



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF**

**MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE**

**DESAFIOS DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RIO DE JANEIRO  
2023**

**MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE**

**DESAFIOS DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>**

Defesa da dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Ciências da Saúde: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: saberem em Enfermagem.

Pesquisa Institucional: Trajetórias, Desafios, e Perspectivas da Vigilância em Saúde: a Situação do Município do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Mary Ann Menezes Freire

**RIO DE JANEIRO  
2023**

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. (Tradução em inglês: This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.)

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

A311d ALBUQUERQUE, Marianna Abreu Lucchesi de

Desafios do cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na estratégia de saúde da família/ Marianna Abreu Lucchesi de Albuquerque- Rio de Janeiro, 2023.

119 fls.; il. Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Mary Ann Menezes Freire – Rio de Janeiro: 2023.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Saúde Pública. 2. Cuidado pré-natal. 3. Saúde da Mulher. 4. Grupos Focais. I FREIRE, Mary Ann Menezes (Orient.) II Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

**MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE**

**DESAFIOS DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Defesa da dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Ciências da Saúde: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: saberem em Enfermagem.

Pesquisa Institucional: Trajetórias, Desafios, e Perspectivas da Vigilância em Saúde: a Situação do Município do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Mary Ann Menezes Freire

Aprovada em: 18/08/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.ª Dr.ª Mary Ann Menezes Freire - Orientadora  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

---

Profª Drª Fabiana Ferreira Koopmans - 1ª Avaliadora  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Profª Drª Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa - 2ª Avaliadora  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

---

Profª. Drª. Mercedes Neto - 1ª Suplente  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof. Drª. Laura Johanson da Silva - 2ª Suplente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

**RIO DE JANEIRO  
2023**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico minha dissertação à minha família, em especial aos meus pais e avós que sempre me ensinaram o valor que a educação tem e que o esforço e a dedicação são as chaves para o sucesso.

## AGRADECIMENTOS

Este material tem um valor imensurável, desde a graduação tinha o sonho de poder realizar o Mestrado e após algumas frustrações profissionais, início de outra graduação (desisti na pandemia), pandemia, resolvi embarcar nesta viagem e, em um período atípico, pandêmico, volto a escrever novamente, após cinco anos fora da academia, mergulho nesse mundo e dou vida ao meu sonho, se tornando realidade. Foram dois longos anos de muita luta, momentos de tristezas, empasses onde me vi fraca, impotente, sem forças, mas algo dentro de mim dizia que eu não poderia desistir, era o meu sonho sendo concretizado e eu me fortaleci e lutei bravamente para chegar até aqui.

Agradeço a Deus por ter me sustentado até aqui, pela minha família, por ser minha base, meu porto seguro e por me proporcionarem um lugar no qual eu sei que nunca estarei só! Obrigada por cuidarem de mim! Ao meu marido, em especial, pelo apoio incondicional de sempre e ao meu braço direito e segunda mãe Cacilda, por sempre me ajudar com tudo e com todos lá em casa, aos meus filhos, Sophia e Arthur, que mesmo ainda pequenos sem entender muito a ausência e ocupação da mamãe me deram forças para seguir em frente nessa caminhada.

Tal caminhada só foi possível iniciar pois tive o incentivo de dois grandes amigos e colegas de trabalho, Enf<sup>a</sup> Ana Claudia Pinnas e Dr. Bruno Brandão, que sempre acreditaram no meu potencial, me incentivaram e me ajudaram a dar o passo inicial para esse sonho se tornar realidade, eu deixo aqui o meu muito obrigado a vocês, a semente plantada lá em 2016 está nascendo agora e sem vocês nada disso teria acontecido!

À minha orientadora e amiga Dr<sup>a</sup> Mary Ann Freire que esteve ao meu lado em todo o processo de ensino-aprendizagem que o mestrado pode me proporcionar, como também nos momentos difíceis que passei nesse período, sempre com uma palavra de força e de resiliência que me encheram de energia para seguir de pé e cabeça erguida, me dedicando e fazendo cumprir os nossos objetivos, receba o meu carinho e admiração que tenho por você.

A todos os meus amigos, que de alguma forma contribuíram e se fizeram presentes em todos os ciclos vivenciados até aqui. A todos por onde passei na minha carreira profissional e pude compartilhar desse momento construtivo que foi o mestrado.

E, não menos importante, quero agradecer também a todos os profissionais de saúde da Rocinha que me acolheram e dedicaram um tempo para compartilhar suas experiências e

conhecimentos para a construção desse estudo, sem vocês nada disso seria possível. Muito obrigada a todos!

"Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre." Paulo Freire

## RESUMO

O estudo tem como objetivo geral analisar os desafios do cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal desenvolvido pelas ESF, em três unidades de Atenção Primária à Saúde, localizadas na Rocinha, município do RJ. **Método:** O grupo focal foi a técnica utilizada para a produção dos dados. Foram realizados vinte e três grupos focais com as equipes de saúde da família das três unidades de APS da Rocinha/RJ, no período de outubro a dezembro de 2022. Resultados organizados segundo os referenciais de Laurence Bardin e a proposta de sistematização, conforme Denize Cristina de Oliveira, sendo categorizados em duas categorias, sendo elas: 1) ‘Aspectos socioeconômicos e processo de trabalho no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal’, onde emergiram os temas; e 2) ‘Pluralidade no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na APS’. A análise do material possibilitou identificar os temas que emergiram dos grupos focais e provocaram a construção e o desenvolvimento das redes categoriais do estudo. **Resultados e discussão:** A categoria 1 contempla 359 UR, distribuídas em 19 US e representando 52,1% do total. Abordou, reafirmado pelas colocações dos participantes da pesquisa, que a maioria das mulheres passam por dificuldades socioeconômicas, e que esta condição de vulnerabilidade influencia diretamente em seu autocuidado e nos cuidados inerentes a esse bebê que está a caminho. A vigilância em saúde é considerada essencial para o planejamento, organização, discussão de caso e coordenação do cuidado integral à mulher dentro do acompanhamento do pré-natal, incluindo a realização das consultas regulares, as visitas domiciliares e casos específicos pontuados dentro das necessidades de um olhar mais atento em situação de vulnerabilidade ou gravidade que ponha em risco a saúde materna-fetal. Já a categoria 2 abarca 330 UR, estruturada em 19 US e correspondendo a 47,9%. Compreende os conceitos de cuidado em saúde, perpassando o cuidar do ser humano em sua totalidade, atendendo suas necessidades de saúde de forma integral e longitudinal. Trouxe as especificidades, potências e fragilidades no processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, ficando evidente que a equipe multiprofissional é uma potência no cuidar da mulher neste ciclo de vida. As falas dos profissionais trouxeram o impacto positivo nas ações de promoção de saúde frente às mulheres gestantes, porém não é algo que está sendo realizado com frequência por parte dos profissionais. É sabido que a ESF serve de espaço produtivo e favorável para a promoção da educação em saúde e apropriado para motivar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, servindo de instrumento de formação para exercerem a participação social. **Considerações finais:** Pode-se concluir que, para desempenhar a promoção da saúde, é necessária uma desconstrução do modelo assistencial vigente, em razão das dificuldades originadas da rotina e da estruturação do serviço. A atuação concreta dessa população é o eixo da implantação de práticas emancipatórias, com foco na autonomia dos sujeitos e no diálogo profissional-usuário. Com isso, é possível atuar nos determinantes do processo saúde-doença que influenciam no percurso gestacional de maneira saudável.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Mulher. Grupos Focais.

## ABSTRACT

The study aims to analyze the challenges of women's healthcare during the pregnancy-postpartum cycle developed by the Family Health Strategy (FHS) in three Primary Healthcare units located in Rocinha, a municipality in Rio de Janeiro. **Method:** The focus group was the technique used for data production. Twenty-three focus groups were conducted with the family health teams from the three APS units in Rocinha/RJ, from October to December 2022. Results were organized according to Laurence Bardin's framework and the systematization proposal by Denize Cristina de Oliveira, categorized into two categories: 1) 'Socioeconomic aspects and the work process in women's healthcare during the pregnancy-postpartum cycle,' where the following themes emerged; and 2) 'Diversity in women's healthcare during the pregnancy-postpartum cycle in PHC.' The analysis of the material identified the themes that emerged from the focus groups, leading to the construction and development of the study's categorical networks. **Results and discussion:** Category 1 encompasses 359 URs, distributed across 19 USs, representing 52.1% of the total. It addressed, reaffirmed by the participants' statements, that most women face socioeconomic difficulties, and this condition of vulnerability directly influences their self-care and the care required for the baby on the way. Health surveillance is considered essential for planning, organizing, case discussion, and coordinating comprehensive care for women within prenatal care, including regular check-ups, home visits, and specific cases identified within the needs of a more attentive approach in situations of vulnerability or severity that threaten maternal-fetal health. Category 2, on the other hand, comprises 330 URs, structured in 19 USs, accounting for 47.9%. It encompasses concepts of healthcare, addressing the holistic care of the human being, meeting their health needs comprehensively and longitudinally. It brought out the specificities, strengths, and weaknesses in the work process of healthcare professionals, making it clear that the multiprofessional team is a strength in caring for women during this life cycle. The professionals' statements highlighted the positive impact on health promotion actions for pregnant women, although it is not something that is frequently carried out by professionals. It is known that the FHS serves as a productive and favorable space for health education and is suitable for motivating users critical and reflective awareness, serving as a training tool for them to participate in social activities. **Final considerations:** It can be concluded that, to carry out health promotion, there is a need to deconstruct the current healthcare model due to the difficulties arising from routine and service structure. The concrete action of this population is the cornerstone of implementing emancipatory practices, focusing on the autonomy of individuals and professional-user dialogue. This enables addressing the determinants of the health-disease process that influence a healthy gestational journey.

**Key words:** Public Health. Prenatal Care. Women's Health. Focus Groups.

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo general analizar los desafíos del cuidado de la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal desarrollado por los Equipos de Salud de la Familia (ESF) en tres unidades de Atención Primaria de Salud ubicadas en Rocinha, un municipio de Río de Janeiro. **Método:** La técnica utilizada para la producción de datos fue el grupo focal. Se llevaron a cabo veintitrés grupos focales con los equipos de salud de la familia de las tres unidades de APS de Rocinha/RJ, durante el período de octubre a diciembre de 2022. Los resultados se organizaron según los referentes de Laurence Bardin y la propuesta de sistematización de Denize Cristina de Oliveira, categorizándolos en dos categorías: 1) 'Aspectos socioeconómicos y proceso de trabajo en el cuidado de la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal', donde surgieron los temas; y 2) 'Pluralidad en el cuidado de la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal en APS'. El análisis del material permitió identificar los temas que emergieron de los grupos focales y provocaron la construcción y desarrollo de las redes categoriales del estudio. **Resultados y discusión:** La categoría 1 comprende 359 UR, distribuidas en 19 US y representa el 52.1% del total. Abordó, respaldado por las declaraciones de los participantes de la investigación, que la mayoría de las mujeres enfrentan dificultades socioeconómicas, y que esta condición de vulnerabilidad influye directamente en su autocuidado y en los cuidados inherentes al bebé en camino. La vigilancia de la salud se considera esencial para la planificación, organización, discusión de casos y coordinación de la atención integral de la mujer durante el seguimiento prenatal, incluyendo la realización de consultas regulares, visitas domiciliarias y casos específicos señalados en función de necesidades que requieren una atención más cuidadosa en situaciones de vulnerabilidad o gravedad que ponen en riesgo la salud materno-fetal. Por otro lado, la categoría 2 abarca 330 UR, estructuradas en 19 US y representando el 47.9%. Comprende los conceptos de cuidado de la salud, abordando el cuidado del ser humano en su totalidad, atendiendo sus necesidades de salud de manera integral y a lo largo del tiempo. Se destacaron las especificidades, fortalezas y debilidades en el proceso de trabajo desarrollado por los profesionales de la salud, y quedó claro que el equipo multiprofesional es fundamental en el cuidado de la mujer en este ciclo de vida. Las declaraciones de los profesionales resaltaron el impacto positivo de las acciones de promoción de la salud en las mujeres embarazadas, aunque no es algo que se realice con frecuencia por parte de los profesionales. Se sabe que la ESF sirve como un espacio productivo y propicio para la promoción de la educación en salud y es adecuada para fomentar la conciencia crítica y reflexiva de los usuarios, sirviendo como instrumento de formación para ejercer la participación social. **Conclusiones:** Se puede concluir que, para llevar a cabo la promoción de la salud, es necesario desmontar el modelo asistencial actual debido a las dificultades derivadas de la rutina y la estructura del servicio. La acción concreta de esta población es el eje de la implementación de prácticas emancipatorias, con un enfoque en la autonomía de los sujetos y en el diálogo entre el profesional y el usuario. De esta manera, es posible intervenir en los determinantes del proceso salud-enfermedad que influyen en un embarazo saludable.

