refletiu e dialogou na busca por um consenso.

Para a ampliação e execução dessa proposta em outras comunidades e UBS dentro do SUS diante das dificuldades reveladas por este estudo deve-se ter o apoio programático e compromisso das UBS e do SUS para uma educação em saúde transformadora nos moldes de Paulo Freire. Além do que se torna fundamental que novos estudos sejam realizados com os gestores e administradores do SUS, para que se compreendam outras faces do problema, a fim de que sejam encontradas soluções que beneficiem todos os cidadãos brasileiros.

## **CONFLITOS DE INTERESSES**

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

## **ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO**

Os autores EMMERICH A.O e FAGUNDES D.Q atuaram igualmente na elaboração de todas as etapas do artigo

## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

BARBIER, René. *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)  
≥. Acesso em: 21 jan. 2015.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Jun. 2008.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire / Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

\_\_\_\_\_ *Educação em mudança*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_ *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

\_\_\_\_\_ *Pedagogia da Solidariedade*. 1. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_ *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIBBS, Graham. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KONISHI, Flávia; LIMA Fábio Abreu. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. *Rev Bras Odontol* , v. 59, n.5, p. 294-295, set.- out. 2002.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al . Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, fev. 2014.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 18, n. 2, Jun. 2009.

MORIN, André. *Pesquisa-Ação Integral e Sistêmica: Uma Antropopedagogia Renovada*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

OLIVEIRA, Lucia Conde de et al.. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1389-1400, dez. 2014.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Abr. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 6, Fev. 2000.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al . Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012.

SARTORI, Grazielle Strada; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Rev. eletrônica enferm.*, Goiânia, v.6, n. 2, p.153-165, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004.

SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sônia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletrônica Enferm*, v. 13, n. 2, p. 199-210, Jun. 2011.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 17, n. 3, Set. 2008 .

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. Disponível em: <[www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br)>. Acesso em: 2 jan. 2005

### 6.3 ARTIGO 3

#### **AÇÃO EDUCATIVA E A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DO PRÉ-NATAL: UMA PESQUISA-AÇÃO**

**Situação:** a ser submetido à Revista Interface Comunicação e Saúde

## RESUMO

Este estudo discute a democracia e a educação em saúde por meio da conscientização. Trata-se de um estudo qualitativo apoiado na metodologia da pesquisa-ação e no referencial teórico de Paulo Freire, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vitória, Espírito Santo. Foram realizadas oficinas fundamentadas em temas que foram escolhidos pelos participantes do estudo, e os dados foram analisados com o auxílio da observação participante, do diário de campo, e da avaliação parcial e final do processo pelos participantes fundamentados na ideia da inserção das gestantes, puérperas, e profissionais da saúde nos processos decisórios em saúde. Foi possível compreender, então, a necessidade do envolvimento da esfera da gestão com as necessidades locais a fim de promover soluções ampliadas para os problemas encontrados na prática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde, Cuidado Pré-Natal, Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

This study discusses democracy and health education through consciousness. This is a qualitative study supported by the action research methodology and theoretical framework of Paulo Freire, conducted in a Basic Health Unit in the city of Vitória, Espírito Santo. Workshops were performed based on themes that were chosen by the participants, and the data were analyzed with the help of participant observation, field diary, and partial and end evaluation of the process by the participants based on the idea the insertion of the pregnant women, postpartum women and health professionals in decision in health. It was possible to understand, then, the need to involve the management sphere with the local needs in order to promote expanded solutions to the problems encountered in practice.

**Keywords:** Health Education, Prenatal Care, Qualitative Research



## INTRODUÇÃO

A democratização da saúde no Brasil remete às discussões, e aos movimentos sociais que ocorreram no país desde a Reforma Sanitária, período em que as condições da assistência à saúde estavam sendo reavaliadas, devido à baixa qualidade dos serviços prestados ao longo dos anos, em contraste com a pouca melhoria na qualidade de vida da população<sup>1</sup>. Ao mesmo tempo os métodos educativos, inclusive a condução da educação em saúde também foram questionados nesse período de grande efervescência culminando na constituição do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS).

A criação do SUS se apresentou na contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal na América Latina, baseadas no conceito do ajuste estrutural defendido pelo Banco Mundial na década de 1980, que criticou os governos que defendiam a saúde como um direito<sup>2</sup>. Nesse contexto, o Estado brasileiro vem enfrentando a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, a fim de atender aos interesses corporativistas e produtivistas que configuram a economia mundial<sup>3</sup>.

Na mesma lógica assistencial segue a educação em saúde, e esta é muitas vezes direcionada apenas à mudança de comportamentos sem considerar a subjetividade dos indivíduos. Assim, de acordo com Alves e Aerts<sup>4</sup> a educação se presta à prevenção de doenças através da transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, que dentro da lógica de mercado vigente no SUS, são repassados sob a forma de palestras em grande escala.

Os métodos vigentes de educação, em que há somente a transmissão de conhecimentos desconectados da realidade, ditos por Freire<sup>5</sup> “educação

bancária”, não permitem ao receptor ter uma consciência crítico-reflexiva acerca dos conteúdos. Ou seja, não estimulam a autonomia, e emancipação em relação à vida, e a saúde. Portanto, para que a ideia da saúde como um direito seja efetivada, é importante uma reorientação das práticas institucionalizadas dentro do Sistema de Saúde.

Desse modo, explica-se em grande parte às debilidades encontradas na atenção à saúde no período pré-natal<sup>6,7,8</sup>, além do não reconhecimento da mulher como sujeito, e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos. Essa condição não permite às mulheres transcender o desafio de ser mãe, para serem cidadãs. Por isso, o desenvolvimento de um grupo de educação em saúde no pré-natal não pode estar fundamentado apenas na reprodução de conteúdos domesticadores, mas nas concepções da democracia e da cidadania, para o alcance da mudança social.

Diversos manuais para a atenção à saúde no pré-natal<sup>9,10</sup> enfatizam a importância da adoção de atividades educativas no período gestacional, além disso, destacam a importância da mulher e do recém-nascido como sujeitos de direitos, sendo a humanização, o desenvolvimento da autonomia, a corresponsabilidade, e a solidariedade requisitos para a garantia dos direitos dos usuários e da participação coletiva no SUS.

A reflexão acerca da condução da educação em saúde no pré-natal pautada por metodologias participativas, como a pesquisa-ação, ganha importância dentro da necessidade atual, pois a pesquisa-ação requer o engajamento de todos os atores no processo de reflexão-ação, e mudança dos problemas encontrados inicialmente<sup>11, 12</sup>. Dessa forma, este estudo objetivou discutir o processo de democratização da educação em saúde no pré-natal

pela via da educação e da conscientização, pautada pela pesquisa-ação, e pela *proposição freireana* como meio para a emancipação de gestantes e profissionais de saúde.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Este estudo é um recorte da pesquisa de mestrado intitulada “Ações de educação em saúde para o pré-natal” de caráter qualitativo apoiado na metodologia da pesquisa-ação com ênfase nos referenciais de Freire<sup>5</sup> e Barbier<sup>12</sup>. A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Vitória - ES e pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-UFES) sob o número 537.448- 21/02/2014, atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

É importante destacar que a proposição de Barbier<sup>12</sup> em relação à pesquisa-ação é uma opção metodológica que visa à ruptura de ciclos de repetição em que vivem os sujeitos por meio da compreensão da realidade. Além disso, a pesquisa-ação distancia-se dos métodos clássicos de pesquisa, pois ela submete seus resultados à negociação por parte de pesquisadores e participantes, que na luta por sua emancipação irão interpretar problemas, esclarecer questões e atitudes, assinalar contradições, e buscar melhorias para suas condições sociais, adquirindo então, um papel político e não meramente acadêmico.

Em conformidade ao cerne da pesquisa-ação, a proposta educativa de Freire<sup>5</sup> baseia-se na eliminação do método centrado na autoridade do

educador que detém o saber, e propõe uma educação conscientizadora que parte da percepção do educando. Essa educação é pautada pela conscientização dos participantes enquanto seres históricos, e criadores de possibilidades. Por isso, esse tipo de proposta para a educação em saúde busca não apenas desenvolver conteúdos isolados, mas ampliá-los para o reconhecimento de que o direito à saúde é apenas uma das faces da concepção do cidadão inserido na sociedade.

## O LOCAL E A INSERÇÃO DA EQUIPE ACADÊMICA NA COMUNIDADE

O local escolhido foi a cidade de Vitória, Espírito Santo (ES). A partir do Índice de Qualidade Urbana (IQU) que define os bairros menos desenvolvidos do município, e dentre estes adotou-se como critérios de seleção do bairro onde a pesquisa seria realizada: inserção prévia da UFES, e grupo de gestantes constituído na Unidade de Saúde. A partir desse critério a Unidade de Básica de Saúde (UBS) de Dr. Luís Cláudio Passos, popularmente conhecida como Andorinhas foi eleita. Essa opção sustenta-se no referencial *freireano* por tratar-se de uma população que vive uma realidade oprimida por suas condições sociais<sup>5</sup> e no conceito de intencionalidade proposto por Thiollent<sup>13</sup> em que os indivíduos são escolhidos em função da relevância que apresentam para o estudo.

