

# Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal

## Health education in pre-natal care: a parallel of experiences between Brazil and Portugal

### **Danielle Abdel Massih Pio**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Assistente de Ensino na Faculdade de Medicina de Marília.

Endereço: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3551, F12, CEP 17514-000, Marília, SP, Brasil.

E-mail: dmassih@terra.com.br

### **Mônica Martins de Oliveira**

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Endereço: Rua Vitoriano dos Anjos, 371, CEP 13041-317, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: monica.psisauade@gmail.com

### **Resumo**

A prática assistencial tem suscitado inquietações relacionadas ao cuidado dispensado às mulheres, com a atenção para questões que se revestem de extrema importância na Saúde Materna na Saúde Pública. Propõe-se disparar neste estudo a discussão sobre os alcances e desafios da integralidade do cuidado à saúde materna, a partir da experiência de uma das autoras em cenários de saúde do Brasil e Portugal. Será apresentada a análise comparada do formato de grupos de gestantes enquanto estratégia frequente, principalmente na Atenção Primária dos dois países. Para isso, foi utilizada a observação participante de dois grupos de gestantes, um em cada país. A organização dos grupos foi apresentada e analisada em suas configurações metodológicas e práticas. A análise das experiências indica que os dois grupos podem ser considerados informativos ou educativos, com metodologia e estruturação sob a forma de palestras com temas pré-definidos, com reduzida possibilidade de reflexão e empoderamento, devido à forma fragmentada de apresentação, o que pode também denotar diminuída reflexão acerca das mudanças no papel feminino. Conclui-se que a necessidade do cuidado às mulheres, em distintos momentos de suas vidas, pressupõe a contínua luta por uma abordagem ampliada e integral, enfatizando a rede de cuidados e o enfoque na promoção de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Clínica ampliada; Atenção primária; Brasil; Portugal.

## Abstract

Care practices have raised some questions concerning the attention given to women, specifically when it comes to issues of extreme importance in Public Health's approach of pre-natal care. The present study intends to discuss the scope and challenges of the integral care in maternal health, taking into consideration the experiences of one of the authors in the health scenarios from both Brazil and Portugal. A comparative analysis was conducted on the format of the pre-natal classes offered to groups of pregnant women, a frequent practice of Primary Care in both countries. The method of participant observation of two groups of pregnant women, one in each country was used. The organization of each group is presented and evaluated regarding its methodological and practical settings. The analysis of the experiences indicates that both groups can be considered as informative or educative, since the chosen methodology and structure was formed by lectures with predefined themes; there was reduced reflection and empowerment possibilities, due to the fragmented presentation form, and this could also mean diminished reflection on the changes of the feminine role. It is thus concluded that the need for offering care for women in different periods of their lives should include a continuous fight for an amplified and integral approach, with emphasis in the care network and in health promotion.

**Keywords:** Maternal Health; Expanded Clinic; Primary Care; Brazil; Portugal.

## Introdução

### Políticas públicas de assistência à Saúde da Mulher: um olhar sobre as mudanças

No Brasil, desde a década de trinta até meados de setenta, as políticas públicas e a assistência à saúde da mulher se desenvolveram a partir de uma visão reducionista, em que se atribuía apenas uma especificidade biológica à mulher, ênfase no papel de mãe e responsabilidade pela educação dos filhos. Essa visão reducionista refletia-se na ausência de uma abordagem mais ampliada e integral à saúde da mulher (Ballarin e col., 2008).

Esse cenário começou a se modificar a partir dos anos oitenta, com a organização de movimentos feministas e o movimento que preconizava a reforma sanitária no País (Ballarin e col., 2008; Brasil, 2010a).

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher. O investimento neste campo foi um dos grandes avanços relacionados às abordagens clínicas produzidas pelas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa trazia muitas inovações às mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, as mulheres passam a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos da vida, em todos os seus papéis na sociedade e em todos os seus problemas e necessidades de saúde (Brasil, 2010a).

Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto, preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno-Infantil. Com a valorização da autonomia, aumenta a importância das práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica (Brasil, 2010a).

A partir disto, foram propostas ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação de acordo com as demandas derivadas do perfil populacional das mulheres, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério; orientação no planejamento familiar e prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e mama (Brasil, 2010a).

A instituição do planejamento familiar pela Constituição de 1988, com plenas garantias por parte do Estado para que as pessoas decidissem se queriam ou não ter filhos, foi regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar em 1996 (Brasil, 2010a).

Ao longo da década de 90, entretanto, o Ministério da Saúde rompeu com a ideia de uma política única, um programa único para atender às complexas situações de saúde das mulheres e passou a fracionar a saúde das mulheres em diferentes programas. A saúde conquistada na constituição com a implantação do PAISM ora foi fortemente impulsionada, ora paralisada (Brasil, 2010a).