**Palabras clave:** Salud Pública. Atención Prenatal. Salud de la Mujer. Grupos Focales.

## LISTA ESPECIAL DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática no SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPP	Instituto Pereira Passos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TIG	Teste Imunológico para Gravidez
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de registro
US/UT	Unidade de significação ou temática

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Grupos Focais e número de profissionais participantes por grupo.....	38
<b>Quadro 2</b> - Categorias e subcategorias dos dados da pesquisa .....	40
<b>Quadro 3</b> - Categoria 1 - Aspectos socioeconômicos e processo de trabalho no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.....	42
<b>Quadro 4</b> - Categoria 2: Pluralidade no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na ESF. ....	43
<b>Quadro 5</b> - Subcategoria 1.1 - Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha .....	57
<b>Quadro 6</b> - Subcategoria 1.2 - Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.....	63
<b>Quadro 7</b> - Subcategoria 2.1: Conceitos de cuidado em saúde .....	72
<b>Quadro 8</b> - Subcategoria 2.2: Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal – especificidades, potências e fragilidades .....	75
<b>Quadro 9</b> - Subcategoria 2.3: Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.....	86

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) 2012-2023 .....	52
<b>Gráfico 2</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2018 .....	53
<b>Gráfico 3</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2019 .....	53
<b>Gráfico 4</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2020 .....	54
<b>Gráfico 5</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2021 .....	54
<b>Gráfico 6</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2022: .....	54
<b>Gráfico 7</b> - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2023 (até 02/04/2023).....	55

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Comunidade da Rocinha/RJ .....	47
<b>Figura 2</b> - Mapa da divisão das 25 regiões da Rocinha – 2016.....	50

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1.1	OBJETO DE ESTUDO .....	24
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS .....	24
1.3	OBJETIVOS .....	24
<b>1.3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>25</b>
1.4	JUSTIFICATIVA E IMPACTO DO ESTUDO .....	25
<b>2</b>	<b>CAMINHOS PARA REFLEXÃO: ASPECTOS QUE PERMEIAM O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
2.1	O TERRITÓRIO VIVO E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO À SAÚDE .....	27
2.2	A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO VOLTADO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	30
2.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA POTENTE DE CUIDADO .....	31
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
3.1	LOCAL DO ESTUDO, POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	34
3.2	PROTOCOLO DO ESTUDO .....	35
3.3	PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	37
<b>3.3.1</b>	<b>Processo de Categorização dos Dados.....</b>	<b>37</b>
3.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	41
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS SOCIOECONOMICOS E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO FATORES QUE AFETAM A PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>47</b>
5.1	ROCINHA: TERRITÓRIO, POPULAÇÃO, CONTRASTES E VIDA EM MOVIMENTO .....	47

5.2	CATEGORIA 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL .....	56
<b>5.2.1</b>	<b>Subcategoria 1.1: Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha .....</b>	<b>56</b>
5.2.1.1	<i>Condições de saúde .....</i>	57
5.2.1.2	<i>Saneamento básico .....</i>	58
5.2.1.3	<i>Condições econômicas.....</i>	58
5.2.1.4	<i>O acesso à unidade.....</i>	59
5.2.1.5	<i>A rede de apoio.....</i>	59
5.2.1.6	<i>Os agravos na gestação que levam à uma gestação de alto risco .....</i>	60
5.2.1.7	<i>Direitos da mulher gestante.....</i>	60
<b>5.2.2</b>	<b>Subcategoria 1.2: Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal .....</b>	<b>62</b>
5.2.2.1	<i>Vigilância em saúde.....</i>	64
5.2.2.2	<i>Consultas .....</i>	64
5.2.2.3	<i>Reunião de equipe.....</i>	65
5.2.2.4	<i>Orientação profissional.....</i>	65
5.2.2.5	<i>Busca ativa.....</i>	66
5.2.2.6	<i>Visitas domiciliares .....</i>	66
5.2.2.7	<i>Atendimentos complementares ao protocolo municipal de saúde.....</i>	67
5.2.2.8	<i>Acolhimento profissional.....</i>	67
5.2.2.9	<i>Educação em saúde .....</i>	68
5.2.2.10	<i>Vínculo.....</i>	68
5.2.2.11	<i>Educação permanente .....</i>	68
5.3	CATEGORIA 2 - PLURALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	71
<b>5.3.1</b>	<b>Subcategoria 2.1 Conceitos de cuidado em saúde.....</b>	<b>71</b>
5.3.1.1	<i>Cuidar do ser humano em sua totalidade.....</i>	72
5.3.1.2	<i>Atendimento das necessidades de saúde.....</i>	73
5.3.1.3	<i>Integralidade da atenção.....</i>	73
<b>5.3.2</b>	<b>Subcategoria 2.2 Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico puerperal – especificidades, potências e fragilidades.....</b>	<b>75</b>
5.3.2.1	<i>Acolhimento e escuta ativa .....</i>	77

5.3.2.2 A disponibilidade dos profissionais para com o cuidado à mulher .....	78
5.3.2.3 A gestante em sua totalidade .....	78
5.3.2.4 Os anseios e as dúvidas das gestantes.....	79
5.3.2.5 A dificuldade de acesso à direitos .....	80
5.3.2.6 A sobrecarga de trabalho nas ESFs .....	80
5.3.2.7 A equipe multiprofissional na potência do cuidar.....	81
5.3.2.8 Promover saúde para prevenção de agravos .....	82
5.3.2.9 Problemas na articulação em rede.....	82
<b>5.3.3 Subcategoria 2.3 Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal .....</b>	<b>85</b>
5.3.3.1 Grupos de educação em saúde .....	87
5.3.3.2 Orientações gerais sobre amamentação .....	88
5.3.3.3 Dificuldades no processo de trabalho para planejamento e execução de grupos educativos.....	88
5.3.3.4 Capacitação dos profissionais como estratégia de acolhimento às dúvidas .....	89
5.3.3.5 Acolhimento e cuidado como estratégia de educação em saúde.....	89
5.3.3.6 A existência de um ambiente para amamentação.....	90
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTÕES DO GRUPO FOCAL .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/UNIRIO.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/SMS-RJ .....</b>	<b>112</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 1980, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o esqueleto das políticas públicas do país, sendo regulamentado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 6º - onde destaca-se a saúde como um direito social; e no artigo 196 – que coloca como dever do Estado garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como uma política pública de saúde no Brasil em 1994, como um dos embriões de uma política nacional de atenção básica. Aos poucos, essa política passou a representar os interesses informados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando notificou o Relatório *Primary Health Care Now More Than Ever*, convidando todos os governos a refletirem sobre alterações que fossem capazes de fortalecer a conexão entre os princípios da atenção primária à saúde e as perspectivas dos usuários. Estas alterações incluíam modificações no amparo público universal, na contribuição de serviços reestruturados a partir das necessidades e expectativas das pessoas, nas políticas públicas que garantissem comunidades mais saudáveis e na modificação de liderança, para um modelo mais abrangente (Pinto; Giovanella, 2018).

A partir de sua concepção em 1994, o PSF foi aos poucos se transformando na estratégia fundamental para o desenvolvimento do acesso à saúde e contato principal dos usuários, além da alteração do modelo assistencial. Cerca de dez anos após sua criação, o PSF se tornou o alicerce orientador do pilar do SUS, sendo reorganizada para Estratégia de Saúde da Família, estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, e posteriormente passou por revisões em 2011 e 2017 (Pinto; Giovanella, 2018).

A decisão política de reorganizar a rede de atenção à saúde, visando à universalização do acesso da população brasileira à Atenção Básica e consolidando o processo de descentralização iniciado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi a inspiração para a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos diversos municípios do país (Andrade; Bezerra; Barreto, 2005).

Após a implementação da ESF, torna-se necessária a construção de uma equipe multiprofissional que atue em uma área delimitada. Os profissionais atuam na unidade de saúde, envolvendo a comunidade local em seu território, para conhecer suas necessidades em saúde e

vulnerabilidades sociais, além de estabelecer prioridades de trabalho a curto, médio e longo prazo. Entre as ações básicas a serem exercidas pelos profissionais da ESF, conforme as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), incluem-se: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do Diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e ações de saúde bucal (Duarte *et al.*, 2006).

De acordo com a PNAB a Atenção Básica é descrita como a porta de entrada preferencial do SUS, exerce papel estratégico na rede de atenção e detém um ambiente privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, de modo a servir como alicerce para sua elaboração e para a execução da integralidade. Para isso, é primordial que a Atenção Básica tenha aumento na resolutividade em sua capacidade clínica, de cuidado e no agrupamento de tecnologias leves, leves duras e duras (que são as diagnósticas e terapêuticas), além disso, na combinação da Atenção Básica com outros itens das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017).

Após a implementação da ESF, torna-se necessária a construção de uma equipe multiprofissional que atue em uma área delimitada. Os profissionais atuam na unidade de saúde, envolvendo a comunidade local em seu território, para conhecer suas necessidades em saúde e vulnerabilidades sociais, além de estabelecer prioridades de trabalho a curto, médio e longo prazo. Entre as ações básicas a serem exercidas pelos profissionais da ESF, conforme as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), incluem-se: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do Diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e ações de saúde bucal (Duarte *et al.*, 2006).

A Organização Mundial da Saúde apontou, no ano de 2021, que mais de 800 mulheres vão a óbito diariamente em todo o mundo, por questões que envolvem a gestação ou parto, e mais de 90% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, de média e baixa renda. No Brasil, a morte materna se mantém estável ao longo dos anos, o que demonstra ausência de intervenções ou intervenções pouco eficazes para o enfrentamento desse problema. A principal causa de morte materna são as Síndromes Hipertensivas. No Brasil, em 2019, essa foi a principal causa de morte materna (Fiocruz, 2022).

Considera-se relevante para a saúde materna e neonatal durante o pré-natal ter um cuidado integral, acolhedor e de qualidade. No decorrer da consulta pré-natal, quando esta não é percebida pelas gestantes como um momento de acolhimento, cuidado e de ações educativas, pode acarretar a diminuição da satisfação e confiança da gestante no profissional que está conduzindo seu pré-natal. Já as alterações fisiológicas que a gravidez provoca são capazes de

gerar inúmeras manifestações no organismo da mulher que podem ser identificadas como doenças por parte das mulheres que vivem esse processo. A partir disso, o profissional de saúde fica responsabilizado em orientar e decifrar de forma correta essas situações de modo a não minimizar os sintomas expostos. O trabalho dos profissionais da equipe de Saúde da Família deve ser baseado nos pressupostos do cuidado humanizado, identificando a individualidade dos sujeitos durante a consulta e estabelecendo com cada gestante um vínculo de modo a perceber suas atuais necessidades (Assunção, 2019).

A atenção durante o pré-natal tem se tornado uma preocupação constante por parte do Ministério da Saúde, que tem investido na qualificação profissional de todo o sistema de saúde, por meio da elaboração e execução de protocolos nas unidades de referência. Esses protocolos destacam que a atenção pré-natal deve priorizar a qualidade e a humanização no atendimento à gestante. A mulher precisa ser acolhida pelos serviços de saúde e seus profissionais de forma digna, com um olhar minucioso, reconhecendo-a como sujeito de direitos, não sendo tratada como elemento passivo do cuidado oferecido. Indicadores mostram que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas situações de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal. Estudos apontam que o cuidado pré-natal pode contribuir para a redução da prematuridade e do baixo peso ao nascer (Oliveira; Madeira, 2011).

Nessa perspectiva, as ESFs devem estar comprometidas em conhecer as necessidades de saúde e vulnerabilidades sociais da população local, estimulando a coparticipação e a participação social para criar e consolidar vínculos. A ESF deve realizar ações de vigilância em saúde relacionadas ao trabalho e ao território dos indivíduos, oferecer acolhimento humanizado, promover o cuidado em saúde, realizar visitas domiciliares e desenvolver ações educativas em saúde de forma contínua e progressiva. Organizar o trabalho em equipe é um dos maiores desafios das ESFs, buscando um desempenho eficiente em todas as suas atribuições, refletindo assim no aprimoramento da atenção primária à saúde. A ESF é vista como um ambiente excelente para a construção, discussão e fortalecimento da interdisciplinaridade e intersetorialidade, sendo uma ferramenta valiosa para ajudar as equipes nessa função (Fagundes; Oliveira, 2017).

Durante o pré-natal, o profissional de saúde deve contribuir para a promoção da saúde da mãe e do filho, fornecendo informações e reflexões sobre a maternidade, as mudanças do corpo, a adoção de práticas para manter a saúde e a prevenção de alterações fisiológicas que possam afetar a experiência da gestação. Estratégias devem ser utilizadas para garantir uma

saúde gestacional que permita superar situações de estresse, que podem afetar a qualidade de vida e, conseqüentemente, levar a complicações no parto (Amaral; Magalhães; Teixeira, 2010).

É considerado um período gestacional exemplar aquele em que se alcançam hábitos saudáveis por meio de uma educação em saúde adequada para as gestantes. Nesse momento, a mulher está sensibilizada e disposta a buscar novos conhecimentos. Assim, todas as decisões e condutas maternas refletem diretamente no crescimento e desenvolvimento de um bebê saudável. Portanto, ações educativas e de promoção da saúde são essenciais para que a mulher compreenda o que é ideal em todos os processos que envolvem esse período e seja capaz de adotar bons hábitos desde o início da vida da criança (Belaunde *et al.*, 2022).