Para a escolha dos participantes do estudo foram definidos alguns critérios de seleção: Gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde; Profissionais da saúde que tivessem contato com as gestantes durante o período pré-natal; Ter aceitado participar da pesquisa, e assinado o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entretanto, ao longo do estudo foi necessário reajustar tais critérios, pois algumas mulheres que iniciaram gestantes passaram pela experiência do parto ao longo do estudo e manifestaram desejo por continuar a participar da pesquisa. Essa alteração sustenta-se na metodologia da pesquisa-ação, pois está permite que o rumo da metodologia mude em função do processo de reflexão-ação-reflexão, e da visão holística implícita em sua execução<sup>11,12</sup>.

Após a pactuação entre os que aceitaram participar foram agendados três encontros iniciais (um com a equipe de saúde um; um com a equipe de saúde dois; e outro com as gestantes), a fim de levantar quais temas seriam mais relevantes para serem trabalhados a partir da ótica da comunidade.

#### ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa transcorreu no período de abril a dezembro de 2014 e contou com cinco etapas: 1. Inserção no local de estudo; 2. Levantamento temático (palavras e temas geradores) 3. Elaboração de proposta para a educação em saúde. 4. Oficinas temáticas (rodas de discussão e reflexão acerca dos temas levantados); 5. Problematização e busca de soluções para os problemas levantados ao longo do estudo.

É importante destacar que essa divisão por etapas visa apenas tornar a apresentação da pesquisa mais didática, entretanto, na prática essas fases não são tão bem delineadas, pois de acordo com a concepção teórica da pesquisa-ação há uma verdadeira espiral de revisões, pois em cada fase reflexão e ação caminham juntas<sup>12</sup>. Nesse artigo discutiremos os resultados principais das

oficinas temáticas, da problematização, e das soluções encontradas, pautados pela ideia da democratização e emancipação dos participantes.

## LEVANTAMENTO DE PALAVRAS E TEMAS GERADORES

Nos três encontros iniciais com os profissionais de saúde da UBS, e com as gestantes foram levantados “palavras e temas geradores”. Esses termos representam para Freire<sup>14</sup> expressões que representam a realidade, os sentimentos, percepções, desejos, frustrações do cotidiano dos indivíduos. E, a partir, da reflexão acerca dessas palavras, inseridos em temas mais gerais, torna-se possível estabelecer um diálogo mais amplo, crítico e social.

O primeiro encontro e o segundo encontro foram realizados na reunião de equipe semanal que ocorre na Unidade de Saúde, e contou ao todo com a participação de 15 profissionais dentre eles (dois enfermeiros, uma psicóloga, uma assistente social, três cirurgiões-dentistas, três médicos, uma auxiliar de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, e dois alunos de Iniciação científica que também atuaram como auxiliares de pesquisa) com duração de uma hora e meia aproximadamente.

Nos dois encontros foi proposta uma conversa fundamentada em três eixos principais: Histórico e metodologia das atividades de educação em saúde no pré-natal realizadas na Unidade; Formação específica para atuar com educação em saúde; Principais desafios e ideias para a educação em saúde. Assim foi possível que cada participante refletisse sobre a situação vivenciada e buscasse respostas para os desafios encontrados na prática.

O terceiro grupo focal foi realizado na sequência com a participação de gestantes adstritas na UBS em acompanhamento pré-natal. A busca inicial das mulheres foi realizada com base na listagem de mulheres em acompanhamento pré-natal na Unidade. Ao todo seis gestantes possuíam o contato telefônico de acordo com o cadastro e aceitaram participar da pesquisa, no dia do encontro houve a participação efetiva de quatro gestantes, uma enfermeira, uma aluna do curso de enfermagem, uma aluna de graduação da fonoaudiologia, e dois cirurgiões-dentistas.

Nesse encontro foram os temas eleitos temas para as oficinas, além disso, os temas eleitos pelos profissionais de saúde foram também apresentados às gestantes para que essas opinassem acerca da organização dos temas dentro da proposta educativa, assim o grupo decidiu de maneira democrática que os temas deveriam ser definidos ao final de cada oficina para dar mais dinâmica às discussões, e para que outros temas pudessem ser incluídos de acordo com as necessidades que poderiam surgir. Essa decisão alinha-se à pesquisa-ação, pois seu planejamento não deve ser rígido, e necessita de flexibilidade para se adaptar as diversas situações impostas pela vida<sup>12</sup>.

## OFICINAS TEMÁTICAS

No levantamento das palavras geradoras foram identificadas 22 palavras que foram agrupadas em cinco temas gerais e resultaram na elaboração de cinco oficinas temáticas: 1. Amamentação; 2. Cuidados com o Bebê; 3. Alimentação na gestação; 4. Saúde bucal da gestante e do bebê; 5.

Planejamento Familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e uso de álcool e outras drogas. A discussão desses temas em partes esteve fundamentada na reflexão acerca da educação em saúde no pré-natal como forma de democratização da saúde, um tema central que permeou todo o processo educativo, além disso, o desenvolvimento crítico em relação aos temas permitiu que estes funcionassem como um “leque temático” na visão de Freire<sup>15</sup> em que novos temas surgiram, e permitiram uma concepção mais integral do objeto central da ação educativa como pode ser observado na figura 1.

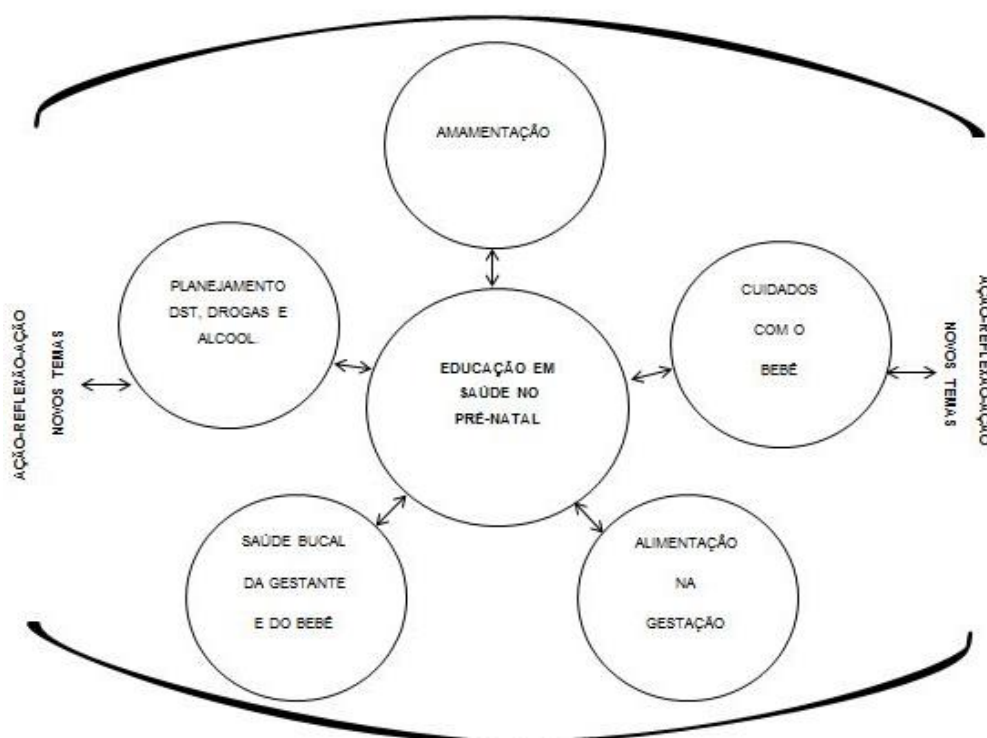


FIGURA 1. CODIFICAÇÃO E DESCODIFICAÇÃO A PARTIR DE TEMAS GERADORES EM UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL BASEADO EM FREIRE (1979). VITÓRIA, 2014.

Tal conformação fundamenta-se na teorização de Freire<sup>16</sup> em que o pensamento dialético na análise de uma situação “codificada” em direção à “descodificação” exige que se vá da parte ao todo, para voltar depois às partes. Se a descodificação for bem feita, este movimento de fluxo e refluxo que se



produz na análise de uma situação codificada conduz a uma percepção crítica que faz a realidade outrora impenetrável, agora penetrável.

A codificação representa a realidade tal como vivem os indivíduos, mas em um contexto diferente, para isso são utilizadas figuras, desenhos, filmes, histórias que projetam essa representação, a partir daí educadores e alunos refletirão juntos acerca do objeto que os mediatiza<sup>16</sup>. Nessa fase diversas visões de mundo são reveladas, podendo-se encontrar novos temas geradores. Por isso, em todos os encontros as gestantes, puérperas, profissionais de saúde, alunos de graduação, e pesquisadores acadêmicos foram estimulados a realizar dinâmicas, elaborar textos, desenhos, colagens, interpretar filmes, que representavam a realidade vivida, seguindo-se sempre a reflexão crítica acerca da situação imposta.

É fundamental destacarmos que os temas levantados pelo grupo para discussão são temas comuns a qualquer grupo de educação em saúde no pré-natal, entretanto, é fundamental ressaltar que a condução do processo educativo se deu de acordo com a proposta *freireana*<sup>14</sup> onde em cada encontro, mais do que falar sobre os temas propostos isoladamente, buscou-se desenvolver a visão dos homens e mulheres como seres temporais. Esta tomada de consciência temporal é que permite a conscientização histórica do homem em relação à sua realidade. Ademais, segundo Freire<sup>16</sup>

“a realidade é, deste modo, um desafio ao qual deve responder de maneira original. Não há modelo típico de resposta, senão tantas respostas diferentes quantos são os desafios [...] No ato mesmo de responder aos desafios [...] o homem se cria, se realiza como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação... [...] e que fazem dela um ser não somente “adaptado” à realidade e aos outros, mas “integrado”” (p. 20).

## ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se a partir da observação participante, da elaboração de diário de um diário de campo, do levantamento dos temas e palavras geradoras, a codificação e a decodificação, e a partir daí, a avaliação parcial e final do processo com a proposição de ações de transformação da realidade. Todos os encontros foram gravados e transcritos, além disso, utilizou-se o software de análise de dados qualitativos MAXqda 11.0 como auxílio na busca das palavras e temas, códigos, decodificação e desvelamento presentes nas transcrições, pois de acordo com Gibbs<sup>17</sup> as pesquisas qualitativas necessitam de um gerenciamento cuidadoso devido às grandes quantidades de texto, códigos e memorandos e assim por diante, trabalho que torna-se ideal para o computador. Assim, os programas de análise de dados qualitativos como o que foi utilizado nesta pesquisa proporcionam uma forma poderosa e estruturada de administrar todos esses aspectos da análise.

Apresentaremos a seguir de modo didático os desafios levantados em cada oficina, e posteriormente a tomada de consciência gradual que permitiu a elaboração de uma proposta de ação para resolução dos problemas encontrados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### DESAFIOS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL: OPORTUNIDADES PARA O “INÉDITO-VIÁVEL”.

Quando foram definidos pelos participantes da pesquisa quais assuntos deveriam ser inicialmente trabalhados no grupo de educação no pré-natal da UBS, ficaram claras debilidades que as consultas de pré-natal por si só não conseguem superar, como se evidencia nas falas das gestantes ao longo das oficinas temáticas:

“Eles não explicam pra você, eles só falam você tinha uma cárie, já tirei, pode ir...”. (Gestante 1- Oficina Saúde Bucal)

“Aqui no posto eles não falam tudo porque aqui é só o básico, unidade básica mesmo, então eles não tem essa preparação toda, a pessoa preparada pra cuidar de gestante, não tem esse suporte todo de sentar com todo mundo...”. (Gestante 4- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

De acordo com a concepção de Freire<sup>5,18</sup> os temas eleitos são verdadeiros representantes de “situações-limite”, ou seja, desafios que se apresentam esmagadores que não oferecem alternativas, senão adaptar-se. Desta forma, homens e mulheres não chegam a transcender e alcançar o “inédito-viável”, a esperança de transformação da realidade encontrada, pois “A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo”<sup>16</sup> (p. 22).

Ao discutir acerca das formas como as gestantes são tratadas na UBS, o conformismo com a realidade da insuficiência do pré-natal tornou-se evidente em alguns momentos:

“A médica brigou comigo porque eu tenho 5 meses e nunca levei toque. Eu falei que eu não posso fazer nada ,eu não sei, é meu primeiro filho...”. (Gestante 3- Oficina Planejamento, DST, drogas)

“Não só nessa comunidade aqui, mas em todos. Tem reunião, minoria vai, cê conta nos dedo quantas pessoa tem...”. (Gestante 6 Oficina Planejamento, DST, drogas)

“Eles acha que é uma perda de tempo ou num vai resolver nada. Vai lá, faz a reunião e depois não muda nada...”. (Gestante 2- Oficina Planejamento, DST, drogas)

Os momentos em que as gestantes falavam de como eram tratadas, demonstrava que elas sentiam-se muitas vezes como objetos, e sem a possibilidade de fazer qualquer interação com a UBS, a fim de melhorar o atendimento que recebiam e ser parte ativa da construção do Serviço de Saúde da comunidade em que vivem. Entretanto, ao mesmo tempo em que pairava a descrença acerca das possibilidades de mudanças, algumas gestantes começavam a dialogar com as que não acreditavam e discutiam entre si sobre a importância da cidadania, e de participar.

O comportamento discutido pelos participantes remete à ideia dos discursos pragmáticos, em que os indivíduos devem ser adequar aos fatos que estão se dando como se não fosse possível mudá-los<sup>18</sup>. Nesse tipo de cultura o homem não é visto como um criador de culturas, mas como uma criatura que deve ser domesticada e se adaptar a valores que são impostos<sup>19</sup>. Dessa forma equaciona-se, então, a atenção à saúde oferecida atualmente, pautada pela imposição de comportamentos, e pela crença dos usuários de que não podem fazer nada.

A conduta de alguns profissionais de maneira não humanizada contribui para um sentimento de insatisfação e de não percepção das possibilidades de mudança da realidade encontrada como foi relatado:

“tem muitos que marcam nosso horário lá 5 min antes, ai passa um tempão nois acha que nosso médico tã lá com outro paciente, tá não,tá lá conversando com outro médico e deixa a gente esperando eles...”.(Gestante 2- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“fui pra lá, perdi o dia inteiro lá, com fome ainda né que eu levantei cedo, pra chegar lá e o médico falar pra mim que não podia me atender...”. (Gestante 6 Oficina Planejamento, DST, Drogas)

A humanização supõe ultrapassar barreiras rígidas dos diferentes saberes /poderes que se ocupam da produção da saúde. A política de humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários que visam a produção de sujeitos por meio da corresponsabilidade entre os diferentes atores que constituem o SUS<sup>20</sup>. Em concordância ao projeto de Humanização do SUS, Freire<sup>16</sup> discute que a vocação de homens e mulheres é a humanização, e esta só alcançada quando se rompe com as estruturas desumanizantes, ou seja, por meio da conscientização crítica que permite aos sujeitos “ser mais” do que pacientes e assumirem a posição de sujeitos.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído no ano 2000 também foi direcionado de acordo com os preceitos da humanização, e compreende fundamentalmente a dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, por meio de atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde<sup>9</sup>. Entretanto, diversos estudos têm questionado as condições da atenção pré-natal oferecida ao longo dos últimos 15 anos desde a implantação do PHPN<sup>6,7,8</sup>. Além disso, uma das causas para a atuação desumanizante relatada, está associada com o processo de trabalho a que o SUS e por consequência a UBS do estudo encontram-se relacionados:

“A equipe de saúde bucal [...] hoje tá submetida à produção, a gestão quer números, então dá trinta minutos pra cada atendimento, às vezes quando a pessoa chega, faz uma ficha, sobra quinze minutos, não dá pra fazer muita coisa...”. (Cirurgião-dentista- Oficina Saúde Bucal)

“Eles marcam tudo agarradinho porque que vai tudo pra prefeitura...”. (Gestante 1- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“Eu cheguei lá, a consulta era uma hora, todo mundo foi marcado pra mesma hora, mais de 20 mulher. Ai teve que fazer o que? Tudo por ordem de chegada. É mandado lá praquele negocio da prefeitura lá...”. (Gestante 4- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

Bozzato e Barros<sup>21</sup> apontam que no SUS, a rotina clínica permanece centrada no tratamento efetuado mecanicamente como linha de produção. Na lógica das ações programáticas executam-se procedimentos curativos e intervencionistas, enquanto os usuários entram mudos e saem calados. Essa situação, para Freire<sup>22</sup> reforça a cultura do silêncio em que o povo se acha dominado pela ideologia da acomodação, por isso, jamais esse tipo de processo de trabalho pode servir como um instrumento de democratização e cidadania.

É fundamental, então, para a evolução da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, que tanto profissionais de saúde quanto gestantes se reconheçam não como objetos de um sistema imutável e propagador da desesperança, mas sim como protagonistas de um processo que vai além da cura de doenças, e que ajuda no processo de inserção desses sujeitos na sociedade. Portanto, a reflexão acerca dos problemas da realidade, aliada a ação torna-se necessária para a mudança no SUS.

É importante destacar que embora, dificuldades tenham sido evidenciadas, os atores construíram linhas de fuga, e buscaram o equacionamento do problema por meio da facilitação do agendamento de mais consultas, pois embora o tempo estabelecido para o atendimento continue

curto, as gestantes passam a ter mais oportunidades de ir a UBS, e dialogar que os profissionais, que também se prontificaram a atender dúvidas e necessidades eventuais das gestantes. Por sua vez, as gestantes demonstraram sentir-se satisfeitas pelo atendimento às suas reivindicações, embora nesse momento começassem a pensar a saúde no pré-natal para além do território em que vivem.

### A CONSCIENTIZAÇÃO COMO MEIO PARA A MUDANÇA SOCIAL

A Identificação da realidade imposta caracteriza-se como uma oportunidade para ultrapassar os desafios que impedem a mudança social por meio da educação conscientizadora. Entretanto, esse é um processo que exige persistência, pois a tomada de consciência é um processo que passa por estágios, até a tomada de uma consciência mais ampla. Entretanto, a educação deve ser sempre permanente, pois segundo Freire<sup>14</sup> não há seres educados e não educados, estamos todos nos educando, pois existem graus de educação, mas não existe grau absoluto.

A discussão da consciência em estágios visa apenas tornar mais didática a sua apresentação, pois a conscientização ora crítica necessita de um novo exercício, pois ainda pode ser mágica em outros aspectos não refletidos. Essa condição é também expressa por Latour<sup>23</sup> quando este discute a teoria da referência circulante, em que os conceitos, ideias, e concepções podem ser recombinaados, e melhor compreendidos por aqueles que dela se apropriam.