No cenário internacional, aconteceram muitos debates importantes para a saúde das mulheres, impulsionados pelas Conferências do Sistema ONU (Organização das Nações Unidas). Em 1994, a Conferência do Cairo recomendou que os países se comprometessem na oferta de ações para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Pode-se dizer, neste aspecto, que era um retrocesso para o Brasil, que já dispunha do PAISM como política mais avançada. A Conferência do Cairo pautou o movimento feminista nacional e também orientou respostas governamentais. É nessa ampliação do debate que surgem muitos movimentos de mulheres, nos mais diferentes espaços, em busca de garantia de seus direitos e de mais saúde (Brasil, 2010a).

No século XXI, apesar dos avanços, há ainda muitos desafios. O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, mostra outras necessidades específicas a serem contempladas, com recomendações pela oferta de atendimentos integrais à saúde da mulher negra, indígena, profissional do sexo, entre outras que contemplam o aspecto da diversidade. Além disso, recomendou o incentivo ao parto vaginal (normal) com acesso à analgesia e que o SUS garantisse o parto cirúrgico, quando necessário (Brasil, 2010a).

Em 2003, o Governo Federal criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e no ano de 2004 aconteceu a I Conferência de Políticas para as Mulheres com o objetivo de reafirmar o compromisso do Governo com a construção da igualdade entre homens e mulheres. Afirmou-se, naquele momento, a necessidade de qualificar a vivência da maternidade, garantindo a dignidade e promovendo o bem-estar

da mulher que está sendo mãe (Brasil, 2010a).

Também foram apresentadas propostas importantes para a saúde da mulher na 13ª CNS em 2007, considerando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes e as diferenças em torno do gênero, orientação sexual, sofrimento psíquico, entre outros. Foi proposta a efetivação da Política Nacional de Planejamento Familiar, enfatizando a atenção aos adolescentes e a prevenção da mortalidade materna (Brasil, 2010a).

Tomando por base a humanização como fio condutor, as ações em saúde da mulher mantêm-se frágeis na identificação das necessidades no ciclo gravídico-puerperal, especialmente na articulação das ações e do cuidado após o nascimento do filho. A mulher volta ao serviço de saúde apenas para o cuidado com o recém-nascido, espelhando a falta de articulação das ações básicas e o viés de gênero (Serruya e col., 2004).

Em virtude deste cenário na atenção à saúde da mulher, o Ministério da Saúde iniciou em 2011 a implantação da Rede Materno-Infantil - Rede Cegonha como estratégia dentro da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2010b), para articular cuidados que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. E, às crianças, proporcionar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável (Brasil, 2011).

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

Esta iniciativa, que constitui a atual política nacional de atenção à saúde materna no Brasil, apresenta potencial para buscar a retomada do atendimento integral à saúde da mulher no período

gravídico-puerperal e parece inegável que, para responder às demandas que esta tarefa impõe, devem ser desenvolvidas diferentes ações, tanto na atenção básica como nos hospitais de mais alta complexidade ou tecnologia.

A atenção básica, dentro da proposta da Rede Cegonha, teria o papel de coordenar e articular o trabalho da rede de cuidados, integrando os diferentes serviços. Nas unidades de atenção básica, é possível desenvolver ações voltadas para o acolhimento e avaliação de risco das gestantes, realização de pré-natal e do cuidado à saúde da criança, mas principalmente, oferecer ações de educação em saúde que sejam capazes de estimular e preparar para o parto normal e ampliar o conhecimento sobre o direito reprodutivo.

A partir deste panorama político, propõe-se discutir neste estudo a discussão sobre os alcances e desafios da integralidade do cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, mediante o relato da experiência com grupos de gestantes realizada nas unidades de saúde da Atenção Primária do Brasil e de Portugal.

Acredita-se que a possibilidade de tecer comparações da mesma prática em dois países distintos poderá contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a organização do sistema de saúde e da atenção à saúde materna de ambos os países, além de fornecer subsídios para aperfeiçoar a prática de educação em saúde no formato de grupos, qualificando o cuidado.

## Aspectos metodológicos

O presente estudo parte do referencial da análise comparada em saúde, baseando-se na experiência de observação participante de uma das autoras no Brasil e em Portugal sobre o formato de grupos de gestantes - uma prática recorrente nos dois países, principalmente na Atenção Primária.

As políticas públicas, de forma ampla, apresentam atualmente características passíveis de comparações e de diálogo em busca de troca de experiências entre os mais variados países. No que diz respeito à política de saúde, tem sido sinalizado que os sistemas de saúde do mundo contemporâneo mostram algumas semelhanças. No entanto, divergem quanto ao acesso das populações aos serviços,

quanto à forma como estes são organizados e quanto ao seu desempenho. Essas diferenças são resultado de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais, específicos de cada sociedade (Conill, 2012).