Neste sentido, a promoção da saúde materno-infantil, em conjunto com o conceito de humanização, precisa ser executada com base na recondução pelo acesso à educação problematizadora, em concordância com o que foi apresentado pela Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Brasil, 2013). Essa política recomenda uma ação político-pedagógica que permeie as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do diálogo entre a variedade de conhecimentos, considerando os saberes populares, a ancestralidade, o estímulo à produção individual e coletiva de saberes, e a inclusão destes no SUS (Fagundes; Oliveira, 2017).

Na perspectiva das trocas e reflexões nos campos do SUS, da Educação em Saúde e da Saúde Coletiva, busca-se uma fundamentação através do olhar de Paulo Freire, referência na área da educação como forma de politização, conscientização e humanização do ser humano. Freire (1992) ressaltou que não é possível educar sem uma concepção de nós mesmos como seres históricos, políticos, sociais e culturais, e que isto não é proporcionado apenas pelo exercício técnico da educação, o que elucida o cenário atual da educação em saúde, portanto a disposição do sistema está fundamentada na visão ampla espalhada pelo modelo biomédico. Para isso, Freire (1987) destaca a visão uni casual dos problemas, eliminando a compreensão da complexa totalidade. Tais medidas de agir reforçam a atitude focalista de veracidade das massas oprimidas, confundem seu senso crítico da realidade e as mantêm ilhadas.

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como proposta trazer as contribuições das Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica através da educação em saúde na assistência pré-natal, destacando o papel que desempenham desde o acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), passando pelas consultas de acompanhamento, até seus desdobramentos na continuidade do cuidado às gestantes durante o processo gravidez-parto-puerpério.

## 1.1 OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo tem como objeto de estudo o cuidado à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sob a ótica da educação em saúde, desenvolvido pelas equipes de saúde da família em três unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) localizadas na Rocinha, município do Rio de Janeiro.

## 1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Neste estudo, será abordado duas questões norteadoras:

- De que forma as Equipes de Saúde da Família atuam no cuidado à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal?
- Quais as estratégias de educação em saúde utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família no cuidado à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Analisar o cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família em três unidades de APS localizadas na Rocinha, município do Rio de Janeiro.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Identificar as formas de atuação das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, três unidades de APS, localizadas na Rocinha, município do RJ. E discutir as estratégias de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, em três unidades de APS, localizadas na Rocinha, município do RJ.

## 1.4 JUSTIFICATIVA E IMPACTO DO ESTUDO

Durante minha trajetória como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família em uma UBS no bairro de Curicica/RJ, pude observar as dificuldades na comunicação entre os profissionais de saúde, desde o acolhimento da gestante após o diagnóstico através do Teste Imunológico para Gravidez (TIG), até a realização dos demais exames durante as consultas de pré-natal. Além disso, notei a falta de interesse por parte das gestantes em saber sobre o período correto de realização dos exames em cada trimestre gestacional, o que muitas vezes resultava em faltas ou atrasos na realização desses procedimentos. Essa baixa adesão também se refletia nos grupos de Gestantes oferecidos na mesma Unidade de Saúde, bem como nas estratégias utilizadas para sua realização.

Diante dessas percepções, surge a relevância deste estudo, que busca refletir sobre a atuação dos profissionais da equipe de ESF de forma articulada, em relação às ações educativas de saúde, visando a continuidade do cuidado e a promoção da atenção integral e transversal. É necessário criar oportunidades para a troca de informações, momentos descontraídos para tirar dúvidas e expressar receios das gestantes, de modo a trabalhar coletivamente e oferecer um cuidado em saúde mais personalizado, levando em conta as necessidades individuais e coletivas.

Em 1984, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, buscando a integralidade e equidade da atenção. O programa abrange ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, com enfoque na assistência à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, além de outras áreas de

saúde, de acordo com as necessidades identificadas com base no perfil populacional dessas mulheres. O objetivo principal do PAISM é oferecer um atendimento abrangente às mulheres em todas as fases da vida, respeitando suas necessidades e características individuais (Brasil, 1984).

Enquanto enfermeira de saúde da família, produziu-se em mim um encantamento pela área e uma curiosidade em aprofundar os estudos sobre os aspectos relacionados à educação em saúde durante o pré-natal e puerpério. Compreende-se que esse estudo seja de grande relevância, servindo como possibilidade de produção de evidências científicas; para o ensino em saúde pública, assim como nos temas relativos à saúde da mulher; para a população, em especial as mulheres; como um potente instrumento direcionador para ações de saúde pública e para os profissionais de saúde, principalmente os da equipe de Saúde da Família, para compreenderem melhor a essência/importância dessa área e fortalecerem seus processos de trabalho. A divulgação de dados científicos sobre o tema também permite ampliar o diálogo com a população, destacando a importância de tais ações para o pré-natal e puerpério, bem como para a saúde da mulher e da criança.

## 2 CAMINHOS PARA REFLEXÃO: ASPECTOS QUE PERMEIAM O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.1 O TERRITÓRIO VIVO E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO À SAÚDE

Corrêa (1995, *apud* Monken *et al.*, 2008) traz que nos estudos sobre os cuidados em saúde e sobre o campo da saúde pública, vem ocorrendo uma nova inserção de definições geográficas, como espaço, território e ambiente. Conforme inúmeros pontos de vista, o espaço geográfico, neste momento, encontra-se relacionado a uma parte específica da Terra, reconhecida pela natureza, pelas marcas que o corpo social ali imprime, além do modo como referência à simples localização, estando indiscriminadamente em escalas distintas, como a global, continental, regional, estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua e, até mesmo de uma casa apenas (Monken *et al.*, 2008).

O estudo do espaço geográfico garante não só a compreensão do real, por meio de uma avaliação objetiva, como também está subordinado a uma avaliação subjetiva do espaço de acordo com o meio percebido. Desta forma, considera-se ainda que a elaboração do espaço geográfico seja uma contingência histórica do método de reprodução social, causadora da necessidade de estruturação econômica e social e de um determinado ordenamento espacial. No procedimento de elaboração do espaço geográfico, a experiência e o entendimento são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que solidificam os aspectos subjetivos adjuntos a este. A compreensão do espaço é assinalada por afetividade e citações de identidades socioculturais. Nesta lógica, o homem é o fomentador da construção do espaço geográfico e, ao conferir princípios a esse processo, atesta como sujeito social e cultural (Monken *et al.*, 2008).

De fato, em meio às inúmeras diferenças dos conceitos de espaço e território, a que prevalece, por vezes, é que a ideia de espaço não faz menção a limites e ao acesso, ao passo que a de território prontamente nos lembra dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não "caibam". Assim como o território é preenchido por uma população heterogênea, composta por sujeitos sociais frequentemente antagônicos, acredita-se que esse território constitua um palco de conflitos entre projetos. Os conflitos ambientais se concretizam por meio de ações contrárias

que diferentes sujeitos sociais exercem no território. Estes atos aparecem, pois, em meio a esses sujeitos encontram-se distintas percepções e projetos acerca do ambiente. Tais conflitos talvez sejam locais ou, de vez em quando, conquistar maior magnitude, quando interesses relacionados a outros sujeitos são alcançados (Chavez, 2002).

Um número reduzido de comunidades de menor poder aquisitivo se abriga ao entorno de atividades poluidoras, em consequência do custo inferior da terra nessas localidades. Dessa maneira, existe uma propensão de agrupamento dessas populações de baixa renda e menor desenvoltura na disposição ao entorno de locais aos quais habitam atividades que, de alguma forma, os expõem ainda mais. Isso vem sendo apontado como um “fator de conturbação” para estudos epidemiológicos que buscam confrontar agravos à saúde com problemas ambientais (Jolley *et al.*, 1992, *apud* Monken *et al.*, 2008).

Mais uma condição prejudicial às populações carentes acontece quando estas se apropriam de áreas de difícil construção, esquecidas pela conjectura imobiliária. Tais populações, ao se formarem nesses locais, com suas construções arriscadas, podem conduzir à deterioração da área ao seu redor e dos recursos naturais, acarretando uma agregação de riscos. Dentre os principais riscos estão a dispersão de doenças infectocontagiosas. Esse assunto aumenta a vulnerabilidade do ambiente, sujeitando os indivíduos, os grupos sociais e a sociedade a condições de risco provocadas por mudanças nos determinantes e condicionantes das doenças, especialmente das infecciosas disseminadas no contato homem-ambiente, como, por exemplo, a hepatite, a leptospirose, a cólera, dentre outras, além disso, aquelas cujo contágio se dá por meio de vetores, como a dengue, a malária, a leishmaniose, as arboviroses, dentre outras (Monken *et al.*, 2008).

Barreto (1998) resume que a saúde é componente essencial para a qualidade de vida das pessoas. Deste modo, tudo o que é relacionado à saúde e ambiente consiste em assuntos pertinentes, resultando, ao menos, de três parâmetros: a história da saúde pública constituiu o apontamento pela ligação saúde e ambiente, desenvolvendo-se em componente fundador de seus pressupostos, e se nos dias de hoje essa conexão está perdendo força, existem indícios satisfatórios para aproximá-los de novo; o intenso laço no meio da saúde e do ambiente se contrapõe ao espectro rigorosamente biológico do processo saúde-doença, simultaneamente em que se vai de encontro ao modelo de evolução econômico-industrial, o qual presume um distanciamento do homem para com a natureza, alterando tecnologias vitais da vida humana, bem como comer, beber e respirar em probabilidades de exposição a riscos e a patógenos físicos, químicos e biológicos; e os movimentos sociais surgem de maneira progressiva

demandando dimensões de integridade extensiva e globalizante para resguardar o ambiente, como tática de prevenção da própria humanidade, o que pode ser descrito no campo das ciências como a demanda de atuações interdisciplinares e plurais (Monken *et al.*, 2008).

Segundo Unglert (*apud* Mendes, 1999):

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita.

O SUS se fundamenta como alicerce num âmbito territorial. Desta forma, a disposição dos serviços de saúde adota uma tática operacional de delimitação de áreas de domínio equivalente aos níveis de complexidade das ações de saúde. Os preceitos organizativos do SUS preservam significativas relações com a compreensão de território, ao passo que a demarcação de um espaço exclusivo para o panorama das ações de saúde orientadas a uma população específica, entretanto com formação distinta, quantitativa e qualitativamente. Nesses locais, os mecanismos relacionados à prática em saúde convergem para a conexão das ações de atenção, promoção e prevenção, de maneira que as interferências acerca dos problemas constituam também a respeito das condições de vida da população. A disposição local dos serviços de saúde tem como base os princípios da regionalização e da hierarquização, determinando uma base territorial composta por associações contínuas, dentre estas, a base de desempenho dos agentes comunitários de saúde – as microáreas –, a das equipes de saúde da família – as áreas –, e, finalmente, a área de abrangência das unidades básicas de saúde (Santos *et al.*, 2011).

Na área da saúde pública no Brasil, as práticas de saúde que se aproximam do habitual da vida nas comunidades são aquelas ligadas às atividades da Atenção Básica à Saúde, efetivamente constituídas pela ESF. Essa política retrata uma reorientação do modelo assistencial de saúde e determina as maneiras de realizar vigilância em saúde com base nas seguintes características: criação de vínculos e de responsabilização mútua entre a equipe de saúde e a comunidade; a família, abarcada em sua conjuntura relacional com o lugar onde vive, como elemento de atuação e intervenção; o comprometimento sanitário por uma população adscrita ou ‘territorializada’; e as práticas extramuros apontadas para o território (Santos *et al.*, 2011).

## 2.2 A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO VOLTADO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os Serviços de Atenção Primária à Saúde (SAPS), organizados e condutores do cuidado, são mais eficientes na gestão da atenção e na oferta apropriada de ações, em conformidade com as efetivas necessidades da população. Em todos os campos da atenção à saúde, a organização do cuidado é essencial, pois está relacionada a melhores resultados, seja na apropriada aplicação dos recursos públicos ou no contentamento dos usuários. Essa característica tem sido considerada como um mecanismo poderoso para diminuir os obstáculos de acesso, proporcionando uma assistência mais integral e competente, o que é benéfico para a ordenação do sistema de modo geral (Cruz *et al.*, 2009).

No contexto da saúde da mulher e da criança, o elemento de organização do cuidado tem ampla representatividade na busca por uma qualidade de atenção mais eficiente, o que representa um enorme desafio. Esse assunto tem um impacto significativo em todo o mundo, e têm sido empregados esforços para aprimorar as condições de saúde e diminuir a morbimortalidade nessas populações (Cruz *et al.*, 2009).

A porta de entrada dos usuários no Brasil ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção primária), e os casos que demandam atenção de alta complexidade são direcionados aos serviços especializados, podendo ser organizados em esfera municipal ou regional, conforme a demanda do município (Brasil, 2011; CEI *et al.*, 2019). Entende-se que a saúde materna é sensível à APS, e melhorar o nível de qualidade desse tipo de atenção é essencial para diminuir as taxas de mortalidade dessa população. Óbitos e morbidades que acontecem no período gestacional, parto e puerpério são passíveis de serem evitados com a implantação de ações interligadas e de acesso universal, por meio de tecnologias leves e cuidados elementares (Baratieri *et al.*, 2019).