O primeiro momento de reflexão acerca da consciência ingênua revela uma percepção da realidade enclausurada, imutável, e que não capta a

totalidade dos problemas, mas apenas suas partes devido a uma visão focalista<sup>14</sup>. Essas características foram observadas em algumas falas dos sujeitos participantes da pesquisa, principalmente, nos encontros iniciais, momentos em que a compreensão da importância acerca de refletir de maneira diferente ainda estava sendo construída pelo grupo:

“Eu tenho que seguir o que o médico falou, ele estudou pra isso...”. (Gestante 6 - Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“Segundo falam os médicos que a gente só não dá água enquanto tá no peito, [...] falei tá bom... manda quem pode obedece quem tem juízo...”. (Gestante 2- Oficina amamentação)

A conduta das gestantes e profissionais reflete a ideia presente no imaginário popular de que pertence ao médico às decisões acerca da saúde dos indivíduos. É importante destacar também a própria conduta da equipe acadêmica, que no início das oficinas também desenvolvia as discussões com certa consciência ingênua diante de muitas discussões e comportamentos. Entretanto, a constante reflexão-ação-reflexão pautada pelo processo da pesquisa-ação, e que permite retomar questões já discutidas<sup>11,12</sup> a fim de descortiná-las com um olhar mais aprofundado, permitiu que também a conscientização da equipe de pesquisa acerca do ato de aprender-ensinar, na medida em que nos aproximamos da realidade da comunidade estudada.

O segundo estágio de consciência vivenciada pelo grupo, para Freire<sup>16</sup> possui características de uma consciência semi-intransitiva, ou seja, que não consegue captar muitos dos desafios do contexto ou os percebe distorcidamente, com muitas explicações encontradas fora da realidade concreta, nos desígnios divinos, ou no destino.



“Tava dando tudo errado ai eu falei assim: ah é de Deus, não é pra mim poder fazer, então eu não fui...”. (Gestante 3- Oficina Saúde Bucal)

“Na minha ultima consulta no mês passado, ela (médica) ouviu o coração do neném não sei nem por que, não sei nem que milagre porque desde o primeiro mês ela nunca encostou um dedo em mim...”. (Gestante 2- Oficina Planejamento, DST, Drogas).

A superação dessa fase exige uma constante releitura dos problemas, por meio da análise de possibilidades antes não exploradas. Para Freire<sup>16</sup> a única maneira de ajudar o homem a inserir-se na construção da sociedade e na direção da mudança social, é substituir esta captação principalmente mágica da realidade por uma captação crítica, utilizando um método ativo de educação, um método de diálogo – crítico e que convide à crítica –, modificando o conteúdo dos programas de educação<sup>16</sup> como é possível observar nas falas do grupo:

“O médico às vezes não explica direito e não quer ter diálogo, então eu converso com minha mãe sempre, e ela sempre tem coisa nova pra me falar...”. (Gestante 2- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“Os dois tem que conversar sobre isso, não é só o um falar e o outro acatar o que o outro fala não, os dois tem que entrar em um senso, se não vai ficar sem tolerância...”. (Gestante 3- Oficina Saúde Bucal)

“Hoje em dia questiono, igual minha filha deu uma pequena alergia a fralda eu questionei, ela falou” ah é alergia a fralda” [...]ai ela falou assim “tem que usar a fralda da turma da Mônica que é hipoalérgica. Eles não pensam que isso é caro...”. (Gestante 6- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

A consciência desenvolvida, embora muitas vezes, ainda ingênua, agora passa a desempenhar um papel de questionamento que rompe com a cultura do silêncio, e a postura fatalista cede lugar ao ímpeto de transformação e de busca de que os homens se sentem sujeitos<sup>5</sup>. Tal desenvolvimento é fundamental para romper o ciclo de mecanização da saúde, e para aumentar a

participação popular no andamento do SUS como foi refletido pelos sujeitos participantes:

“Seria muito bom pra nós se o presidente daqui da comunidade tivesse aqui também participando...”. (Gestante 6- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“Acho assim que eles esperam uma atitude do povo pra poder procurar fazer alguma coisa. Ai acaba que, o jeito da população se expressar é indo nas ruas fazer protesto...”. (Gestante 3-Oficina Planejamento, DST, Drogas)

“Pra ir à reunião você tem que participar da reunião, você tem que falar o que você acha tá bom, tá ruim, e pode melhorar...”. (Gestante 5- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

É necessário oferecer subsídios e criar condições para que a mobilização social constitua-se e mantenha-se, principalmente por ser indispensável no processo de participação popular<sup>24</sup>. Essa mobilização e a transformação são os objetivos da pesquisa-ação, e esta permite, na visão de Barbier<sup>12</sup>, uma apreciação da realidade, sem se perder numa postura fria e sem esperança. E isso foi construído ao longo de estudo, e pode ser observado através das falas iniciais dos profissionais acerca da frequência e interesse das gestantes em participar, e que ao final do estudo se transformou em uma nova situação:

“Qualquer ação que você for fazer na unidade, às vezes a primeira até da bastante gente, mas depois vai reduzindo...”. (Enfermeira 1- Primeiro do encontro levantamento temático)

“Isso deixa assim sem estímulo os profissionais do PSF porque você prepara tudo quando você chega na hora a adesão é baixa...”. (Enfermeiro 2- Primeiro do encontro levantamento temático)

“Eu gostaria que esse grupo continuasse, porque eles fala que mulher grávida não aparece nas reuniões, mas não é verdade...”. (Gestante 7- Oficina Planejamento, DST, drogas)

Como foi possível observar, ao longo da realização dos encontros a frequência das gestantes se deu de maneira inversa a ideia inicial de muitos profissionais. O primeiro encontro teve apenas quatro gestantes, e o último teve a participação de dez mulheres, dentre elas algumas puérperas, que mesmo após o parto decidiram continuar no grupo, agora com seus recém-nascidos, a fim de mostrar na prática para as outras gestantes como estavam procedendo em relação aos seus bebês:

Essa atitude demonstra autonomia e consciência de que é possível ser o protagonista da própria saúde por meio da reflexão crítica. Portanto, o desejo de participação popular encontra-se presente no âmago das reflexões dos participantes do estudo, e demonstra um nível de conscientização crítica, que embora não seja o último estágio de conscientização, pois a consciência nunca é absoluta, mas permite uma ruptura com os discursos pragmáticos assinalados antes da realização do estudo.

O conhecimento desse percurso na busca por seres humanos mais ativos se faz fundamental para os avanços na Saúde Coletiva no Brasil, como foi afirmado pelos sujeitos da pesquisa:

“Eu tô achando muito legal, vocês resgatando isso aqui, que pra agente é uma ponte muito boa. Tudo isso é informação...”. (Técnica de Saúde Bucal- Oficina Saúde Bucal)

“Devia ter mais desses grupos, por exemplo, essa reunião aqui igual a nossa podia ter em outros postos também. Juntar um posto com outro, fazer visitas. Aqui a gente entende nossa comunidade, outras comunidades podem ser diferentes...”. (Gestante 7- Oficina Alimentação)

“Nunca teve um grupo aqui assim. Aqui elas ficaram a vontade, sem ninguém atrapalhar elas, conversaram, tiraram dúvidas. Eu acho que tem que continuar, não pode parar não, e no que precisar pode contar comigo para isso...”. (Agente Comunitária de Saúde 3- Oficina. Oficina Planejamento, DST, Drogas).

Devido ao engajamento e ao desejo por participar, os participantes expuseram então suas vontades por continuar a terem um lugar dentro da Unidade de Saúde. Esses desejos culminaram com a elaboração de uma proposta de ação para a resolução dos problemas que foram discutidos ao longo dos encontros, e para garantir a continuidade da participação nos assuntos que envolvem a UBS:

“Se for continuar a ter o programa, acho que o presidente da comunidade podia vim também nessas reuniões de gestante, porque ai a gestante põe ‘Ó dr ta assim’, ‘tá acontecendo assim’...”. (Gestante 4 Oficina Planejamento, DST, Drogas).

“Eu acho que os coordenadores do posto também tem que ouvir, porque às vezes eles pensam que o deles é particular e não precisa fazer nada...”. (Gestante 6- Oficina Saúde Bucal)

“Fazer uma boa reunião com todo mundo aqui, os funcionários, isso só vai melhorar se nós abrir a boca pra falar isso...”. (Gestante 3- Oficina Planejamento, DST, Drogas)

Por fim a equipe acadêmica sugeriu a entrega das sugestões para os representantes que foram apontados pelos participantes do estudo: Coordenador da UBS, Presidente da Comunidade, e Secretária de Saúde. Essa elaboração é fundamental para a melhoria dos problemas encontrados na realidade estudada. Além disso, é fundamental destacar que embora a ação resolutiva seja considerada ainda utópica, e impossível, para Freire<sup>18</sup> esta implica em denúncia e anúncio, da produção do futuro como possibilidade e não como determinismo.