É neste sentido, de elencar semelhanças e diferenças, continuidades e descontinuidades entre e nos sistemas de saúde, que é utilizada atualmente a análise comparada nessa área, com o objetivo de contribuir para comparar o desempenho dos sistemas de saúde, o que pode ser útil ao campo do planejamento e gestão nesse campo (Conill, 2012; Tanaka e Oliveira, 2007).

Cabe assinalar que o estudo comparativo sempre foi um dos principais instrumentos metodológicos das Ciências Sociais e Humanas. Contudo, é uma metodologia emergente na Saúde Coletiva e tem sido um desafio, sobretudo no que diz respeito às adaptações e às opções teóricas existentes, importantes quando se realizam comparações. Além disso, tal recurso metodológico requer certos cuidados considerando-se as múltiplas determinações do processo saúde-doença, os elementos histórico-sociais envolvidos e as perspectivas predominantes da racionalidade médica e da determinação social, que não dialogam facilmente (Conill, 2012).

Como ferramenta de estudo, foi eleita a técnica de observação participante que possibilitou o conhecimento mais ampliado de ambas as realidades sociais estudadas.

Segundo Minayo (1999), a observação participante consiste na técnica em que pesquisador se mantém presente numa situação social, com o intuito de empreender uma investigação científica. Nesse processo, o observador coloca-se no mundo de seus sujeitos, com a finalidade de compreender a organização social do grupo, mantendo uma perspectiva dinâmica que lhe possibilita relacionar as ações observadas e a sua abordagem teórica para que possa interagir ativamente com o campo.

A observação participante, conforme aponta Flick (2009), também se caracteriza por uma triangulação de diferentes métodos, combinando simultaneamente análise de documentos, entrevistas de respondentes e informantes, participação e observação diretas e introspecção.

Foram observados, no período de três meses,

dois grupos de gestantes, um no Brasil e outro em Portugal. Seguindo as diretrizes apontadas por Minayo e colaboradores (2005) e de Flick (2009), a pesquisadora construiu, durante o processo, um diário de campo, no qual fez registros sobre a observação empreendida. O diário a acompanhou em todos os momentos e nele foram registrados: observações pessoais, informações prestadas informalmente e enunciados verbais que constituem colocações dos atores sociais em estudo. Para cada protocolo de observação, eram anotados: data, período de observação, palavra-chave do principal evento, descrição cronológica das observações, os sentimentos e reflexões da pesquisadora, bem como suas primeiras interpretações e indagações. Durante a análise, o diário de campo foi o principal material referente à observação, sistematicamente revisado.

A análise da observação baseou-se no material do diário de campo. Foram separadas as observações pessoalmente realizadas, as informações prestadas por outras pessoas e os enunciados verbais dos atores sociais (Minayo e col., 2005).

Ambas as experiências configuravam estágio curricular que foram aprovados pelo Conselho de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) e pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (UL) e foram autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo. Todos os voluntários consentiram em participar e foram informados quanto ao sigilo e à possibilidade de descontinuar a sua participação.

### **Convergências e divergências entre cenários de Brasil e Portugal**

A Estratégia Saúde da Família - ESF constitui o principal modelo de Atenção Básica do Brasil e apresenta potencial para realizar um cuidado pautado pela integralidade, longitudinalidade, territorialização e pela construção de vínculo (Brasil, 2012).

A estratégia surge como programa em 1994, com proposta de superar o modelo biologicista e curativo de assistência, por meio de ações de promoção, tratamento e prevenção voltadas aos indivíduos, ao coletivo (comunidade) e às famílias (Brasil, 2006).

A saúde da mulher constitui uma das frentes de ação da ESF e no âmbito da saúde materna pode in-

tegrar a Rede Cegonha, podendo atuar em diferentes componentes, como no acolhimento e avaliação de risco, pré-natal humanizado, na atenção ao recém-nascido e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2011).

Dentre os caminhos que a ESF pode percorrer rumo ao cuidado às mulheres e também às gestantes, destaca-se a educação em saúde, processo por meio do qual o saber científico sobre o processo saúde-doença alcança o cotidiano das pessoas com a ajuda de profissionais e é capaz de propiciar mudanças culturais e aquisição de hábitos saudáveis (Machado e col., 2007).

Carvalho e Gastaldo (2008) também acreditam na potência da educação em saúde, desde que esteja voltada para o empoderamento social e não negue as relações de poder envolvidas. Desta forma, ela pode produzir um saber coletivo que estimule nos indivíduos sua autonomia e emancipação para o cuidado de si, dos seus e de sua realidade.