A Rede Cegonha foi uma das primeiras redes idealizadas e formadas no Brasil com essa lógica, sendo estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, cujo cerne é a saúde materno-infantil, operando desde o planejamento familiar até os dois anos completos da criança. A Rede Cegonha visa implantar um novo modelo de atenção à saúde, garantindo o acesso, o acolhimento e a resolutividade na atenção, bem como reduzir a mortalidade, através da implantação de medidas relacionadas ao aumento da cobertura e à garantia de um

acompanhamento de qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (Brasil, 2011; CEI *et al.*, 2019).

Ainda sobre a Rede Cegonha, cabe lembrar que, em 2000, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cooperando nas análises das obrigações da atenção peculiar à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O PHPN trouxe como objetivo primordial a garantia da melhoria do acesso, da abrangência e da qualidade do acompanhamento pré-natal, o acolhimento no parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, da perspectiva dos direitos e cidadania, baseando-se nos princípios de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é quesito fundamental para o adequado parto e puerpério (Brasil, 2000; CEI *et al.*, 2019).

Com isso, a assistência pré-natal abrange um conjunto de ações direcionadas à saúde da mulher, no transcorrer da gestação, com a finalidade de detectar riscos, ter uma ação precoce perante as situações descobertas, garantir uma melhor condição de saúde, evitar que venha a óbito e que não haja o comprometimento físico da mãe e do feto, de maneira a colaborar com a redução da morbimortalidade materno-fetal (Cardoso *et al.*, 2016). A APS é a principal responsável e indispensável na atenção à mulher no pós-parto, através da conexão da percepção técnica e a capacidade de acolher, apoiar e identificar alterações físicas e emocionais previamente, de atuar na prevenção, no tratamento e no acompanhamento dessa mulher, com direcionamento para outros serviços quando se faz necessário (Baratieri *et al.*, 2019).

Para se ter uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada deve-se priorizar ações acolhedoras e sem intervenções sem necessidade, além de facilitar o acesso aos serviços de saúde, com atuações que costurem todos os níveis da atenção, sendo eles: a promoção, a prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento na APS até ao atendimento hospitalar referenciado para alto risco, caso necessário (Cardoso *et al.*, 2016).

### 2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA POTENTE DE CUIDADO

Estudos mostram que as práticas educativas na área da saúde têm evoluído ao longo do tempo, e sua relevância está relacionada à história da Educação e Saúde e à maneira como essas

práticas têm se tornado pertinentes. A influência profunda do higienismo, uma doutrina que surgiu no século XIX e foi influenciada pela revolução bacteriana, teve um papel significativo na área de Educação e Saúde. No Brasil, a ideia de polícia sanitária foi associada ao discurso higienista desde o início do século. A então chamada "educação sanitária" foi utilizada como forma de controle social, especialmente em relação às famílias de baixa renda, com o intuito de abordar questões sanitárias e melhorar as condições de vida dessas famílias. Esse pensamento foi baseado na crença de que as classes pobres representavam uma ameaça, contribuindo para os problemas de organização das cidades e aumentando o risco de propagação de doenças. Isso levou ao surgimento de um modelo europeu de civilização no Brasil, no final do século XIX, impulsionado pelo comando público brasileiro que incorporava atividades de saneamento nas cidades (Acioli, 2008).

Nesse contexto, durante o período do higienismo, as práticas educativas buscavam promover mudanças na vida das pessoas desfavorecidas, ensinando-as hábitos de higiene e cuidados para melhorar sua saúde. Essa abordagem educacional enfatizava a responsabilidade individual na modificação de hábitos e estilos de vida, focando principalmente na transmissão de conhecimentos. A prática educativa ou ação de Educação em Saúde é um método elaborado junto a grupos sociais com base nas áreas de conhecimento que integram os campos interdisciplinares da saúde e da educação (Acioli, 2008).

Acioli (2008, p. 118) ainda destaca que:

A nosso entender, é necessário pensar a educação e a saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de ser educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais.

Com isso, é importante ressaltar que a APS desempenha um papel significativo na realização de práticas educativas individuais e em grupo (Tinoco *et al.*, 2018). Dentro da APS, as equipes de Saúde da Família desempenham um papel crucial na promoção da educação em saúde ao compartilharem suas perspectivas sobre a saúde e ao atuarem como agentes na construção da cidadania. Essa abordagem fortalece a proximidade entre os cidadãos e as

unidades básicas de saúde, reforçando as noções de educação, controle social e participação popular (Fernandes; Backes, 2010).

Para atender às reais necessidades das populações e das equipes de saúde, a problematização surge como um componente fundamental na elaboração de uma metodologia educativa autêntica. Nesse contexto, a busca pela Educação Popular em Saúde ganha espaço no campo da saúde comunitária, priorizando o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã (Fernandes; Backes, 2010).

Essa abordagem é reforçada pela política de Atenção Básica, que se alinha inteiramente às concepções de Paulo Freire. De acordo com ele, a educação é comunicação, é diálogo, pois não se trata apenas da transferência de conhecimento, mas sim de um encontro entre sujeitos interlocutores que buscam a construção de significados (Freire, 1992). Essa perspectiva favorece a interseccionalidade e a interdisciplinaridade e é mais rica e propícia em termos de informação (Fernandes; Backes, 2010).

Diante disso, a educação em saúde se apresenta como uma ferramenta e uma abordagem para orientar as gestantes em relação aos seus direitos sexuais, reprodutivos e trabalhistas. Dessa forma, a Educação em Saúde é uma estratégia para a prevenção da mortalidade materna e de problemas gestacionais e/ou no trabalho de parto, bem como no puerpério (Tinoco *et al.*, 2018).

Com o objetivo de evitar danos durante o período gestacional que possam levar a problemas evitáveis e ao óbito materno, as atividades educativas consistem em ferramentas utilizadas pela Atenção Primária no cuidado à saúde da mulher, gestantes, parturientes e puérperas. A Educação em Saúde utiliza ensinamentos e conhecimentos para facilitar a compreensão dos riscos e sinais de alerta de uma possível doença iminente durante a gestação, bem como nas consultas após o parto. Além disso, promove a construção da responsabilidade compartilhada e da autonomia no processo de saúde (Tinoco *et al.*, 2018).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois objetiva englobar o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos diante de uma determinada experiência vivida. Da mesma maneira, contribui para a melhor compreensão do distanciamento entre o conhecimento e a prática, na medida em que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas (Minayo, 2010).

O estudo caracteriza-se por ser do tipo descritivo-exploratório, onde Gil (2008) aponta que a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas técnicas padronizadas de coleta de dados é o questionário e a observação sistemática. Já a pesquisa exploratória indica que esta proporciona uma maior afinidade com o problema, estando mais próximas da atuação prática. A abordagem qualitativa vai de encontro ao objetivo do presente estudo, que se encaixa nos aspectos subjetivos inscritos na prática dos profissionais de saúde e apoiou-se nos referenciais de Paulo Freire para aprofundamento das análises.

Na perspectiva de Freire (1987), fundamenta-se o método orientado na autoridade do educador que possui o saber e propõe uma educação consciente, que surge da percepção do educando. Desta forma, as ações educativas executadas possibilitam a reflexão, o conhecimento e a transformação da realidade por meio da interatividade do indivíduo em sua plenitude, além do avanço das competências que contribuem para o entendimento do corpo e os agravos à saúde em seu sentido ampliado.

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO, POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O cenário desse estudo foram três UBS localizadas no bairro da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, compostas pelo total de 23 equipes da ESF, sendo cada uma delas contendo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Os participantes foram os integrantes da equipe de saúde da família das respectivas equipes das UBS da Rocinha.

A amostra do presente estudo foi composta pelos integrantes das equipes de saúde que atuam na APS, mais precisamente na CMS Dr. Albert Sabin, na CF Maria do Socorro Silva e Souza e CF Rinaldo Delamare, todas localizadas no bairro da Rocinha/RJ. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram os profissionais de cada equipe de saúde (Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde), cadastrados na respectiva equipe da região adscrita nestas UBS. O critério de exclusão foi não ser integrante de uma das equipes de saúde da família. Todos os participantes que se adequaram aos critérios de inclusão foram convidados a participar do grupo focal da pesquisa de forma voluntária.

Os participantes deste estudo foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos implicados no mesmo e solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), modelo único para todas as categorias profissionais participantes do estudo, demonstrando a aceitação em serem inseridos no estudo, reproduzido em duas vias (sendo uma do pesquisador e outra do entrevistado). A preservação do anonimato dos participantes foi devidamente respeitada, conforme apresentado no protocolo de estudo a seguir.

### 3.2 PROTOCOLO DO ESTUDO

Como forma de coleta de dados, foi utilizado o grupo focal, uma técnica que encontra repercussão em estudos que se dispõem a pesquisar um tema em seu âmago através da abordagem coletiva, promovendo momentos de diálogo e discussões em um grupo específico. Essa técnica valoriza a relação grupal para o fornecimento de dados, considerando que as pessoas são estimuladas a expressar seus pontos de vista e inferências acerca do tema em questão. Essas interlocuções grupais levam os participantes a alterarem, concordar ou discordar acerca de opiniões, experiências e atos, compreendendo um recurso poderoso para investigar questões que não são tão exploradas ou elementos mais vulneráveis (Sehnm *et al.*, 2015).

A técnica foi realizada através de um instrumento com 06 questões abertas (Apêndice B). Houve gravação de áudio (sem imagem) para garantir a perfeita compreensão das discussões e ideias que surgiram. A transcrição contribuiu para que os registros fossem organizados em

categorias, utilizando a técnica da análise de conteúdo. Os dados foram coletados durante os meses de outubro a dezembro de 2022.

O registro dos participantes foi feito através de códigos numéricos, precedidos pela identificação de suas categorias (exemplo: Enfermeiro(a) 01; Médico(a) 03), garantindo a não divulgação de qualquer nome. O nome das unidades onde os dados foram coletados também não foi mencionado ao longo da apresentação e análise dos resultados. As unidades foram identificadas como "Unidade A, B e C de ESF, localizadas no território da Rocinha/RJ", a fim de assegurar o sigilo dos participantes.

As unidades de saúde dispõem de espaços reservados e arejados, que puderam ser utilizados para a abordagem e coleta dos dados, garantindo a privacidade dos participantes de forma segura, com o distanciamento adequado entre o pesquisador e o participante, sempre com o consentimento dos participantes e da gerência/direção da unidade. O grupo focal ocorreu em dia e horário previamente combinados com a direção/gerência das unidades, e em local/espço também acordado/definido por elas, de forma a não prejudicar ou atrasar qualquer dinâmica de funcionamento da unidade. As unidades de saúde já disponibilizavam álcool em gel e máscaras a todos os participantes. Os pesquisadores sempre estiveram com suas máscaras e álcool em gel próprios

Os participantes do estudo foram informados de que os riscos relacionados à sua participação no mesmo estão associados ao fato de que falar sobre sua atuação profissional na produção de cuidados específicos à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e seus sentimentos com relação a isso durante o grupo focal pode vir a incomodá-los. O risco de contaminação pelo coronavírus também foi destacado, bem como todas as medidas sanitárias adotadas pela equipe de pesquisa para minimizá-lo. Dessa forma, o participante pode escolher não participar ou interromper sua participação a qualquer momento.

Quanto aos benefícios, os participantes do estudo foram informados de que sua contribuição para o grupo focal, através das informações fornecidas sobre cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na atenção primária à saúde, ajudará na produção científica sobre o tema, mas não resultará necessariamente em benefícios diretos para eles mesmos. No entanto, foi enfatizado que, ao fazerem parte deste estudo, os participantes fornecerão informações valiosas sobre sua experiência profissional nesse tema de grande importância para a atenção primária à saúde, para a saúde pública e para nossa população.

### 3.3 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se, neste estudo, pela técnica de Análise de Conteúdo para o tratamento dos dados, seguindo os referenciais de Laurence Bardin (2011) e a sistematização proposta por Denize Cristina de Oliveira (2008). Nesse contexto, a análise de conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas de 'análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens' (Bardin, 2004, p. 41). Essa abordagem é entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que objetiva analisar diferentes aspectos de conteúdo, sejam eles verbais ou não-verbais, por meio de uma sistematização de métodos empregados na análise de dados.

A técnica de pesquisa Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), estrutura-se em três fases:

- 1) Pré-análise;
- 2) Exploração do material, categorização ou codificação;
- 3) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Para atender às etapas 2 e 3, utilizou-se a sistematização de procedimentos exigidos pela análise de conteúdo temático-categorial, conforme detalhado por Oliveira (2008). As etapas adotadas foram as seguintes: leitura flutuante do texto; determinação das unidades de registro (UR), por frases; definição das unidades de significação ou temáticas (US/UT); análise temática das UR; análise categorial do texto; tratamento e apresentação dos resultados; discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo.