Este estudo apresenta algumas limitações em relação à participação de alguns atores-chave para o processo de educação em saúde no pré-natal, tendo em vista que a conformação do processo de trabalho atual na UBS participante do estudo, não permitiu que alguns profissionais participassem de

todos os encontros, devido á estruturação dos atendimentos pautados pela produtividade, e não pela qualidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A democratização da saúde pela via da educação é uma tarefa que exige a participação e cooperação entre os diversos atores envolvidos com a construção do SUS, por isso, as demandas levantadas pelos participantes deste estudo podem sofrer mudança por meio da conscientização dos sujeitos locais.

Entretanto, para que seja plena e mais ampla, torna-se fundamental, que novos estudos sejam realizados a fim de envolver os gestores relacionados com as mais diversas facetas do SUS. Essa postura permitirá uma compreensão mais aprofundada sobre os problemas que envolvem a democratização da saúde no pré-natal e a educação em saúde, e pode promover soluções reais efetivas para os sujeitos envolvidos.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não existir conflitos de interesse

## **ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO**

Os autores atuaram igualmente na elaboração de todas as etapas do artigo

## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
2. Koifman L. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Trab. educ. saúde. 2006; 4(2).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
4. Alves AG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(1): 319-325.
5. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
6. SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5).
7. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, EMMERICH AO. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(2).
8. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19( 7 ): 1999-2010.

9. Ministério da Saúde (2000). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.
10. BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
11. Morin A. Pesquisa-Ação Integral e Sistêmica: Uma Antropopedagogia Renovada. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
12. Barbier R. A pesquisa-ação. Brasília: Liber Livro Editora; 2007.
13. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17a ed. São Paulo: Cortez; 2009.
14. Freire P. Educação em mudança. 2a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
15. Freire P. Pedagogia da Solidariedade. 1a Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
16. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
17. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Freire P. Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 4a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
19. Oliveira AS et al. Introdução ao pensamento filosófico. 8a ed. Ed. Loyola: São Paulo; 2005.
20. Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

21. Botazzo C, Barros RS. Subjetividade e clínica na Atenção Básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4337-4348.
22. Freire P. *Ação cultural para a liberdade*. 5a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
23. Latour B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. São Paulo: EDUSC; 2001.
24. Toledo RF, Giatti LL, Pelicioni MCF. Mobilização social em saúde e saneamento em processo de pesquisa-ação em uma comunidade indígena no noroeste amazônico. *Saude soc*. 2012; 21(1).





## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da execução dessa pesquisa foi possível perceber que a construção de uma proposta de educação em saúde para o pré-natal pautada na pela pesquisa-ação e por Paulo Freire não é um tarefa fácil para os que se propõem a segui-la, mas a condução do processo educativo por esta via permite um novo olhar acerca dos problemas, que passam a ser enxergados como possibilidades de mudança. A democratização da saúde pela via da educação é uma tarefa que exige a participação e cooperação entre os diversos atores envolvidos com a construção do SUS, por isso, as demandas levantadas pelos participantes deste estudo podem sofrer mudança por meio da conscientização dos sujeitos locais.

Para a ampliação e execução dessa proposta em outras comunidades e UBS's dentro do SUS diante das dificuldades reveladas por este estudo deve-se ter o apoio programático e compromisso para uma educação em saúde transformadora nos moldes. Além do que se torna fundamental que novos estudos sejam realizados com os gestores e administradores do SUS, para que se compreendam outras faces dos problemas, a fim de que sejam encontradas soluções que beneficiem todos os cidadãos brasileiros.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADORNO, R.C.F.; CASTRO, A.L. o exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde soc**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 172-185, 1994.
2. ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n.1, p.319-325, 2011.
3. BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
4. BRANDÃO, C.R. **O que é o Método Paulo Freire**. Brasiliense, 1981.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
10. BERTOLLI, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.
11. BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981;
12. CASTRO SANTOS, L.A. A fundação Rockefeller e o estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 6, n. 1, p. 105-110,1989.
13. CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v.6 n.3, p.443-456, 2009.
14. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). 11ª Conferência Nacional de Saúde. **Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social – Relatório Final**, Brasília, 15 Jul. 2002. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2013.
15. COSCRATO, G.; BUENO, S.M.V. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 3, 2013 .
16. COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1986.

17. CARR, W.; KEMMIS, S. **Becoming critical**: education, knowledge and action research. London: Falmer, 1986.
18. DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996.
19. DRAIBE, S.M.; SILVA, P.L.B. **Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80**: o caso brasileiro. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPAS, 1990.
20. DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 64-83.
21. FRANCO, A.M.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educ. Pesq.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.
22. FEE, E. **Disease and Discovery**: a history of the John Hopkins School of Hygiene and Public Health (1916-1939). Baltimore/ Londres: The John Hopkins University.
23. FERLA, J.B.S. Ênfase nas relações interpessoais na formação do enfermeiro sob o paradigma ético-humanista. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11 n. 3, p. 633-657, 2013.
24. FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.
25. FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
26. FONSECA, C.O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOI, J. (Org.). **Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.

27. FONSECA, L.M.M. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
28. FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
29. \_\_\_\_\_ **Educação em mudança**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
30. \_\_\_\_\_ **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
31. \_\_\_\_\_ **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
32. \_\_\_\_\_ **Pedagogia da Solidariedade**. 1. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
33. \_\_\_\_\_ **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.
34. GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire: Pensamento e ação no magistério**. 2. ed. São Paulo: Vida e Consciência, 2004.
35. GADOTTI, M. **Cruzando Fronteiras: Teoria, método e experiências freireanas**. 1º Colóquio das ciências da educação; 23-24 março 2000; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa; 2000.
36. GADOTTI, M. Educação popular, educação social, educação comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum. **In:** Congresso Internacional de Pedagogia Social, São Paulo, 2012.
37. GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
38. HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2000.

39. HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes Ltda, 1987.
40. L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M.; **Análise institucional e saúde coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
41. LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. 3. ed. - Sao Paulo: Cultrix, 1978.
42. MACIEL, K.F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, 2011.
43. MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.
44. MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, 1986.
45. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
46. MONTEIRO, E.M.L.M. **Reconstrução de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/Pernambuco**. Tese (doutorado em enfermagem) Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2007.
47. MORIN, A. **Pesquisa-Ação Integral e Sistêmica: Uma Antropopedagogia Renovada**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
48. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: BUSS, P.M. (Org.). **Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, p. 158-162, 1986.

49. PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Méd**, v. 32, p. 492-499, 2008.
50. PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, p.11-31, 2011.
51. PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.5, p. 1527-1534, 2003.
52. 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. 477-86, 2007.
53. ROBSON, C. **Real world research**. Oxford: Blackwell, 1986.
54. SANTANA, J.P.; CAMPOS, F.E.; SENA, R.R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P. CASTRO, J. L.(Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: Univ. Fed. Rio Grande do Norte, 1999. p. 109-123.
55. SANTOS NETO, E.T et al . Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, 2012.
56. SARTORI, G.S.; VAN DER SAND, I. C. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Rev. Eletr. Enf**, v. 6, n. 2, p. 153-65, 2004.
57. SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.
58. SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.



59. SMEKE, E. L. M. Descobrendo Percursos para a Pesquisa em Saúde no Trato com o Movimento Social. **Cad. Saúde Públ**, v. 9, n.1, p. 39-47, 1993.
60. SOUTO, M.; SOUZA, I. E. O. Sexualidade da mulher após a mastectomia. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 8, n. 3, p. 402-10, 2004.
61. SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.
62. THIOLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
63. \_\_\_\_\_. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R.F.; ROBERTO, J.P. (Org.). **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente**: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume; FEUSP; PROCAM; IEE; FAPESP, 2012.
64. TRINDADE, W.R.; FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto contexto - enferm**, v. 17, n. 3, 2008.
65. VARGAS, J.D. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da Literatura. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (**especialização**) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro, 2008.
66. VASCONCELOS, E.M et al. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
67. VASCONCELOS, E.M. **Texto base para a formação do GT EPS II**: Surgimento, crise e redefinição da educação popular em saúde. 2007. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc.>>.

Acesso em: 17 fev. 2014.

68. WENDHAUSEN, A.L P.; OLIVEIRA, S.R.G. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 1, 2014.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ estou sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa como voluntária (o). Após ser esclarecido (o) sobre as informações a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha, e a outra será da pesquisadora responsável.

1. **TÍTULO DA PESQUISA:** Ações construtivas de educação em saúde no pré-natal
2. **OBJETIVO DA PESQUISA:** Construir ações de educação em saúde com foco na melhoria das atividades educativas da atenção pré-natal, a partir da aplicação de círculos de cultura com profissionais de saúde, e gestantes em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde escolhidas no município de Vitória-ES.
3. **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:** A pesquisa acontecerá na Unidade de Saúde da Família na qual faço parte, e serão duas fases. A primeira delas contará com a realização de um grupo focal sobre questões acerca do pré-natal, que auxiliarão a definir quais são os melhores assuntos a discutir no grupo de gestantes e a sua duração será de 90 minutos. Na segunda fase ocorrerão encontros semanais em grupo por um período de três meses, e com duração máxima de uma hora e trinta minutos cada.
4. **RISCOS E DESCONFORTOS:** Fui esclarecido de que não há riscos que comprometam a minha integridade física ao participar do estudo. Possível desconforto pessoal pode surgir caso temas “tabus” sejam trabalhados nos encontros do grupo. Entretanto, estes temas serão trabalhados de modo a eliminar essas possíveis situações.