No cotidiano das equipes da ESF, nota-se que os grupos permanecem como espaços oficialmente reconhecidos como principal ferramenta para realizar atividades de educação em saúde e parece interessar sobremaneira os profissionais envolvidos no cuidado à gestante. Tal predileção pelos grupos de gestantes pode estar associada ao entendimento de que eles ajudam a propiciar a aquisição de conhecimentos que facilitem o parto e amenizem as ansiedades da gestação e puerpério. Ademais, segundo Barros (1995), o contato com a alteridade estimulada pela formação dos grupos podem ainda disparar processos de produção de subjetivação condizentes com seu novo papel.

Entretanto, a atenção à gestante e mesmo a educação em saúde precisam estar associadas a outras ações, como as intersetoriais e as assistenciais e podem ser efetuadas também em outros espaços, não precisando se limitar a grupos e tampouco a grupos de orientações ou a grupos-sintomas, o que tem sido muito comum (Alves, 2005; Ballarin e col., 2008).

Esses tipos de grupo, em vez de se apresentarem como suportes para os diversos modos de expressão da singularidade, tendem muitas vezes a uniformizar e a homogeneizar as individualidades, impedindo que estas se façam ouvir; capturam o desejo e esterilizam a potência criadora inerente ao espaço

do encontro. Esses formatos invocam o imaginário coletivo de que os grupos nada mais são do que um recurso barato muito utilizado nos estabelecimentos de saúde pública para diminuir a demanda por atendimentos individuais (Barros, 1995).

Machado e colaboradores (2007) acrescentam que os profissionais não são capacitados adequadamente para desenvolver a educação em saúde e que por isso não conseguem superar a tendência de promover grupos reducionistas que estão a serviço de uma prática fragmentada e massificadora.

Em Portugal, por sua vez, pode-se dizer que os cuidados de saúde primários têm mais de 30 anos de história e que em todo este período os Centros de Saúde têm caracterizado a principal estrutura organizativa dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional (Branco e Ramos, 2001).

Em consonância com a perspectiva mundial, Portugal tem investido nos cuidados de saúde primários, de forma a aperfeiçoá-los ao longo dos anos, com perspectiva de continuar a inovar. Pisco (2011) explica que em 2005 a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) iniciou uma ambiciosa reforma da atenção primária no país.

Visando à modernização organizativa e técnico-científica da medicina familiar, buscou-se a reconfiguração dos centros de saúde, sob o formato de Unidades de Saúde Familiar - USF e de Unidades de Cuidados na Comunidade - UCC.

As USF constituem pequenas unidades funcionais autônomas nas quais equipes multidisciplinares prestam cuidados personalizados para as pessoas e famílias. As UCC representam uma notável novidade no país, pois atuam como ramificações dos centros de saúde e das USF na comunidade: identificam pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade; mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes (Branco e Ramos, 2001; Pisco, 2011).

Embora exista o reconhecimento português de que os cuidados de saúde primários caracterizam-se por um contato mais próximo com a população, oferecendo serviços de promoção e recuperação da saúde, além de medidas de prevenção de agravos e que constituem um modelo de assistência reconhecido e apoiado internacionalmente, a reforma iniciada em 2005 ainda não alcançou a totalidade de suas me-

tas, dado que os centros de saúde coexistem com as USF e o modelo de atenção permanece em transição.

Guimarães (2009) salienta, no entanto, que está prevista no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) a orientação para os cuidados primários em Portugal, devendo os investimentos destinar-se a este nível de atenção, o que pode significar um novo impulso à concretização da reforma proposta em 2005.

Como tem sido atribuída crescente importância aos cuidados primários em Portugal, esta tendência também se faz perceber na atenção à saúde da mulher e, especialmente na saúde materna, crescendo a representatividade das USF e das UCC na prestação destes cuidados, que até então ficavam a cargo dos hospitais e maternidades.

No âmbito da saúde materna, destacam-se os grupos de preparação para o parto que, enquanto ações de informação/educação para a população de cada área geográfica, estão previstos no Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal como responsabilidade dos centros de saúde, USF e UCC (Portugal, 2006).

Estudo realizado por Morgado e colaboradores (2010) comprova que a maioria das gestantes portuguesas realiza a preparação para o parto na atenção primária e que as grávidas que frequentaram pelo menos quatro sessões de preparação para o parto apresentam melhor planejamento, esperam sentir menos dor durante o parto, possuem mais conhecimento sobre anestesia peridural, treinam mais os métodos de respiração e relaxamento e sentem-se mais seguras para o contato com o bebê.