#### 3.3.1 Processo de Categorização dos Dados

Lançou-se mão dos grupos focais como instrumento de coleta de dados, realizados durante as reuniões de equipe que ocorreram em diferentes dias e turnos da semana, abrangendo todas as equipes das três UBS. Para a construção dos dados, foi empregada a técnica de grupo

focal, que consiste em alcançar informações relevantes e essenciais por meio das interações grupais, obtendo elementos detalhados em relação à temática da pesquisa e gerando um ambiente favorável (Agonini, 2017).

Durante a coleta de dados, todos os profissionais das equipes de saúde das regiões adscritas foram convidados a participar do grupo focal, perfazendo um total de 23 grupos focais realizados, que duraram em média 23 minutos, com a participação de 148 profissionais de saúde no total. Dentre eles, 23 eram Médicos, 29 eram Enfermeiros, 3 eram Técnicos de Enfermagem e 93 eram Agentes Comunitários de Saúde, conforme mostra o quadro 1 abaixo:

**Quadro 1** - Grupos Focais e número de profissionais participantes por grupo.

<b>Grupos Focais</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Médico</b>	<b>Téc. de Enf.</b>	<b>ACS</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	1	2	1	6	<b>10</b>
<b>2</b>	2	2	X	4	<b>8</b>
<b>3</b>	1	2	X	4	<b>7</b>
<b>4</b>	X	2	1	4	<b>7</b>
<b>5</b>	1	1	X	3	<b>5</b>
<b>6</b>	3	1	X	5	<b>9</b>
<b>7</b>	3	3	X	3	<b>9</b>
<b>8</b>	1	X	X	3	<b>4</b>
<b>9</b>	3	1	X	2	<b>6</b>
<b>10</b>	X	1	X	5	<b>6</b>
<b>11</b>	1	X	X	4	<b>5</b>
<b>12</b>	1	1	1	5	<b>8</b>
<b>13</b>	X	1	X	5	<b>6</b>
<b>14</b>	X	1	X	5	<b>6</b>
<b>15</b>	2	X	X	2	<b>4</b>
<b>16</b>	1	X	X	3	<b>4</b>
<b>17</b>	2	X	X	6	<b>8</b>
<b>18</b>	1	X	X	3	<b>4</b>

<b>19</b>	2	1	X	5	<b>8</b>
<b>20</b>	2	1	X	4	<b>7</b>
<b>21</b>	1	1	X	4	<b>6</b>
<b>22</b>	X	1	X	4	<b>5</b>
<b>23</b>	1	1	X	4	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>93</b>	<b>148</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

Após finalizar a coleta de dados nas três UBS, constatou-se que não houve adesão total de todos os profissionais das equipes na execução dos grupos focais por vários motivos: uns não se encontravam disponíveis no momento da realização do grupo focal estando em outras atividades, não estavam presentes devido a férias ou ausência por doença que impediam estar presentes no dia. Destaca-se que não houve rejeição no convite aos profissionais que estavam presentes e disponíveis durante as visitas realizadas para a coleta de dados.

Os grupos focais tiveram como moderadora a própria autora, tal escolha se deu por ela ter a pesquisa em seu domínio e ser capaz de captar, de maneira íntegra, as informações necessárias que permearam o estudo. Ela se disponibilizou para frequentar as reuniões de equipes em dias e horários específicos nas UBS em estudo visto que seria o momento ideal para não prejudicar o serviço da unidade de saúde e conseqüentemente abordar um maior número de profissionais juntos em um único momento.

Para sistematização dos dados obtidos nas transcrições das gravações dos grupos focais elaborou-se o quadro 2 abaixo que descreve o processo de categorização desses dados pela análise de conteúdo temático-categorial referente às três unidades de saúde, correspondendo ao resultado dos dados.

**Quadro 2 -** Categorias e subcategorias dos dados da pesquisa

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	S	Nº UR	%UR
1	Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha	<b>Aspectos socioeconômicos e processo de trabalho no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.</b>	19	359	52,1
	Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal				
2	Conceitos de cuidado em saúde	<b>Pluralidade no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na ESF</b>	19	330	47,9
	Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal – especificidades, potências e fragilidades				
	Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal				
<b>Total</b>			38	689	100

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

A categoria 1 apresenta os aspectos socioeconômicos e o processo de trabalho no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal das mulheres atendida pelas equipes de ESF das três UBS do bairro da Rocinha/RJ. É composta por duas subcategorias, sendo elas: as condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha e as ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Possui 359 UR em sua composição distribuídas em 19 US e apresentando um percentual de 52,1% de UR do total.

Já a Categoria 2 traz a pluralidade no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal dentro do contexto da APS, sendo formada por três subcategorias: os conceitos de cuidado em saúde, os cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e

suas especificidades, potências e fragilidades imerso na atenção primária à saúde e estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dispõe de 330 UR e é estruturada em 19 US e apresentando um percentual de 47,9% de UR do total.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atende às 'Orientações Gerais para a condução de Protocolos de Pesquisa, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada em 09 de maio de 2020. A pesquisa seguiu os procedimentos da Resolução nº 466, de 2012 (BRASIL, 2012b), e da Resolução 510, de 07 de abril de 2016, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, respeitando a autonomia e o anonimato dos envolvidos na pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo como CAAE 53192521.5.0000.5285 (Anexo A) e 53192521.5.3001.5279 (Anexo B), respectivamente.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da análise dos dados emergiram as unidades temáticas a partir das falas dos profissionais nos grupos focais, selecionadas como das unidades de registros, assim como visualizado no quadro 3. Com isso, para melhor contemplar as UR e UT de cada categoria e subcategoria segue abaixo os quadros demonstrativos por categoria.

**Quadro 3 - Categoria 1 - Aspectos socioeconômicos e processo de trabalho no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.**

<b>Subcategoria 1.1: Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
CONDIÇÕES DE SAÚDE	26	<b>8</b>	<b>168</b>
SANEAMENTO BÁSICO	6		
CONDIÇÕES ECONÔMICAS	29		
QUESTÕES SOCIAIS	40		
O ACESSO À UNIDADE DE SAÚDE	13		
A REDE DE APOIO	26		
OS AGRAVOS NA GESTAÇÃO QUE LEVAM À UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	9		
DIREITOS DA MULHER GESTANTE	19		
<b>Subcategoria 1.2: Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
ACOLHIMENTO PROFISSIONAL	8	<b>11</b>	<b>191</b>
CONSULTAS	25		
VISITAS DOMICILIARES	29		
REUNIÃO DE EQUIPE	17		
ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL	14		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	36		

BUSCA ATIVA	18		
ATENDIMENTOS COMPLEMENTARES DO PROTOCOLO MUNICIPAL DE SAÚDE	18		
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	4		
EDUCAÇÃO PERMANENTE	2		
VÍNCULO	20		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

A categoria 1 abarca em sua subcategoria 1.1: condições de saúde (26 UR), saneamento básico (6 UR), condições econômicas (29 UR), questões sociais (40 UR), acesso à unidade de saúde (13 UR), a rede de apoio (26 UR), os agravos na gestação que levam à uma gestação de alto risco (9 UR), diretos da mulher gestante (19 UR); já na sua subcategoria 1.2, englobam: acolhimento profissional (8 UR), consultas (25 UR), visitas domiciliares (29 UR), reunião de equipe (17 UR), orientação profissional (14 UR), vigilância em saúde (36 UR), busca ativa (18 UR), atendimentos complementares do protocolo municipal de saúde (18 UR), educação em saúde (4 UR), educação permanente (2 UR), vínculo (20 UR).

**Quadro 4 - Categoria 2: Pluralidade no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na ESF.**

<b>Subcategoria 2.1: Conceitos de cuidado em saúde</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
CUIDAR DO SER HUMANO EM SUA TOTALIDADE	26	<b>3</b>	<b>61</b>
ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE	18		
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO	17		
<b>Subcategoria 2.2: Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal – especificidades, potências e fragilidades</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA	22	<b>9</b>	<b>170</b>
A DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS PARA COM O CUIDADO À MULHER	22		

A GESTANTE EM SUA TOTALIDADE	32		
OS ANSEIOS E AS DÚVIDAS DAS GESTANTES	11		
A DIFICULDADE DE ACESSO À DIREITOS	9		
A SOBRECARGA DE TRABALHO NAS ESF's	21		
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO POTÊNCIA NO CUIDAR	42		
PROMOVER SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS	6		
PROBLEMAS NA ARTICULAÇÃO EM REDE	5		
<b>Subcategoria 2.3: Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	39	<b>7</b>	<b>99</b>
A EXISTÊNCIA DE UM AMBIENTE PARA AMAMENTAÇÃO	1		
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE AMAMENTAÇÃO	23		
DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO PARA PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DE GRUPOS EDUCATIVOS	11		
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DENTRO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	14		
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIA DE ACOLHIMENTO ÀS DÚVIDAS	5		
ACOLHIMENTO E CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	6		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

Nesta categoria 2 abrange em sua subcategoria 2.1: cuidar do ser humano em sua totalidade (26 UR), atendimento das necessidades (18 UR), integralidade da atenção (17 UR); já em sua subcategoria 2.2 abarca: acolhimento e escuta ativa (22 UR), a disponibilidade dos profissionais para com o cuidado à mulher (22 UR), a gestante em sua totalidade (32 UR), os anseios e as dúvidas das gestantes (11 UR), a dificuldade de acesso à direitos (9 UR), a sobrecarga de trabalho nas ESFs (21 UR), a equipe multiprofissional na potência no cuidar (42 UR), promover saúde para prevenção de agravos (6 UR), problemas na articulação em rede (5 UR). Em sua subcategoria 2.3, abrange as seguintes US: grupos de educação em saúde (39 UR), a existência de um ambiente para amamentação (1 UR), orientações gerais sobre amamentação (23 UR), dificuldades no processo de trabalho para planejamento e execução de grupos

educativos (11 UR), educação em saúde dentro das consultas de pré-natal (14 UR), capacitação dos profissionais como estratégia de acolhimento as dúvidas (5 UR), acolhimento e cuidado como estratégia de educação em saúde (6 UR).

Após o tratamento dos dados, iniciou-se a análise do material a partir da identificação dos temas que foram surgindo nos grupos focais, provocando a construção e o desenvolvimento das redes categoriais do estudo.

De início, os integrantes aparentavam escolher as palavras e pensar um pouco sobre o que iam responder, até mesmo pedir para refazer a pergunta em alguns momentos. Pareciam tímidos acerca do tema; porém, após os primeiros responderem, os demais complementavam as falas, assim construindo uma resposta mais concreta e enriquecedora nos detalhes e exemplos. Em um grupo tão diversificado, foi curioso observar que os profissionais mais participativos, na maioria desses grupos focais realizados, foram os agentes comunitários de saúde em primeiro lugar e os enfermeiros em segundo.

Nas discussões dos grupos, sempre que eram levantadas questões relacionadas ao 'ser cuidado', ficava evidente a relação com o processo de trabalho ali vivido por eles. Na maioria das vezes, os agentes comunitários de saúde mencionavam vivências em suas realidades dentro do território de maneira enfática, apontando principalmente os obstáculos que atrapalhavam na realização do cuidado dentro da Atenção Básica.

Tivemos a presença dos residentes, tanto de medicina quanto de enfermagem, e suas contribuições foram enriquecedoras. Verificaram-se impressões iniciais em relação ao serviço e ainda seus pontos de vista sobre as repercussões que os processos de trabalho causam na produção do cuidado das equipes de saúde da família e do que acreditavam ser importantes nas UBS.

Com a finalidade de contextualizar o cenário de pesquisa, abordaram-se alguns aspectos que caracterizam a área da Rocinha, sua subdivisão em regiões, sua população e perfil sociocultural. Destacam-se aspectos relacionados à vivência dentro desse território e o processo de trabalho em saúde que permeia a saúde da mulher e suas repercussões na conjuntura da atenção primária à saúde, por meio deste ambiente tão rico e completo que se destaca diante dos contrastes sociais presentes no bairro da zona sul do Rio de Janeiro.

Para fundamentar os resultados e as discussões, buscou-se indicadores que caracterizassem o território da Rocinha (saneamento básico, tipos de moradia), dados populacionais (número de habitantes da Rocinha, proporção de homens/mulheres, taxas de

desemprego, níveis de escolaridade), Rede de Atenção à Saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na AP 2.1 e indicadores relacionados especificamente ao ciclo gravídico-puerperal. As bases públicas utilizadas para busca desses indicadores foram: site do IBGE, DATASUS, site/portal da SMS-RJ, Carteira de Serviços da SMS-RJ (relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde), Observatório Epidemiológico da cidade do Rio de Janeiro (EpiRio).

## 5 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO FATORES QUE AFETAM A PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 5.1 ROCINHA: TERRITÓRIO, POPULAÇÃO, CONTRASTES E VIDA EM MOVIMENTO

Considera-se que o bairro da Rocinha, localizado na zona sul do município do Rio de Janeiro, entre os bairros de São Conrado e Gávea, constitui uma região com grandes contrastes sociais. No interior de uma mesma unidade de saúde, que é subdividida em áreas e microáreas, existem distinções territoriais e socioculturais evidentes entre elas. Em determinadas áreas, há comércio, saneamento básico e casas feitas de alvenaria em boas condições, enquanto em outras, existem casas feitas com restos de materiais de construção, apresentando risco de desabamento e sem qualquer infraestrutura adequada (Agonini, 2017).