- 5. GARANTIA DE SIGILO DE IDENTIDADE:** Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da identidade da participante. Caso a pesquisa seja publicada, o meu nome não será divulgado.
- 6. RESSARCIMENTO FINANCEIRO:** É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.
- 8. DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA ENTREVISTA:** Fui informada (o) que posso retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, e que posso abandonar a pesquisa e isto não acarretará em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.
- 9. ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:** Em caso de quaisquer dúvidas referentes à pesquisa poderei contatar os responsáveis: Daniely Quintão Fagundes (99227-6729; [danielyqfagundes@hotmail.com](mailto:danielyqfagundes@hotmail.com)) e Adauto Emmerich Oliveira (99271-3130; [adautoemmerich@terra.com.br](mailto:adautoemmerich@terra.com.br)). Na dificuldade de encontra-los poderei procurar através do Comitê de Ética em Pesquisas-[www.ccs.ufes.br/cep](http://www.ccs.ufes.br/cep) ou no Tel: 3335-7211.

Declaro que entendo os termos acima expostos, como também os meus direitos e voluntariamente aceito participar deste estudo.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

**APÊNDICE II****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM (FOTOGRAFIA E VÍDEO)**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Daniely Quintão Fagundes** e **Adauto Emmerich Oliveira** do projeto de pesquisa intitulado **Ações construtivas de educação em saúde no pré-natal** a realizar as fotos e vídeos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes, com garantia de plena liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, além da garantia de manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto na resolução 466/2012 que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

**ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:** Em caso de quaisquer dúvidas referentes à pesquisa poderei contatar os responsáveis: Daniely Quintão Fagundes (99227-6729; [danielyqfagundes@hotmail.com](mailto:danielyqfagundes@hotmail.com)) e Adauto Emmerich Oliveira (99271-3130; [adautoemmerich@terra.com.br](mailto:adautoemmerich@terra.com.br)). Na dificuldade de encontra-los poderei procurar através do Comitê de Ética em Pesquisas- [www.ccs.ufes.br/cep](http://www.ccs.ufes.br/cep) ou no Tel: 3335-7211.

Declaro que entendo os termos acima expostos, como também os meus direitos e voluntariamente aceito participar deste estudo.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .

**APÊNDICE III****DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES**

Pseudônimo: \_\_\_\_\_ N° ficha \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

Você já perdeu algum bebê? \_\_\_\_\_

**ROTEIRO**

Selecione figuras, ou fotos que representam o que você pensa, e o que você sente falta sobre o pré-natal. Em seguida, cole no cartaz a disposição, e compartilhe com o grupo seus pensamentos.



## APÊNDICE IV

### RESULTADO DA APLICAÇÃO DO ROTEIRO PARA AS GESTANTES





## APÊNDICE V

### DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Pseudônimo: \_\_\_\_\_ N° ficha \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Formação Profissional Maior \_\_\_\_\_

Há quanto tempo estão formadas? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalham na ESF? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalham nessa USF? \_\_\_\_\_

## ROTEIRO

### Introdutória

Gostaria que vocês me contassem um pouco sobre a história do grupo de educação em saúde para gestantes dessa unidade? (como ele foi criado, e como ele ocorre)?

### Transição

Em relação a sua formação profissional, e a sua prática cotidiana, o que vocês consideram acerca da educação em saúde?

### Questão-chave

Pensando um pouco sobre o grupo de educação em saúde para gestantes, você vê algum desafio para sua condução?

### Fechamento

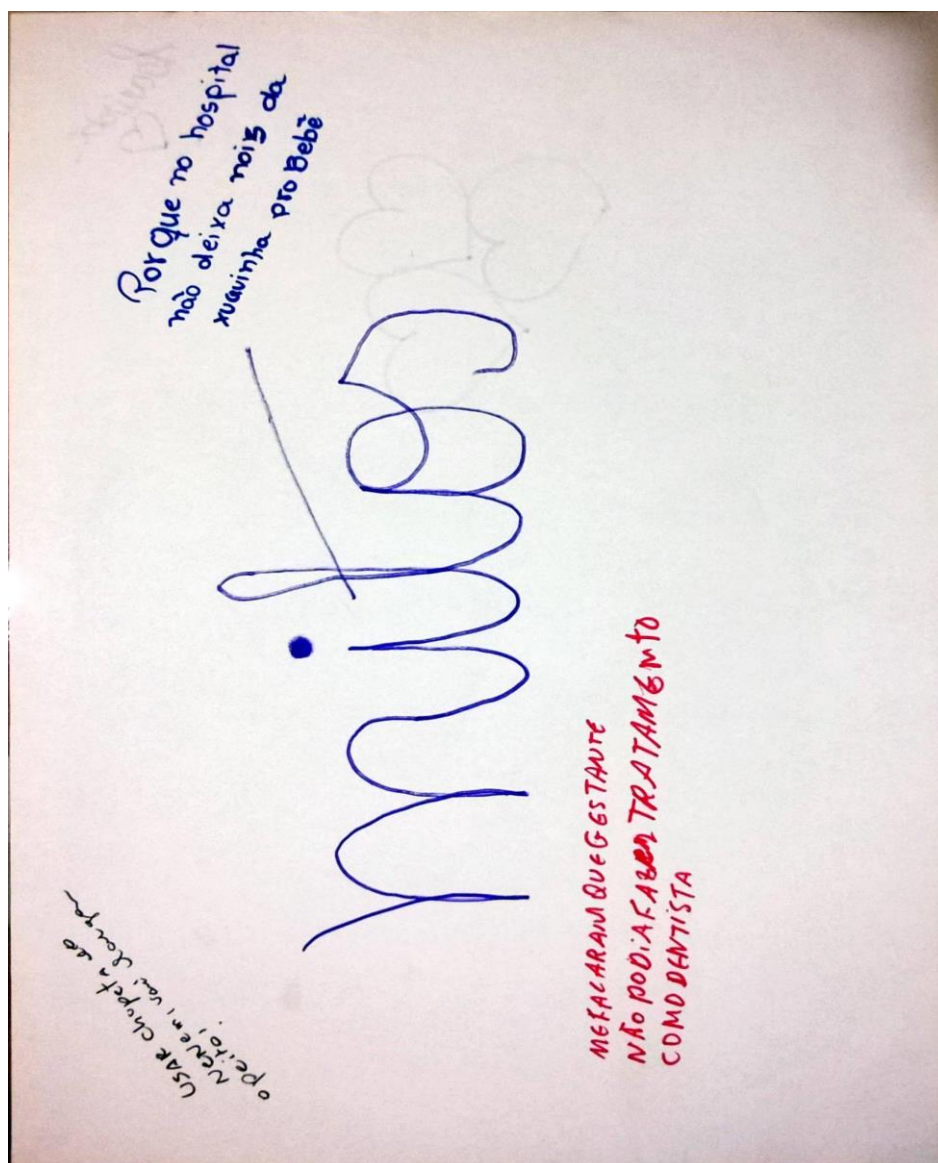
Se sim, você proporia alguma solução?

### ROTEIRO:

- Formação do grupo
- Frequência
- Temáticas abordadas
- Formação profissional para educação em saúde (educação bancária, temáticas e autores abordados).
- Prática cotidiana e real da educação em saúde
- Dificuldades para a realização das atividades (adesão das mulheres, dificuldade para discutir os conteúdos)
- Proposta para a melhoria de possíveis problemas encontrados