Couto (2002) explica que o objetivo dos grupos de preparação para o parto, também conhecidos como “Programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros”, não se restringe ao controle da dor e à colaboração da mulher e de sua família nesse processo. Inclui o interesse em informar e retirar dúvidas, produzir conhecimento e ouvir as preocupações da mulher.

Embora se utilizem de técnicas diferentes, os cursos de preparação para o parto, via de regra, procuram: proporcionar à gestante informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido; conter a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia; reduzir ao mínimo a dor, recorrendo

a técnicas de respiração e relaxamento; ensinar a colaborar com o próprio corpo para que tudo corra da forma mais fácil e rápida possível; proporcionar o encontro com outras gestantes; informar os futuros pais, incentivando-os a serem mais participativos em todo o processo; e apresentar à mulher os ambientes de internação e de trabalho de parto (Couto, 2002).

A participação nos grupos de preparação para o parto bem como o pleno acesso do casal aos serviços públicos de saúde estão garantidos pela Lei 142/99 promulgada em 31 de Agosto (4ª Alteração da Lei 4/84). Em seu 7º Artigo, a Lei especifica o direito à frequência de aulas de preparação para o parto, pelo tempo e número de vezes justificados, sem perda de remuneração ou de qualquer regalia além de contemplar a participação dos pais, com as mesmas garantias trabalhistas (Portugal, 1999).

### **Relato da experiência: uma apresentação dos dois cenários e sua configuração grupal**

O grupo lusitano pode ser descrito, segundo referencial de Zimerman e Osório (1997), como homogêneo, fechado, com um número fixo de vinte participantes e dez encontros, com palestras sobre temas pré-definidos. Um dos encontros era destinado para uma visita a uma maternidade de referência da cidade e o último acontecia algumas semanas após o parto. Cada encontro durava cerca de duas horas e ocorria uma vez por semana. O grupo previa e incentivava a participação do companheiro da gestante ou de algum acompanhante. As palestras eram proferidas pela enfermeira ou pela psicóloga e contavam com auxílio de recursos audiovisuais. A adesão ao grupo era considerada satisfatória, contando com uma média de dez participantes (cinco gestantes), sempre acompanhadas pela própria mãe ou pelo pai da criança. Eram realizados exercícios de respiração e de treinamento para o parto vaginal.

As gestantes interessavam-se principalmente pelas atividades práticas e pela visita ao hospital de referência, onde o parto seria realizado. Aparentemente havia vínculo entre elas e a referida instituição, pois referiam sentir-se acolhidas e já conhecerem o espaço.

A participação durante as palestras era constituída por atenção e interesse, embora com colocações

pontuais, demonstrando reconhecerem o mérito dos assuntos relacionados ao desenvolvimento psicológico e aos cuidados ao recém-nascido, com relatos de motivação à participação do encontro pós-parto, que era realizado quatro semanas após o nascimento da criança.

O grupo desenvolvido no Brasil, na ESF, também era homogêneo, do tipo fechado, porém, contemplava todas as gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade, não havendo número fixo de participantes. Consistia em reuniões com número definido em dez encontros e também se baseava na proposta de temas pré-definidos, mas apresentava um caráter mais multiprofissional, com participação de dentista, assistente social, fisioterapeuta, além de enfermeiro e psicólogo na realização dos encontros e contava com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF no planejamento e realização do grupo. Também foi promovida uma visita à maternidade de referência, mas não houve a proposta de uma reunião após o parto. A utilização de recursos audiovisuais era menor, prevalecendo a utilização de dinâmicas, de objetos e de demonstrações práticas, além da preocupação em proporcionar momentos lúdicos e de circulação da fala. Cada encontro durava aproximadamente duas horas e aconteciam quinzenalmente.

O convite era reforçado todas as semanas, individualmente e nos domicílios, para evitar o esvaziamento. Incentivava-se a participação de um acompanhante, desde que este não fosse do sexo masculino, por determinação da Maternidade, que afirma não ter estrutura para acolhê-los na instituição no dia do parto, porém algumas gestantes preferiam ir sozinhas ao grupo. Sorteios de brindes e ofertas de lanches eram frequentes.

A adesão foi considerada satisfatória pela equipe de saúde, contando cada grupo com uma média de sete gestantes, que representava mais de 50% do total cadastrado no Sistema de Informação em Saúde (SIS) pré-natal da Unidade de Saúde da Família em questão.

Entre algumas participantes parecia já haver anterior entrosamento ou contato social, o que ficava evidenciado pelo fato de chegarem juntas, com comunicação intensa, mas que muitas vezes acabavam se configurando em falas paralelas e

brincadeiras íntimas (com muitos risos) durante o grupo e que muitas vezes não eram compartilhadas com o restante. As atividades que despertavam maior atenção eram as de caráter prático, a distribuição dos brindes e os lanches durante o encerramento.