**Figura 1** - Comunidade da Rocinha/RJ



Fonte: Acervo pessoal (Autora, 2023).

Levando em conta que nenhum indivíduo é completamente saudável ou completamente doente e que o processo saúde-doença sofre influência pelo modelo de vida, o padrão de interação com esse processo é algo abstrato e está em mudança contínua. Portanto, o conceito de saúde ultrapassa o recomendado pela OMS. A saúde não se concentra apenas em um índice orgânico ou em uma condição de equilíbrio, mas diz respeito às peculiaridades socioculturais e às significações que cada indivíduo tem sobre o seu processo de viver. Dessa maneira, o processo saúde-doença-cuidado associa-se com demandas sociais, culturais, ambientais, de condições de vida, trabalho, entre outras (Dalmolin *et al.*, 2011).

Atualmente, de acordo com o IBGE de 2022, a população da Rocinha compreende cerca de 69.161 moradores que habitam a região e cerca de 23.352 domicílios, o que proporcionou ao local o título de maior favela do país (Oliveira, 2022). Entretanto, tais dados sobre a população da localidade são incertos. Os números oficiais do Censo realizado pelo IBGE em 2010 asseguram que a população na comunidade era em torno de 69,2 mil indivíduos, representando praticamente 1,1% da população carioca (SEBRAE, 2011). No entanto, esses princípios são amplamente discutidos, pois a Light S.A., por exemplo, estima uma população de cerca de 120.000 indivíduos, de acordo com seus registros. Por outro lado, Rawet (2014) afirma que os moradores da comunidade declaram que essa quantidade seria entre 180.000 e 220.000 indivíduos, enfatizando que a grande discrepância entre as estimações é resultado do complexo acesso a determinadas localidades, dificultando a adequada disposição da população (Ervilha, 2022)

Em conformidade com os dados do IBGE (2010), a população da comunidade era fragmentada quase de maneira igualitária segundo o sexo, sendo formada por 34.125 (49,35%) homens e 35.036 (50,65%) mulheres. Além disso, os dados apresentados pelo Instituto Pereira Passos (IPP) apontam um predomínio de indivíduos com idade entre 0 e 29 anos, correspondendo a quase 57% da população da comunidade, ou aproximadamente 39.000 pessoas (IPP, 2014).

A população idosa representava apenas 3%, ou seja, 2.000 moradores da comunidade. Quanto às residências no local, de acordo com os dados oficiais do censo do IBGE (2010), a comunidade possuía um total de 23.347 domicílios, o que fornece uma média de aproximadamente 3 pessoas por residência. Além disso, conforme o SEBRAE (2014), a favela da Rocinha consiste no bairro de maior densidade demográfica da capital do estado do Rio de Janeiro, com uma taxa de cerca de 48.300 habitantes por quilômetro quadrado (Ervilha, 2022).

Rodrigues (2015) fortalece a importância de entender que a comunidade é formada por "minibairros" e, por esse motivo, tem características muito diversificadas de acesso aos serviços básicos de manutenção da vida e ambientes entre suas localidades. Para avaliar e comparar as particularidades relacionadas à longevidade, educação e renda nos bairros do Estado do Rio de Janeiro, o SEBRAE (2014) utiliza o indicador Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM. De acordo com a instituição, a comunidade da Rocinha apresentou um IDHM de 0,732, sendo o menor das regiões do Centro e da Zona Sul. O IPP (2014) também evidencia um cenário que contrasta os diversos níveis de escolaridade e renda nas diferentes localidades da comunidade. Mostra ainda que existe uma forte relação entre o nível de escolaridade e renda, onde os maiores índices de analfabetismo eram praticamente os mesmos dos domicílios com uma renda per capita mensal inferior a ¼ de salário-mínimo.

As desigualdades entre as regiões da comunidade da Rocinha não se limitam apenas às habitações. No que se refere ao nível de escolaridade, um pequeno número de regiões se sobressai em relação a outras, apresentando indicadores de analfabetismo menores. Para se ter uma ideia, analisando os indicadores dos moradores maiores de 15 anos, o IBGE/IPP (IPP, 2014, p.17) registrou que 3.503 pessoas não estavam alfabetizadas, o que equivalia a 6,7% do total da população dessa localidade com mais de 15 anos (Rodrigues, 2015).

No que tange à saúde da mulher e com o propósito de realizar uma estimativa prévia, Schimidt (2020) mostra que, por meio do sistema de prontuário eletrônico das Unidades Básicas de Saúde da Rocinha, foram cadastradas aproximadamente 36 mil mulheres no ano de 2018, constituindo a maior parte de jovens adultas, o que significa que uma ampla fração dos usuários desses serviços consiste na população feminina.

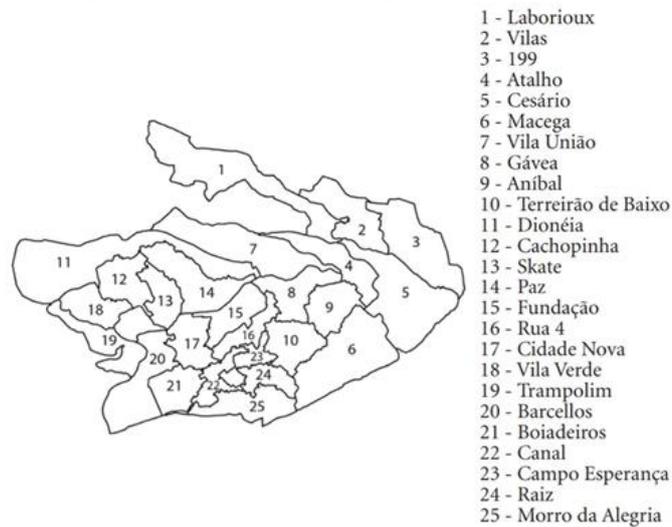
Quanto à oferta de serviços de saúde na região da Rocinha, a comunidade abrange inúmeras clínicas populares privadas, que realizam exames, procedimentos e atendimentos em diversas especialidades. Em relação aos serviços públicos de saúde, predominam as UBS, que funcionam seguindo a lógica da ESF, cobrindo 100% da população residente nesse território. Para atender toda a população da Rocinha, a ESF está organizada em três UBSs, localizadas em diferentes pontos do território, contando com diversos profissionais de saúde que desempenham suas responsabilidades com base na abordagem multidisciplinar, fundamentada pela PNAB, e atualmente incorporando a proposta da nova política reestruturada em 2017 com algumas alterações (Schimidt, 2020).

A Clínica da Família Rinaldo de Lamare está localizada no asfalto, na entrada da comunidade, logo após o túnel Zuzu Angel, e exerce suas funções no prédio do Centro

Municipal de Cidadania Rinaldo de Lamare. Essa unidade contava com oito Equipes de Saúde da Família. Mais próxima ao meio da favela encontra-se a maior Clínica da Família da comunidade, a Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, composta por onze Equipes de Saúde da Família, e funciona em um local que também abriga uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A terceira unidade, localizada no ponto mais alto da favela, é o Centro Municipal de Saúde Dr. Albert Sabin, a mais antiga da região, que possui seis Equipes de Saúde da Família (Schmidt, 2020).

No ano de 2019, é importante ressaltar que as Clínicas da Família Maria do Socorro Silva e Souza e Rinaldo De Lamare perderam, cada uma, pelo menos uma equipe de saúde da família, devido a uma diminuição promovida pela prefeitura municipal no número de profissionais da atenção básica. A cobertura prestada pelas equipes que deixaram de existir precisou ser reorientada entre as demais equipes das Clínicas, resultando na perda de vínculos dos usuários com os profissionais de referência e sobrecarregando as demais equipes com a ampliação da área de abrangência e da população atendida (Schmidt, 2020).

**Figura 2 - Mapa da divisão das 25 regiões da Rocinha – 2016**



Fonte: SCHIMIDT, 2020.

A figura 2 representa a proposta de "reorganização da atenção básica" que ocorreu no final de 2018, realizada pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, ao esquematizar o orçamento para a saúde em 2019. Essa proposta tinha o objetivo de reduzir o número de equipes

de saúde da família, o que implicou em uma reestruturação do processo de trabalho, em conformidade com as diretrizes da PNAB de 2017 (Schmidt, 2020).

A gestão municipal vigente na época (2016-2020) justificou a necessidade dessa reestruturação alegando prejuízos no orçamento da prefeitura. Entretanto, essa medida entrou em conflito com o que preconizava a última PNAB, que defendia a importância da atenção básica para a população. A gestão municipal optou por reduzir investimentos na atenção básica para direcionar recursos para a atenção secundária e terciária. Essas reduções orçamentárias iniciaram-se no final de 2018 e continuaram em 2020, resultando em demissões em larga escala de profissionais de saúde, especialmente da atenção básica (Schmidt, 2020).

Essas mudanças gradualmente contribuíram para a perda de direitos à saúde e para a redução da qualidade e do acesso aos serviços, pois houve uma sobrecarga de trabalho para os profissionais remanescentes, afetando a qualidade da assistência. Além disso, a redução de investimentos na prevenção e promoção da saúde pode ter ampliado os agravos de saúde na população. Nesse contexto, a pandemia de COVID-19, que se disseminou no final de 2019, agravou ainda mais a situação, principalmente para as populações vulneráveis.

De acordo com Spadacio e Alves (2020) o COVID-19 foi a denominação dada à doença causada por meio da infecção pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), descrita inicialmente em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e difundida em passo acelerado pelos continentes, chegando, no dia 05 de abril de 2020, 1.236.388 pessoas e trazendo milhares de óbitos. Os autores mencionam que no Brasil o primeiro caso citado ocorreu no dia 25 de fevereiro de 2020 e a primeira morte em 17 de março deste ano, estando na Rocinha o primeiro óbito suspeito, acontecido no dia 30 de março, em uma mulher de 70 anos que era residente da favela. Eles reforçam acerca da inquietação de estudiosos quanto à proliferação do vírus em regiões de comunidade, em papel das condições sociais difíceis (Schmidt, 2020).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2022) a mortalidade materna é alta e não aceitável. Em torno de 830 mulheres vão à óbito diariamente por agravos pertinentes à gravidez ou ao parto no mundo todo. Praticamente todas essas mortes aconteceram em lugares com poucos recursos; a maior parte delas evitáveis.

Para se conhecer a situação de saúde das mulheres em idade fértil residentes na Rocinha, buscou-se alguns indicadores de óbitos relacionados a gestação, parto e puerpério, um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres. Segundo Brasil (2020), entre os óbitos maternos ocorridos no país, de 1996 a 2018, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram: hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal

(2.624 óbitos) e aborto (1.896 óbitos). Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram: doenças do aparelho circulatório (2.848 óbitos), doenças do aparelho respiratório (1.748 óbitos), AIDS (1.108 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (839 óbitos) (SAPS, 2020).

Nesse contexto, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no país, sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas obstétricas indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. De 1996 a 2018, essas causas foram responsáveis por 29% das mortes maternas e o restante foi classificado como causas obstétricas inespecíficas (SAPS, 2020).

No que se refere aos dados do município do RJ e da AP 2.1, onde fica o bairro da Rocinha, destacam-se ainda alguns indicadores, conforme organizados nos gráficos abaixo (EPIRIO, 2023).

**Gráfico 1 - Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) 2012-2023**



Fonte: EPIRIO, 2023.

A razão de mortalidade materna (RMM) – um dos indicadores globais de saúde – é o número de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto) por 100 mil nascidos vivos. A RMM aumentou drasticamente durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. Entre os compromissos do Brasil junto aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), está a meta de reduzir a RMM para no máximo 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030. Em 2019, já havia o alerta para a necessidade de se unir

esforços em prol da garantia de atenção adequada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, vislumbrando o cumprimento da meta (UNFPA, 2022).

**Gráfico 2** - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2018



Fonte: EPIRIO, 2023.

**Gráfico 3** - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2019



Fonte: EPIRIO, 2023.

**Gráfico 4** - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2020



Fonte: EPIRIO, 2023.

**Gráfico 5** - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2021



Fonte: EPIRIO, 2023.

**Gráfico 6** - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2022:



Fonte: EPIRIO, 2023.

**Gráfico 7 - Óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério, na AP 2.1, no ano de 2023 (até 02/04/2023)**



Fonte: EPIRIO, 2023.

Os dados apresentados também refletem na AP 2.1 (gráficos 2 a 7) registros aumentados de óbitos de mulheres relacionados à gravidez, parto e puerpério no período vivenciado pela população brasileira com mortes relacionadas à pandemia do coronavírus, instaurada no Brasil no início de 2020-2021. O impacto desse perfil de mortalidade nesse grupo populacional específico também se destaca no ano de 2020, onde há o registro de 01 óbito na AP 2.1, permitindo inferir que pode ter sido influenciado pelo isolamento social e a prioridade para atendimento, na RAS, dos casos de Covid-19, como também pode ter ocorrido subnotificações dos óbitos maternos indiretos (por Covid-19), justificando a ocorrência "apenas" desse óbito, que contrasta com os demais períodos analisados.