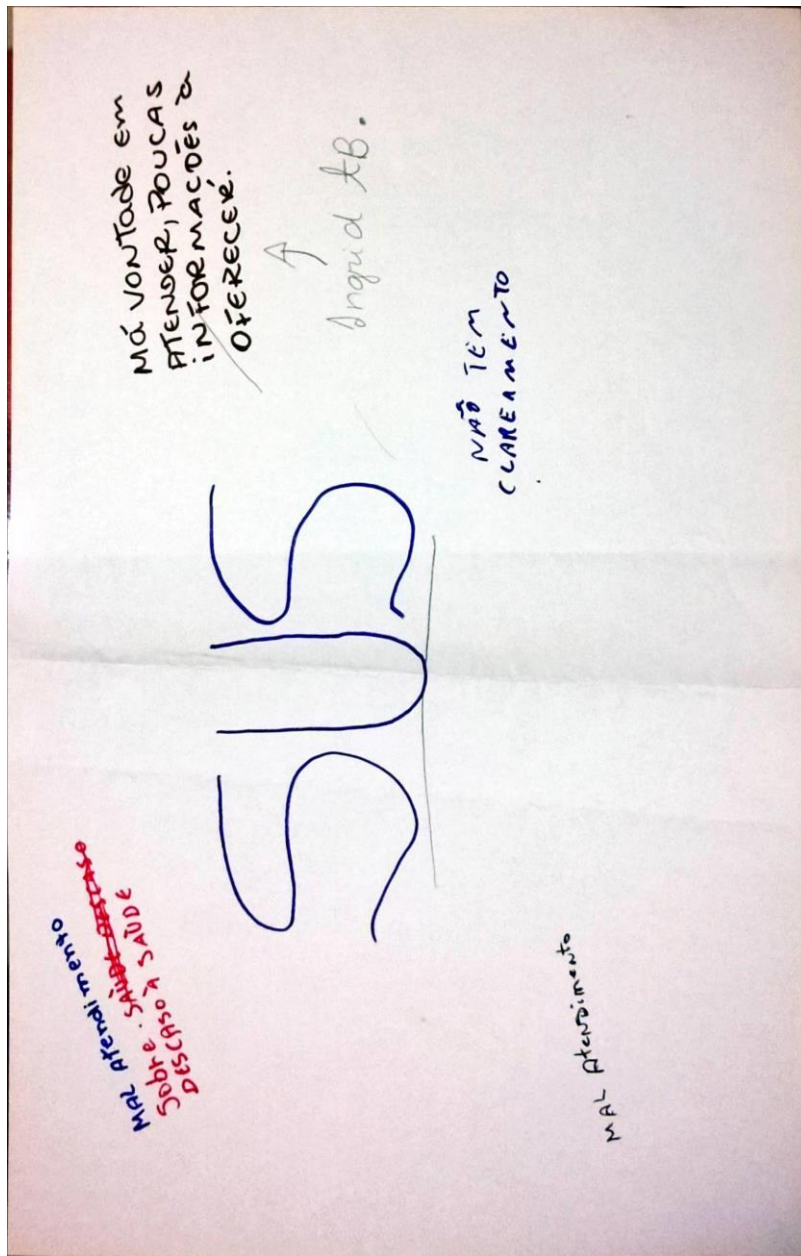
## APÊNDICE VI

## DIFICULDADES INICIAIS DAS GESTANTES ACERCA DE TEMAS PROPOSTOS



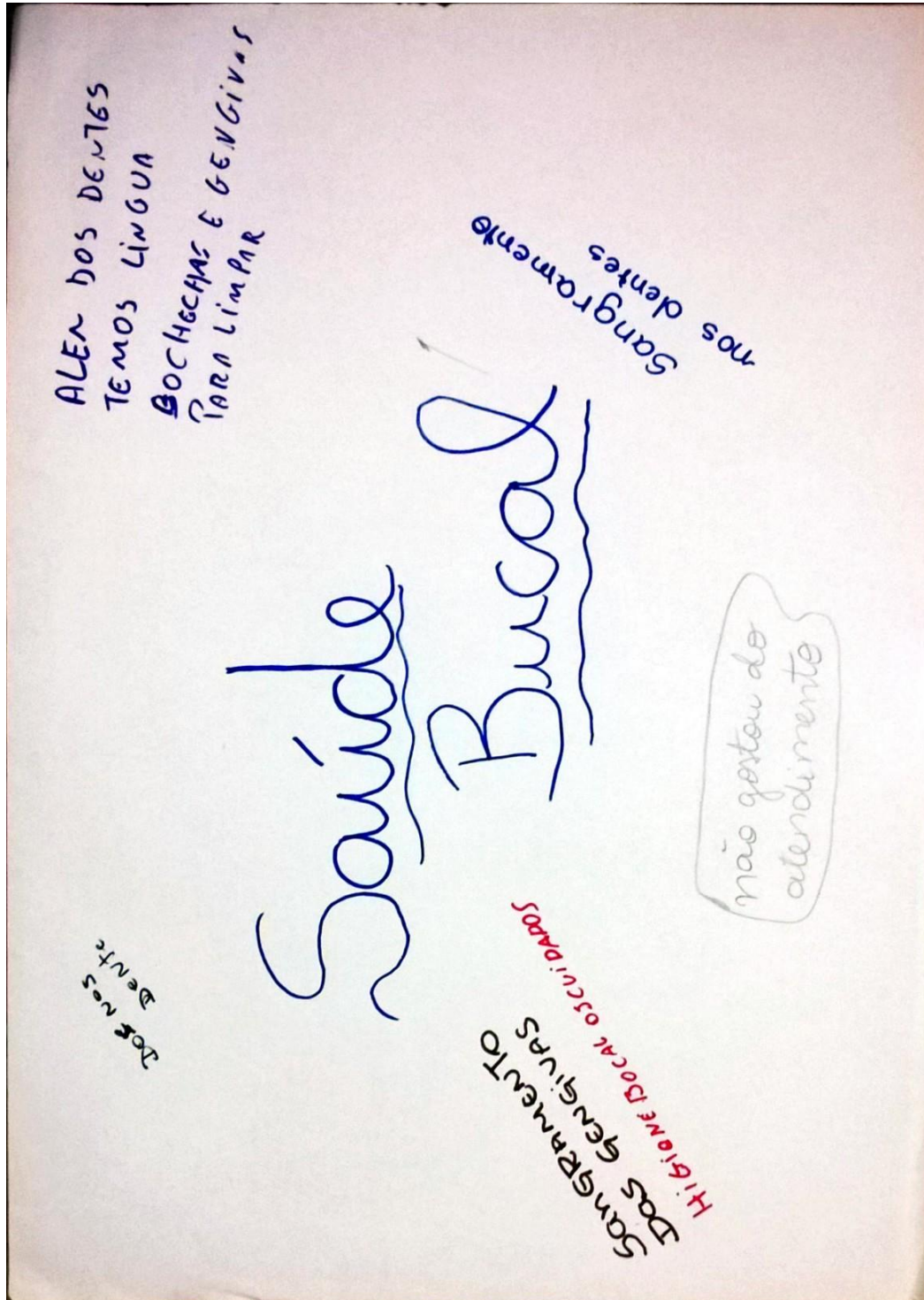
APÊNDICE VI

DIFICULDADES INICIAS DAS GESTANTES ACERCA DE TEMAS PROPOSTOS



APÊNDICE VI

DIFICULDADES INICIAS DAS GESTANTES ACERCA DE TEMAS PROPOSTOS



## APÊNDICE VII

PROPOSTAS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA UBS  
DE ANDORINHAS

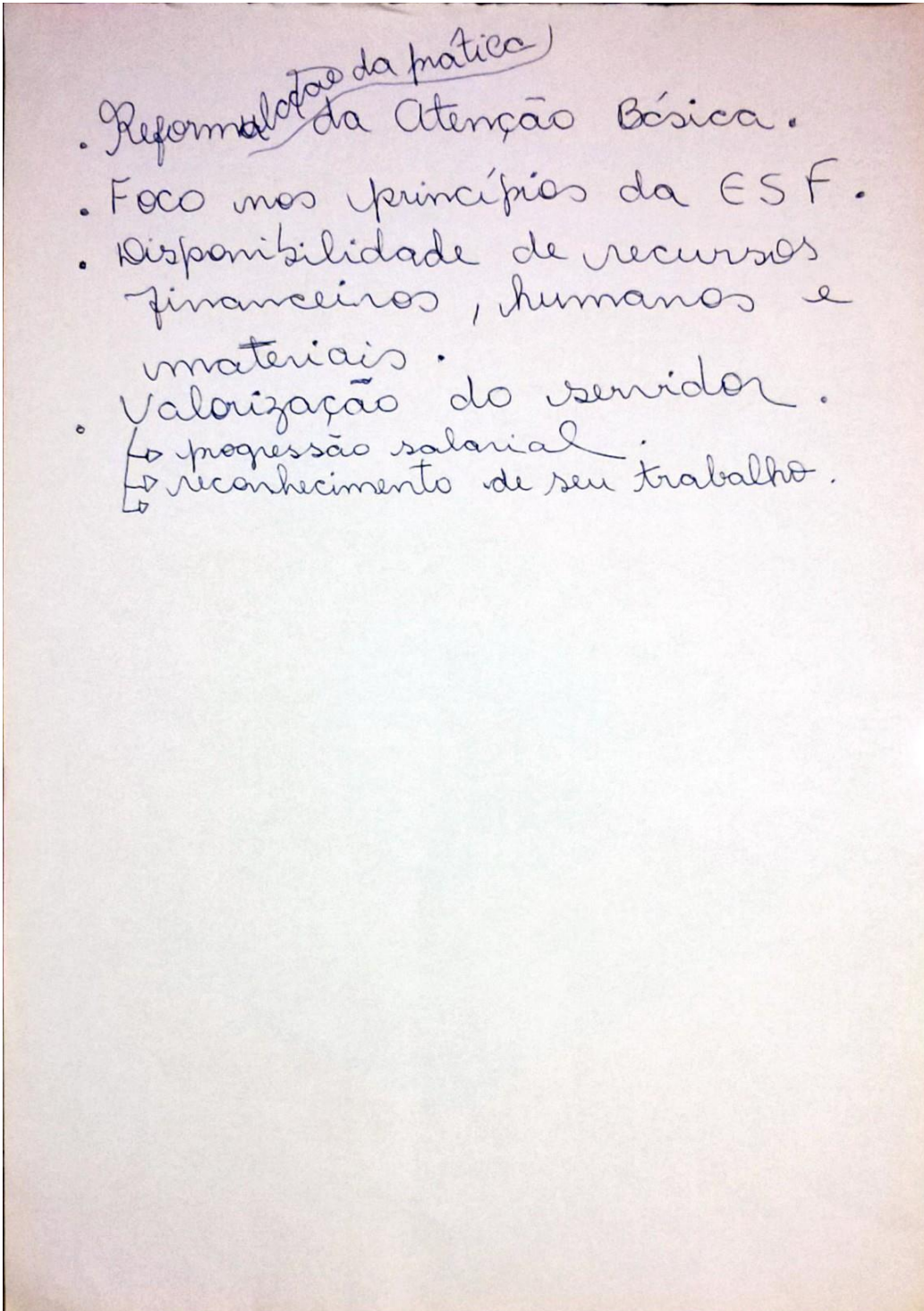
↳ Que fazer para melhorar a adesão dos usuários (pacientes) nos grupos e como realizá-los?