Elas pareciam não concordar com as imposições da Maternidade que se referiam à limitação de acompanhantes do sexo masculino durante o parto, porém não demonstravam interesse em questionar ou em até mesmo expressar sua insatisfação em espaços formais. Elas, em sua maioria, já conheciam a Maternidade em que o parto seria realizado, mas se sentiam inseguras pelo fato de não haver no local uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI Neonatal.

A análise das experiências indica que os dois grupos podem ser considerados informativos ou educativos, com metodologia passiva (transmissão-recepção de informação), embora o grupo brasileiro apresentasse maior estímulo à circulação da fala. As atividades práticas em ambos os grupos despertavam interesse, resultando em valorização e significado para experiência. O número limitado de encontros e a estruturação no formato de palestras com temas pré-definidos reduziram a possibilidade de reflexão e empoderamento dos sujeitos na medida em que não possuíam autonomia para interferir na escolha dos temas ou na alteração da ordem apresentada. Este fato aumenta a possibilidade de os temas discutidos não apresentarem sentido para as participantes, o que diminui a identificação e implicação com o grupo. E, embora tenham procurado inserir temas de diversas áreas de conhecimento, não contemplou o princípio da integralidade, devido à forma fragmentada de apresentação.

A necessidade de inserir recompensas como maneira de estimular a participação no grupo brasileiro parece indicar fragilidade no vínculo constituído e pode representar uma diferença cultural entre os dois países.

A diferença cultural também pode ser percebida no padrão de participação das integrantes durante os encontros, pois as brasileiras se mostravam mais expansivas ou espontâneas, embora isso acontecesse paralelamente ou até mesmo em um movimento mais de resistência para constituição grupal.

A adesão satisfatória precisaria ser analisada mais detalhadamente, a fim de verificar se decorre

do interesse da população por atividades informativas de caráter educacional ou se é fruto de algum outro fator.

As experiências aqui relatadas contribuem para reavivar importantes reflexões, como a predileção das equipes por grupo como principal forma de empreender as ações coletivas e a capacidade desses grupos em oferecer real continência às ansiedades das gestantes.

## Discussão

### Saúde materna na Atenção Primária: reflexões acerca do cuidado

A assistência à mulher na gestação só deveria ser concluída após a consulta puerperal. O seguimento após a gestação permitiria o estabelecimento de condutas para garantir a proteção à mulher, com a orientação para introdução do método contraceptivo, assim como a avaliação para detectar importantes alterações, entre elas os estados depressivos (Serruya e col., 2004).

Durante o período da gestação e do puerpério, o suporte social bem como o suporte familiar ganha importância na manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes que podem decorrer de sua nova condição. Discute-se, ainda, o suporte profissional oferecido às famílias, a necessidade de a mulher ter sua função materna preservada e o relacionamento dessas mulheres com suas respectivas famílias, que por vezes pode estar permeado por dificuldades, requerendo a intervenção de profissionais de saúde junto ao grupo familiar, já que a falta de suporte social pode ser um fator de risco para a mãe e a criança (Pegoraro e Caldana, 2008).

Reconhecer as especificidades desta condição pode possibilitar uma nova forma de cuidado, em que a Atenção Primária/Atenção Básica pode atuar de maneira efetiva. As intervenções não podem ser autoritárias e restritas, tendo em vista a prevenção de riscos; são necessárias ações interdisciplinares de construção de possibilidades concretas para o desenvolvimento de uma relação materna saudável para ambos, mãe e bebê (Ballarin e col., 2008).

Desse modo, na direção da construção de um novo modo de se fazer saúde, há que se destacar



a importância da implementação de uma prática formadora que articule conhecimentos entre os diferentes campos, que esteja em consonância com as atuais políticas de saúde e que garanta a qualificação continuada dos profissionais de saúde a fim de que se possam produzir mudanças nas práticas de gestão e atenção (Ballarin e col., 2008).

Experiências de atenção integral mais inovadoras vêm abordando a promoção de cuidados em saúde materna, a partir de ações articuladas com diferentes serviços. Essas experiências adotam como referência o modelo de rede de atenção, clínica ampliada e apoio matricial. Deve-se ampliar a compreensão acerca do processo saúde-doença, implícito na clínica ampliada, aprofundando o conceito de apoio matricial para a qualificação das ações (Ballarin e col., 2008).

Na concepção da clínica ampliada, discutida por Onocko-Campos (2001), a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito; a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. “O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo” (Onocko-Campos, 2001, p. 101). E, neste sentido, a gravidez não deve ser encarada como doença, mas não se pode negar que ela produz um deslocamento subjetivo que precisa ser posto em análise, com implicações sociais e fisiológicas.

Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente biológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia define como necessidades, mas também pela demanda concreta dos usuários (Onocko-Campos, 2001).

As experiências de grupo apresentadas, por incluírem diferentes temáticas e profissionais de diversos núcleos do saber, parecem reconhecer a complexidade do assunto, a demanda das políticas nacionais por uma clínica ampliada e pela integralidade. Entretanto, não conseguem obter sucesso na integração entre eles, o que pode ser atribuído pela manutenção do modelo de atenção fragmentado e pelo modelo privatista e biologicista em que os profissionais ainda são formados.

No grupo brasileiro, procurou-se utilizar o Apoio Matricial, na figura do NASF, o que poderia ter

contribuído para a integração dos saberes e para uma abordagem mais holística da saúde materna, contudo ele precisaria ser aprimorado no intuito de obter maior sucesso.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional em que especialistas oferecem retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Desta forma, pretende ampliar as possibilidades de composição de projetos terapêuticos e permitir que a equipe explore a diversidade dos campos e núcleos de competência de todos (Campos, 1999).

Essa metodologia da gestão do cuidado baseada nos conceitos de apoio matricial e equipe de referência pode ser adotada desde serviços de saúde mental à área hospitalar, objetivando-se aumentar as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência do trabalho em saúde, mas também investir na construção da autonomia dos usuários (Campos e Domitti, 2007). De acordo com a Portaria que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de 2008, eles devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições de reinserção social dos usuários e uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (Brasil, 2008).

Com relação à Saúde Materna, pode realizar junto da equipe o planejamento das ações coletivas e de educação em saúde, apoiando a ESF na abordagem e no processo de trabalho referente a questões específicas da mulher. E isto inclui, portanto, sua participação nos grupos de gestante, se esta é uma das ações propostas pela equipe da ESF. No entanto, esta participação não deve ser apenas burocrática, deve propor uma análise crítica dos grupos para que eles consigam inserir-se na lógica da clínica ampliada e da promoção da saúde. De qualquer forma, a proposta do Apoio Matricial permanece interessante e seria relevante sua maior divulgação no Sistema Nacional de Saúde de Portugal.

Enfatiza-se, no entanto, que o apoio matricial en-

quanto uma estratégia é recente no campo da saúde e ainda não foi incorporado plenamente no cotidiano do trabalho e no processo de construção de uma rede de atenção integral, o que pode justificar inclusive sua limitada divulgação no cenário internacional (Ballarin e col., 2008).

Em Portugal, o Apoio Matricial poderia compor a “caixa de ferramentas” das Unidades de Cuidado Coletivo - UCC, tendo em vista a aproximação entre as duas propostas, ainda que seja um tema de análise importante o fato de a assistência (USF) estar separada da promoção e prevenção (UCC) nesse país.

De qualquer maneira, a realização de grupos para gestantes poderia contribuir na implantação da Rede Cegonha (Brasil, 2011) no contexto da Atenção Básica (Atenção Primária), enquanto um arranjo em que poderiam ocorrer ações de educação em saúde voltadas para os diversos componentes desse programa. E, no sistema português, esses grupos parecem já se consolidar e ganhar reconhecimento no Programa de Saúde Materna (Portugal, 2006). Contudo, em ambos os países, é preciso rever o caráter informativo, a escolha autoritária, a organização e apresentação fragmentadas que os grupos apresentam e que se configuram como suas principais limitações.

Portanto, essa ferramenta de organização do cuidado, que são os grupos de gestantes, demonstra potencial para disparar discussões pertinentes à saúde da mulher e à saúde de todas as suas relações com o mundo, incluindo a dimensão da maternidade, mas exige reflexões quanto à formação e à prática assistencial dos profissionais de saúde, que são aspectos relevantes no que tange à formulação das ações coletivas de cuidado à mulher e à gestante na atenção primária.

## Considerações finais

Este estudo propôs a discussão sobre os alcances e desafios da assistência no cuidado e atenção integral à saúde materna, a partir do referencial da análise comparada da experiência de dois grupos de gestantes, um no Brasil e outro em Portugal.

A análise comparada permitiu tecer semelhanças e diferenças entre a mesma prática entre os dois países, além de ajudar a evidenciar as diferenças

culturais e propiciar o entendimento da organização da Atenção Primária dos países em questão.

Na política nacional de saúde dos dois países, há o reconhecimento da importância das ações da Atenção Primária, com propostas de organização para esses serviços. Em ambos há a valorização do espaço das Unidades de Saúde da Família e de Centros de Saúde na atenção à saúde materna. Em Portugal, as Unidades de Cuidados Coletivos desempenham papel importante na complementação desse cuidado, mediante a formulação das ações de educação em saúde. Por sua vez, no Brasil há os Núcleos de Saúde da Família, que por meio do Apoio Matricial, também podem contribuir para essas ações.