Vale ressaltar também que no período antecedente à gestão municipal atual (2017-2020) houve perdas de ESF devido a cortes com demissões em massa, superlotação nos atendimentos com poucos profissionais para atendimento, tendo que abranger outras áreas devido à diminuição das ESF, como consequência disso, muitos destes profissionais de saúde ficaram sobrecarregados no serviço e isso se refletiu na qualidade de atendimento nas UBS. Na época atual de 2023, mais precisamente nas UBS da comunidade da Rocinha, as ESF cortadas na gestão anterior não se restauraram, mas houve redivisões de território com o propósito de minimizar os excessos de cadastrados em algumas ESF e assim promover um acompanhamento pautado nos princípios que permeiam a ESF e o SUS.

## 5.2 CATEGORIA 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

### 5.2.1 Subcategoria 1.1: Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha

A qualidade de vida é compreendida como o estado de vida habitual dos homens, simbolizado por um conjunto integrado de recursos sociais e apoio às necessidades pessoais e comunitárias. Esse panorama requer que os sistemas de saúde funcionem, realizando os princípios da integralidade e promovendo atividades de assistência às políticas de promoção, prevenção e reabilitação (Pedrosa, 2005).

No contexto da saúde da mulher, é essencial modificar a conduta habitual, que muitas vezes se baseia apenas em aspectos anátomo-fisiológicos, para considerar as particularidades de gênero, as condições sociais e culturais, as necessidades individuais e comunitárias, e a qualidade de vida (Pedrosa, 2005).

A implantação da atenção integral à saúde da mulher na prática assistencial apresenta diversos desafios. O entendimento das demandas específicas do gênero feminino, fundamentais para a estruturação de políticas públicas, deve ser conhecido e integrado por gestores e, principalmente, pelos profissionais de saúde. São eles os agentes diretos que realizam o atendimento aos usuários e desempenham um papel essencial na concretização dos conceitos de integralidade e equidade, transformando-os em ações concretas e melhorando a situação de saúde da população (Pedrosa, 2005).

É sabido e foi reafirmado pelas colocações dos participantes da pesquisa que a maioria das mulheres enfrenta dificuldades socioeconômicas, e essa condição de vulnerabilidade afeta diretamente o autocuidado delas e dos bebês que estão prestes a nascer. Com isso, destacam-se no quadro 5 abaixo as unidades temáticas que emergiram e suas respectivas unidades de registro.

**Quadro 5** - Subcategoria 1.1 - Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha

<b>Subcategoria 1.1: Condições sociais/econômicas e a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rocinha</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
CONDIÇÕES DE SAÚDE	26	<b>8</b>	<b>168</b>
SANEAMENTO BÁSICO	6		
CONDIÇÕES ECONÔMICAS	29		
QUESTÕES SOCIAIS	40		
O ACESSO À UNIDADE DE SAÚDE	13		
A REDE DE APOIO	26		
OS AGRAVOS NA GESTAÇÃO QUE LEVAM À UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	9		
DIREITOS DA MULHER GESTANTE	19		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

As unidades temáticas que mais se destacaram foram as 'questões sociais', com 40 UR, liderando, seguido das 'condições econômicas' com 29 UR, a 'rede de apoio' e as 'condições de saúde', ambas com 26 UR. Por conseguinte, temos 'os direitos da mulher gestante' com 19 UR, o 'acesso à unidade de saúde' com 13 UR, 'os agravos na gestação que levam a uma gestação de alto risco' com 9 UR e, por fim, o 'saneamento básico' com 6 UR. Continuamente elucidado os recortes das unidades de registros que compõem cada UT.

### 5.2.1.1 Condições de saúde

Se essa puérpera tem uma baixa renda e ela piora com a alimentação há piora consequentemente da nutrição para esse bebê, no aleitamento (ENF 10)

Questão de alimentação. (ACS 11)

Às vezes é necessária uma dieta, uma alimentação e eles não conseguem acompanhar. (ACS 15).

Vai impactar tudo, na alimentação dela, no que ela consegue usufruir de bens e serviços e no puerpério também (MED 8).

### *5.2.1.2 Saneamento básico*

A questão da vulnerabilidade nós temos inúmeras questões, temos muito adoecimento da gestante no puerpério por ter ainda esgoto a céu aberto, os riscos que são inerentes do ambiente. (ENF 12)

No ambiente em que ela vive. (ACS 35)

### *5.2.1.3 Condições econômicas*

Na primeira consulta a gente já faz uma avaliação se essa mulher ela trabalha, se ela não trabalha, se ela tem algum rendimento ou se tem alguma empresa na própria casa, como é essa condição financeira dela, quem a mantém. (ENF 14)

Elas as vezes não tem dinheiro de passagem. (ACS 16)

Têm um padrão muito claro que as gestantes/puérperas que tem uma situação de vulnerabilidade socioeconômica geralmente são os pré-natais mais difíceis, mais desafiadores. (MED 6).

Aquele sonho de montar o bercinho, ter o enxoval, ter a preocupação que as vezes paga aluguel, a preocupação de como vai ser depois, quando a criança nascer, não só as questões daquele momento como futuro. (ACS 11)

#### *5.2.1.4 O acesso à unidade*

Nossa área é muito longe da unidade e as vezes por questões de dinheiro as vezes as nossas gestantes não vêm. (ACS 16)

As condições de moradia, de território, tipo de percurso que ela tem que vir até a clínica [...] no caso de uma gestante no puerpério isso acaba sendo algum dos problemas que se tem no dia a dia [...] por exemplo mobilidade, dependendo do tipo de escada ou ladeira, tipo de rua em que essa gestante terá que passar, é um gasto e é um problema. (MED 8)

#### *5.2.1.5 A rede de apoio*

Se você tem uma rede de apoio familiar e de amigos, quem está com você, quem está te apoiando naquele ciclo de vida que é estar gestando, muitas mães estão sozinhas, muitas não têm familiar. (MED 2)

Tem a questão da vulnerabilidade que afeta uma gestante que tem uma família com uma base, elas são bem mais não faltam consulta, não necessitam de busca ativa, a tranquilidade de ter um lar tranquilo. (ENF 4)

Tem delas que são abandonadas pelo próprio pai da criança. (ACS 25)

A ajuda do cônjuge. É muito importante para dar o suporte, as vezes a gestante não tem essa ajuda. (ACS 27)

Se ela não tem uma boa rede de apoio forte isso também influencia nos cuidados com o bebê. (ENF 10)

### 5.2.1.6 Os agravos na gestação que levam à uma gestação de alto risco

Ela pode vir a desenvolver uma HAS na gravidez, uma diabetes, isso é de acordo o que a pessoa pode desenvolver de acordo com a alimentação que ela tem. (ACS 29)

Tem a questão das complicações que acabam acontecendo (MED 10)

### 5.2.1.7 Direitos da mulher gestante

Ela colocou bem claramente que estava passando fome, não tinha acesso a comida (MED 3).

Questões trabalhistas que são importantes em ser trabalhadas também, muito conflito com patrões. (MED 8)

Impacto diretamente, as vezes faltar a consulta de pré-natal pois não pode faltar o trabalho, o patrão que não aceita a declaração de comparecimento. (ENF 5)

Às vezes ela não sabe quais os direitos que ela tem, não sabe quais os benefícios que ela tem direito e poderia estar recebendo, e quais os projetos sociais que ela pode estar recebendo, exemplo que já saiu o bolsa família e agora é o auxílio brasil, o outro é o BPC, e de como também pegar essa pessoa e transformar ela em um cidadão. (ACS 32)

A condição de saúde da mulher gestante/puérpera está diretamente relacionada às condições de saneamento básico do ambiente em que vivem, somando-se às questões sociais e econômicas que as cercam, caracterizando a vulnerabilidade dessa população que reside nesse local. Pesquisadores (Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019) destacam que, no Brasil, as desigualdades sociodemográficas, econômicas e assistenciais afetam diretamente as gestantes. Um estudo sobre mortalidade materna no país, no período de 2006 a 2017, utilizando dados disponíveis nos sistemas de informação de saúde, registrou 20.229 óbitos maternos nesse

período de estudo. A taxa de mortalidade materna foi de 62,3 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Esse estudo ressaltou que a taxa de mortalidade materna de um país é um excelente indicador da realidade social, representando o nível socioeconômico, a qualidade da assistência, a desigualdade entre os grupos e a política de promoção da saúde pública vigente (Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019).

Os relatos dos profissionais enfatizam que a rede de apoio familiar é fundamental nesse processo, mas muitas gestantes estão sozinhas, não contam com o apoio do parceiro/pai da criança e, por consequência, faltam às consultas e exames, não comparecem aos encaminhamentos, necessitando de busca ativa da equipe para fortalecer o vínculo e aumentar a adesão ao pré-natal. Quando há uma reação positiva em relação à gestação, isso está associado ao sustento e apoio financeiro, emocional e familiar da gestante. Esse apoio está relacionado ao aumento da adesão às consultas de pré-natal e às orientações dos profissionais de saúde. Percebe-se também que a forma como o apoio da família é oferecida pode variar em cada caso. Em alguns casos, há uma mobilização completa dos membros da família para oferecer uma rede de ajuda abrangente, o que reflete nas ações da gestante em relação ao seu autocuidado e aos cuidados com a gestação e o bebê após o nascimento (Patias; Gabriel; Dias, 2013).

Ao abordar o tópico 'direitos da mulher gestante', ganhou destaque nas falas dos profissionais a importância de orientar as gestantes sobre seus direitos durante a gestação, visto que muitas trabalham e desconhecem as leis trabalhistas que as protegem em relação às consultas e exames. Muitas têm medo de faltar ao trabalho e serem demitidas, o que leva a faltas nas consultas, abrindo espaço para complicações ou agravos. Uma pesquisa realizada pelo site Vagas Profissões afirma que 52% das mulheres que engravidaram ou utilizaram licença maternidade em seus empregos passaram por situações negativas no local de trabalho.

Conforme Sato (2023),

[...] as mulheres também sofreram com substituição, redução da carga horária e salário, exclusão de projetos e até aborto por conta do trabalho. Em 80% dos casos, o chefe foi o responsável pelas situações. Entre as entrevistadas 45,9% também relataram que sofreram preconceito dos colegas. A legislação brasileira protege a gestante e proíbe a discriminação em razão de situação família. Porém, na prática, entre as trabalhadoras que são mães, 37,5% afirmaram que já sofreram preconceito ou julgamento pelo fato de terem filhos

Determinados estabelecimentos de vínculo e responsabilização do cuidado, em conjunto com os usuários, ganham um valor diferenciado e questionam os resultados obtidos, que são avaliados por indicadores previamente estabelecidos. No entanto, não é suficiente depender apenas de regras, evidências ou fluxogramas de assistência quando lidamos com usuários que não aceitam os tratamentos indicados ou mostram resistência ao que lhes é oferecido, mesmo em situações de fragilidade e/ou vulnerabilidade. Esses usuários, que talvez fossem negligenciados ou excluídos dos serviços de saúde, exigem dos profissionais e gestores uma constante recriação na aproximação, no estabelecimento de vínculo e na construção do cuidado, pois o pedido de ajuda pode se manifestar de diferentes formas, inclusive apenas com a busca por atendimento (Merhy *et al.*, 2016).

A essência de que a vida de qualquer pessoa tem importância e deve ser valorizada ao máximo é especialmente relevante para pessoas em condição de vulnerabilidade e fragilidade, que necessitam de uma rede de cuidados diversificada. Essa rede não deve ser entendida apenas como a soma de serviços a serem oferecidos, mas sim como uma rede que requer articulação e fortalecimento para ser decisória. Contudo, essa rede deve partir do pressuposto de abranger a vida do usuário em todas as suas dimensões, incluindo suas aflições e afetos, suas conexões familiares e de amizade, a influência de seu bairro e território real. Desse modo, ela se torna uma rede viva, que se adapta e se molda às particularidades de cada indivíduo (Merhy *et al.*, 2016).

#### 5.2.2 Subcategoria 1.2: Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal

A implantação das ESFs em 1997 trouxe consigo a proposta de reorganização da atenção básica à saúde, visando transformar as práticas de saúde e fortalecer as relações de compromisso e corresponsabilização entre os serviços de saúde e a população. O acolhimento e o estabelecimento de vínculos são fundamentais para exercer os processos de trabalho em saúde, acolhendo todas as pessoas que buscam pelos serviços de saúde. Isso inclui ouvir suas demandas e adotar uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, buscando soluções dentro das possibilidades do serviço ou encaminhamentos pertinentes (Agonigi, 2017).

Nesse contexto, em relação ao acolhimento às mulheres pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, surgiram as seguintes unidades temáticas: acolhimento profissional, consultas, visitas domiciliares, reunião de equipe, orientação profissional, vigilância em saúde, busca ativa, atendimentos complementares do protocolo municipal de saúde, educação em saúde, educação permanente e vínculo. Essas temáticas emergiram das colocações dos profissionais durante o grupo focal realizado nas Unidades que foram objeto de estudo, retratando as práticas profissionais no exercício legal de cada integrante da ESF no cuidado à saúde da mulher no período da gestação e durante o puerpério.