→ Tivemos um curso de formação para desenvolver nosso trabalho e sabemos que tudo é possível, mas sabemos, impedidos, pois não nos é oferecido recursos: humano e material, assim como não temos tempo necessário para tal, pois, primeiro temos que pensar na produção e não na promoção de saúde junto a comunidade, oferecendo horário adequado à sua realidade de vida trabalhista e

⇒ Tendo condições de realizar os grupos, devemos buscar recurso na própria comunidade.

## APÊNDICE VII

PROPOSTAS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA UBS  
DE ANDORINHAS

- 
- Handwritten list of proposals for the Basic Attention Reformulation in Andorinhas:
- Reformulação da prática da Atenção Básica.
  - Foco nos princípios da ESF.
  - Disponibilidade de recursos financeiros, humanos e materiais.
  - Valorização do servidor.
    - ↳ progressão salarial.
    - ↳ reconhecimento de seu trabalho.

## APÊNDICE VII

PROPOSTAS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA UBS  
DE ANDORINHASAções em educação em saúde no pré-natal:

- reserva de um horário na agenda dos profissionais de saúde para planejar a ação educativa.
- realização da ação educativa em um horário de fácil acesso para as gestantes, como no final do dia, após o horário comercial de trabalho.
- planejamento de ações em educação que realmente sejam atrativas para as gestantes: aulas de culinária experimental com alimentos saudáveis, orientação sobre atividades físicas com professora de educação física, adoção de estagiários acadêmicos em diversas áreas nas ações educativas, lanches...
- realização de encontros mensais, e não semanais, para não ficar muito cansativo e de difícil adesão.
- consultas individualizadas com médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos em dias marcados somente para as gestantes.



**APÊNDICE VII**

**PROPOSTAS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA UBS**

**DE ANDORINHAS**

Quando se trata da orientação em saúde para gestantes em situação de rua precisamos sempre lembrar que estamos lidando com uma diferente realidade e com um conjunto de fatores que levam aquela pessoa àquela condição. Na rua, temos que lidar com o desejo do outro e sua visão de auto cuidado. Diante disso, buscamos orientar e vemos como alternativa a aproximação destes sujeitos com os serviços de saúde, uma vez que estes, muitas vezes, não se entendem como sujeitos de direito de acessar tais serviços e recebem cuidados.

- ~> ORIENTAR
- ~> ATUAR COMO PONTE
- ~> APROXIMAR

~> Trabalhar com os serviços de saúde a necessidade de se realizar um processo independente de documentação e local físico de permanência e entendê-los como cidadãos de direito desta época.

## **ANEXOS**

**ANEXO I****COMUNICAÇÃO DO PERIÓDICO TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Prezado(a) professor(a) DANIELY QUINTÃO FAGUNDES:

Agradecemos seu interesse em publicar na Trabalho, Educação e Saúde o original intitulado: NOVOS SIGNIFICADOS PARA AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL SOB A ÓTICA DE PAULO FREIRE.

Os originais recebidos pela revista são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista.

Informamos que nesta primeira avaliação, a Coordenação Editorial concluiu que a temática desenvolvida é compatível com a linha editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde e que o texto será avaliado por pares externos para a possível publicação na seção Artigo.

Assim que concluirmos esta nova etapa de avaliação, entraremos em contato novamente.

Atenciosamente,

Angélica Ferreira Fonseca

Carla Martins

Marcela Pronko

**ANEXO II**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AÇÕES CONSTRUTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

**Pesquisador:** DANIELY QUINTÃO FAGUNDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24295013.0.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 537.448

**Data da Relatoria:** 20/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa apoiada na metodologia da pesquisa-ação integral e sistêmica voltada para o referencial teórico da educação libertadora de Paulo Freire, e nos referenciais metodológicos de Morin (2004), Barbier (2007), e Thiollent (2009).

O presente estudo objetiva construir ações de educação em saúde a partir da aplicação da metodologia da pesquisa-ação com profissionais de saúde, e gestantes em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde escolhidas no município de Vitória-ES.

Os resultados esperados concentram-se na superação das limitações pessoais dos profissionais, a adoção de atitudes calcadas na intersetorialidade e interdisciplinaridades mediante a elaboração de processos de mobilização, articulação e negociações, a partir de problemas identificados e compartilhados.

**CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO E DOS SUJEITOS**

Este estudo será realizado na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo (ES), sudeste do Brasil, região de Maruípe, por possuir alguns dos bairros com os índices mais baixos de Vitória-ES (Figura 2), além disso, a inserção da UFES nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido a realização

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Protocolo: 537.448

de outras pesquisas e projetos facilitará a aceitação por parte dos sujeitos que participam deste projeto.

Outro ponto a ser destacado, é que devido ao curto tempo para a realização do trabalho de campo, abordaremos as UBS, e selecionaremos aquelas que já possuem algum programa de educação em saúde ativo com funcionamento regular, para que possamos a partir desse ponto oferecer uma nova forma de condução do processo educativo.

### ATORES SOCIAIS

Para ter acesso à população que irá compor os sujeitos desta pesquisa inicialmente serão realizadas visitas à Unidade de Saúde de bairro da Penha para conhecimento da área, contato inicial com os profissionais de saúde, e possíveis sujeitos. Nessa oportunidade serão esclarecidos os objetivos do estudo e formalizado o convite para a participação.

A seleção dos sujeitos atenderá aos seguintes critérios de inclusão:

- a. Gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde;
- b. Profissionais da saúde que tenham contato com as gestantes durante o período pré-natal e;
- c. Ter aceitado participar da pesquisa, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE).

### INSERÇÃO NO CENÁRIO DO ESTUDO

Para maior compreensão do processo de educação em saúde no período pré-natal, na UBS escolhida serão realizadas visitas, e conversas com atores-chaves. As observações serão anotadas no diário de bordo e tais informações contribuirão para análise mais aprofundada do objeto de estudo.

### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO DA PESQUISA:** Construir ações de educação em saúde, e elaborar uma cartilha participativa com foco na melhoria das atividades educativas da atenção pré-natal, a partir da aplicação de círculos de cultura com profissionais de saúde, e gestantes em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde escolhidas no município de Vitória-ES.

### Objetivo Primário:

Construir ações de educação em saúde a partir da aplicação da metodologia da pesquisa-ação com profissionais de saúde, e gestantes em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SN

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@cca.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 537.448

escolhidas no município de Vitória-ES.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

De acordo com a Res CNS 466/2012 V. DOS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.

Conforme pedido, o TCLE passou a descrever RISCOS E DESCONFORTOS: "Fui esclarecido de que não há riscos que comprometam a minha integridade física ao participar do estudo. Possível desconforto pessoal pode surgir caso temas "tabus" sejam trabalhados nos encontros do grupo. Entretanto, estes temas serão trabalhados de modo a eliminar essas possíveis situações."

**Benefícios:**

Os participantes irão adquirir conhecimentos pertinentes ao cuidado pré-natal, o cuidado pessoal, e o cuidado com o bebê.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Será necessário o acesso aos prontuários das gestantes adscritas nas unidades de saúde selecionadas para o estudo, para ter acesso a elas e identificar o interesse em participar do estudo.

**A PESQUISA-AÇÃO**

Contará com entrevistas iniciais feitas com os sujeitos selecionados. A partir da transcrição das entrevistas as palavras geradoras relacionadas a temas que o indivíduo demonstraram interesse, serão selecionadas para compor o plano educativo a ser adotado. Após pactuados os temas com os participantes serão realizados círculos de cultura, onde os temas serão trabalhados de maneira dialógica, com o uso de dramatizações, filmes, e dinâmicas de grupo, sendo que o objetivo do grupo será uma ação para a resolução dos problemas trabalhados nas temáticas. Esses círculos serão gravados em áudio, haverá fotografias, o pesquisador fará um diário de bordo que estará a disposição dos participantes, haverá uma ata em cada reunião.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto adequada, Carta de autorização da SEMUS, projeto segundo Res CNS 466/2012 foram apresentados.

Conforme pedido, o TCLE passou a descrever RISCOS E DESCONFORTOS: "Fui esclarecido de que

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@cca.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 537.640

não há riscos que comprometam a minha integridade física ao participar do estudo. Possível desconforto pessoal pode surgir caso temas "tabus" sejam trabalhados nos encontros do grupo. Entretanto, estes temas serão trabalhados de modo a eliminar essas possíveis situações. "

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

-

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITÓRIA, 21 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

Cíntia Furst Leroy Gomes Bueloni  
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: S/N


CEP: 29.040-001

UF: ES


Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**ANEXO III**

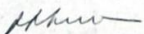
PREFEITURA DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva



**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "AÇÕES CONSTRUTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PRÉ-NATAL" de autoria de DANIELY QUINTÃO FAGUNDES. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 21 outubro, 2013 .

  
\_\_\_\_\_  
**Josenan de Alcântara Almeida Costa**  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Declaração emitida em por rcdwerner



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELY QUINTÃO FAGUNDES

**AÇÕES CONSTRUTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O  
PRÉ-NATAL**

VITÓRIA

2015