O formato de grupos de gestantes figura como recorrente principalmente na Atenção Primária dos dois países e por isto a relevância de se apresentar e analisar suas configurações metodológicas e práticas.

A análise das experiências indica que os dois grupos podem ser considerados informativos ou educativos, com metodologia passiva (transmissão-recepção de informação). O número limitado de encontros e a estruturação no formato de palestras com temas pré-definidos reduziram a possibilidade de reflexão, empoderamento, devido à forma fragmentada de apresentação, o que pode também denotar diminuída preocupação em construir maiores coeficientes de autonomia e de participação, reduzindo também as múltiplas reflexões possíveis acerca das mudanças no papel feminino e no deslocamento subjetivo e social produzido pela gravidez.

O espaço, no geral, precisa se adequar para propiciar que as mulheres sejam agentes de mudança de seus próprios processos, no desenvolvimento da capacidade autorreflexiva sobre as relações de gênero ou sobre as reações e sinais de seu corpo e sua sexualidade (Carvalho e Dimenstein, 2004).

Para o planejamento em Saúde, segundo Onocko-Campos (2001), a clínica deveria ser sempre interrogada à luz de sua produção e eficácia. De acordo com a autora: “...fazendo advir uma clínica do sujeito, nos desafia a sermos capazes de mudar nosso *setting*” (Onocko-Campos, 2001, p. 109). E é justamente nesse sentido que propomos o exercício de avaliação e de reflexão sobre os grupos de gestantes.

A clínica ampliada, incorporando entre os seus

deveres a avaliação de risco, favorece a detecção precoce de problemas, permitindo que a “mulher gestante” receba o acompanhamento adequado, o que pode minimizar complicações obstétricas e promover uma melhor qualidade de vida e de relação à mãe e à criança. E, para isso, deve incluir diferentes ações, entre elas as de educação em saúde, que pode ser feita também por meio dos grupos, desde que eles sejam constantemente revistos em sua metodologia e práticas.

A necessidade do cuidado às mulheres, em distintos momentos de suas vidas, pressupõe a contínua luta por uma abordagem ampliada e integral, que efetive a rede de cuidados e que preserve a preocupação com a promoção à saúde.

No presente estudo não foi possível acompanhar todos os encontros dos grupos, devido à limitação do tempo, embora se reconheça que as reuniões presenciadas ofereciam, juntamente com o relato dos profissionais que já haviam participado de outros grupos na íntegra, um parâmetro bastante significativo. Além disso, seria preciso uma investigação mais aprofundada junto às gestantes sobre sua avaliação do grupo, com ênfase nas mudanças que podem ou não ter ocorrido após sua participação. Poderia ser construído um estudo com modelo de “*follow-up*” a fim de analisar os resultados da intervenção e de levantar sugestões para melhorar a metodologia dos grupos, técnica que as equipes de saúde também poderiam passar a utilizar no intuito de tornar o grupo mais participativo.

## Referências

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 511-518, 2008.
- BARROS, R. D. B. Clínica grupal. *Revista do Departamento de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-11, 1995.
- BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 1, n. 4, p. 5-12, 2001. Disponível em: < <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília, DF, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Seção 1, p. 202.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Rede Materno Infantil - Rede Cegonha*. Brasília, DF, 2011. (Nota Técnica, nº 17/2011).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012.
- CAMPOS, G. W. S. Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 563-613.
- CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2013.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008. Suplemento 2.
- COUTO, G. R. *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Universidade do Porto, Porto, 2002.
- FLICK, U. Triangulação na etnografia. In: \_\_\_\_\_. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 101-118.
- GUIMARÃES, M. C. V. *Satisfação do utente e qualidade apercebida: avaliação no centro de saúde Aldoar*. 2009. Dissertação (Mestrado em Qualidade) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MORGADO, C. M. L. et al. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Referência*, Coimbra, n. 12, p. 17-27, mar. 2010.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.
- PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, 2011.
- PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 142/99, de 30 de abril de 1999. Quarta alteração à Lei 4/84, de 5 de abril, alteradas pelas Leis n. 17/95 de 9 de junho, 102/97, de 13 de setembro e 18/98 de 28 de abril. *Diário da República*, Lisboa, 31 de Agosto de 1999. I Série - A, no. 203, p. 5996-6005.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional. *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal - PNSMI*. Lisboa, 2006.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O Programa da Atenção Pré-Natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.
- TANAKA, O. Y., OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.
- ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Recebido em: 01/05/2012

Reapresentado em: 12/11/2012

Aprovado em: 22/05/2013