No processo de acompanhamento à mulher nesse ciclo de vida, as ações dos profissionais de saúde destacaram-se, conforme relatado durante o grupo focal, nas unidades temáticas descritas no quadro 6 abaixo:

**Quadro 6-** Subcategoria 1.2 - Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal

<b>Subcategoria 1.2: Ações do processo de trabalho das equipes de ESF no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
ACOLHIMENTO PROFISSIONAL	8	<b>11</b>	<b>191</b>
CONSULTAS	25		
VISITAS DOMICILIARES	29		
REUNIÃO DE EQUIPE	17		
ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL	14		
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	36		
BUSCA ATIVA	18		
ATENDIMENTOS COMPLEMENTARES DO PROTOCOLO MUNICIPAL DE SAÚDE	18		
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	4		
EDUCAÇÃO PERMANENTE	2		
VÍNCULO	20		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

As unidades temáticas que mais se destacaram, com base nos recortes das Unidades de Registro (UR), foram: 'vigilância em saúde', liderando com 36 UR, seguida das 'visitas domiciliares' com 29 UR, as 'consultas' com 25 UR e o 'vínculo' com 20 UR. Na sequência, aparecem a 'busca ativa' e os 'atendimentos complementares ao protocolo municipal de saúde', ambas com 18 UR, a 'reunião de equipe' com 17 UR, seguida da 'orientação profissional' com 14 UR. O 'acolhimento profissional' obteve 8 UR, a 'educação em saúde' 4 UR, e por último, a 'educação permanente' com 2 UR.

### *5.2.2.1 Vigilância em saúde*

Onde elas vêm tiram as dúvidas, a gente as mapeia, vê a necessidade de exames, essas coisas. (ENF 4)

A gente procura sempre toda semana ver se os pré-natais estão em dia, se elas têm vindo as consultas, se o ACS está acompanhando na casa. (ACS 29).

Grupo de Whatzapp bem ativo [...] ACS identifica algum risco no território e mandam msg por lá, é a forma da gente fazer uma vigilância sobre esse cuidado. (MED 1).

Vigilância acerca das consultas que ela tem que ter regularidade, inclusive tem um mín. de consultas na gravidez que a gestante tem que ter. (ACS 8)

### *5.2.2.2 Consultas*

A depender da IG a gente vai fazendo as consultas de acordo com a frequência se vai ser mensal, quinzenal, a partir também da classificação de risco [...] Depois do parto em si, tem a questão do acolhimento mamãe-bebê, que ocorre preferencialmente na primeira semana do nascimento e a revisão da mulher de acordo com a necessidade dela. (MED 7)

Agendamento das consultas que sejam mensais, quinzenais, a gente também como ACS do livre acesso tanto à gestante quanto à puérpera à nós ACS. (ACS 22)

Todo mês ela vem em uma consulta médica e uma com o enfermeiro. (ENF 14)

### *5.2.2.3 Reunião de equipe*

Relatos de VD's, nós conseguimos discutir nas reuniões de equipe quais as ações que devemos tomar a partir do que da de demanda das planilhas, das consultas, das VD's [...] tem essas planilhas e esse controle para gestão da própria equipe. (ENF 2)

Planejamento e de integração da equipe acontece nas reuniões de equipe semanais [...] o momento de reunião de equipe é o momento que a gente coordena esse cuidado e divide as responsabilidades entre a equipe. (MED 6)

Discutimos casos nas reuniões de equipe para entender quais são as pendências e sempre trabalhando isso em conjunto com os ACS. (ENF 13)

Em reunião de equipe planejando e verificando se tem alguma falta para solicitar busca ativa da gestante. (ACS 35).

### *5.2.2.4 Orientação profissional*

Faz um aconselhamento, um planejamento familiar, a partir do teste positivo a gente combina se aquele momento é o melhor para ela iniciar o pré-natal. (MED 7)

Muitas encontram o ACS e falam “olha tá atrasado meu ciclo, a menstruação”, eles logo se propõem e falam ‘olha vamos na clínica, vamos começar o pré-natal’, isso é muito importante. (ENF 1)

O cuidado de estar acompanhando durante todo o processo de desenvolvimento da gestação e dos exames, do processo depois que a criança nasce, da vacina, do acolhimento e das dúvidas, [...] muita tem dúvida quanto ao aleitamento e a gente não so busca informações como também ajudamos as nossas gestantes. (ACS 22)

A gente acaba passando algumas solicitações ali no meio da semana individual das questões de como que está o pré-natal, os sinais de alarme, alerta àquelas que possuem os sinais para ficar com olhar mais de perto e realizar visita, se está tudo bem; sinais de pressão alta e não só os de parto. (ENF 12)

#### *5.2.2.5 Busca ativa*

A gente faz um trabalho de captação dessas gestantes, muitas delas que não frequentam ativamente a Unidade em VD e identifica que 'à sou gestante' então a gente orienta procurar a Unidade para fazer o acompanhamento, também tem esse movimento. (ENF 10)

Caso ela tenha faltado a gente tenta fazer uma busca ativa, quando a gente descobre que alguma gestante teve o parto naquela semana a gente procura fazer a busca ativa. (MED 6)

#### *5.2.2.6 Visitas domiciliares*

Trabalhamos fazendo as visitas. (ACS 33)

E eu acho que a primeira impressão da gestante assim é com o ACS, o ACS na área, o primeiro contato. (ENF 4)

A gente organiza com as visitas que vão ser feitas durante a semana. (ACS 20)

Elas mandam mensagens até quando está lá na maternidade para ganhar o bebê e vai nos passando o feedback. (ACS 32)

### *5.2.2.7 Atendimentos complementares ao protocolo municipal de saúde*

Acompanhamento em alto risco quando necessário, as doenças como gestante com sífilis, estas são acompanhadas mais de perto do que aquelas com risco habitual normalmente. (ENF 5)

Referenciar para o alto risco, a referência-contrarreferência. (MED 8)

Ponderar por outras questões como a odonto que tem baixa adesão. (ENF 12)

A gente a orienta até no pré-natal, para ela retornar a unidade de 3-5 dias para fazer a vacina, teste do pezinho. (ENF 8)

### *5.2.2.8 Acolhimento profissional*

Escuta mais atenta nesse sentido mais amplo do cuidado em saúde é fundamental para chegarmos no cerne de algum tipo de adoecimento, então com certeza é fundamental. (MED 3)

A gente de alguma forma tenta orientar sobre benefício, sobre onde elas podem recorrer para elas conheçam o direito delas. (ACS 23)

A gente realmente orienta os direitos que ela tem, mas muita das vezes elas não conseguem e nós tentamos de alguma forma fazer com que elas possam conseguir pois a gravidez já é uma causa que mexe muito com o emocional delas, nós tentamos ao máximo possível tanto minimizar essa situação, com ajuda de um lado e de outro, enfim a gente consegue dar esse suporte para que ela se sinta acolhida. (ACS 25)

### 5.2.2.9 Educação em saúde

Grupo de gestante que estamos retomando agora para emponderar mais as mulheres quanto aos seus direitos, no pré-parto e no puerpério. (ENF 12)

Os grupos de gestantes que as vezes cruzam as dúvidas das grávidas quando a gente faz o grupo. (ACS 8)

### 5.2.2.10 Vínculo

Por mais que nós falamos não pode beber, e fulana está bebendo, não pode fumar, e fulana está fumando, aí vem o ACS e fala que ela está lá no beco fumando, a gente trabalha em conjunto assim, eles trazem a demanda que eles veem na área e a gente tenta distribuir nos consultórios. (ENF 4)

Vínculo mais forte com essa mulher através de conversa, através de apoio e tentar ser um caminho da melhor forma possível tanto para mulher quanto para a criança. (ACS 37)

### 5.2.2.11 Educação permanente

Educação continuada (dentro das unidades com os profissionais) e educação curativa (esta como é dita pelo MS) [...] estão realizando treinamento conosco, enfermeiros, para auxílio à amamentação e também com os médicos e ACS. (ENF 14)

Com o propósito de refletir sobre o cuidado em saúde, a definição de vigilância em saúde compreende o acompanhamento integral e contínuo das usuárias em seus ciclos de vida. Segundo o art. 2º, parágrafo 1º, da Política Nacional de Vigilância em Saúde (2018), tem como definição:

Entende-se por vigilância em saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Partindo do conceito exposto acima e em conjunto com as menções referidas pelos profissionais no item ‘vigilância em saúde’ anteriormente, pode-se compreender que a vigilância em saúde é realizada preferencialmente nas reuniões de equipe, que têm por objetivo o planejamento, a organização, a discussão de caso e coordenação do cuidado integral à mulher dentro do acompanhamento do pré-natal. Isso inclui a realização das consultas regulares e alternadas entre médico e enfermeiro, além das visitas domiciliares frequentemente realizadas pelos ACS e, quando necessárias, pelos profissionais que acompanham as gestantes, ambas seguindo o protocolo municipal de saúde do RJ, salvo casos específicos e pontuados dentro das necessidades de um olhar mais atento e próximo à mulher em situação de vulnerabilidade ou gravidade que ponha em risco a saúde materna-fetal.

É relevante considerar as desigualdades regionais e a dinamicidade da saúde ao almejar entender a organização dos serviços de atenção primária à saúde e a articulação entre os níveis de atenção, sendo de vasta importância para atender às necessidades de saúde da população, garantindo acesso, atendimento de qualidade e acompanhamento longitudinal (LOFEGO, 2019). O objetivo do pré-natal é garantir a evolução da gestação com um nascimento saudável, sem impacto para a saúde materna, levando em conta aspectos psicossociais, ações educativas e preventivas. Nesse cenário, a atuação da equipe se torna evidente, com atribuições designadas pelo MS, incluindo a vinculação da gestante ao pré-natal, realização de consultas intercaladas com o profissional médico, solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo local, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos padronizados no pré-natal, orientação sobre a vacinação da gestante, educação em saúde individual e grupal, escuta ativa e qualificada, identificação de sinais de alerta na gestação e visitas domiciliares (BRASIL, 2012).

No tocante às ações educativas que usualmente são realizadas nos grupos de gestantes, têm o propósito de preparar essa mulher juntamente com seus familiares para o processo gestacional, expressando o que sentem e sanando suas dúvidas relativas ao momento em que estão vivenciando. Quando se refere à ação educativa como parte do processo de trabalho das

ESF e a educação permanente, que tem o papel de qualificação e aperfeiçoamento profissional no cuidado dessas mulheres, percebe-se um número reduzido de menções referidas pelos profissionais que participaram da pesquisa.

Autores sinalizam que o pré-natal é o período em que a gestante se estrutura psicologicamente e fisicamente para o processo de parto e maternidade, tornando-se um momento oportuno para a realização de ações educativas em saúde que cooperem para a evolução da autoconfiança na vivência da gestação, do parto e do puerpério, a promoção da aprendizagem, a melhoria da saúde e a qualidade de vida da gestante e do seu bebê. Reforça-se que as ações educativas em saúde podem ser realizadas por meio dos grupos de gestantes, permitindo a troca de experiências, vivências e conhecimentos, favorecendo um melhor entendimento do processo de gestação e abordando temas como o parto, o puerpério, o planejamento familiar, o aleitamento materno, a alimentação saudável e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, dentre outras questões de grande importância para a gestante. Além disso, o grupo propicia um comportamento investigativo, uma leitura crítica da realidade em que a gestante está inserida e um espaço para apontar dúvidas e anseios próprios do período em que se encontra (Esteves; Bento, 2015).

No que diz respeito ao cuidado à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, os argumentos dos profissionais destacam que um bom acolhimento em conjunto com uma escuta qualificada constrói a base para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo dessas mulheres gestantes com sua ESF de referência e juntamente com a UBS. Partindo do pressuposto da possível gestação, seja pela suspeita do diagnóstico de gravidez ou a confirmação através do relato ao ACS na área ou através da busca pelo serviço de saúde para realização do TIG e assim detectando o positivo. Essa estruturação de acolhimento faz com que essas mulheres criem confiança e, conseqüentemente, adiram às consultas, realizem exames durante o pré-natal e relatem possíveis intercorrências durante o período, possibilitando que a equipe de saúde tome medidas importantes para evitar agravos.

O acolhimento é um componente fundamental no cuidado durante o período gestacional, sendo considerado uma prática ética e solidária, integrada à Política da Humanização e essencial para a prestação de cuidados em saúde. Durante o pré-natal, o acolhimento se realiza por meio da escuta ativa da gestante e de seu acompanhante, levando em conta suas histórias de vida e características individuais. Esse processo permite um maior entendimento da mulher, fortalecendo o vínculo e proporcionando um cuidado de maior qualidade (Brasil, 2012).

Os profissionais dos grupos enfatizam que esse acompanhamento é uma ação crucial e fundamental por parte das equipes de saúde, permitindo a orientação das gestantes em seu processo de saúde, doença e cuidado, assegurando que suas necessidades sejam acolhidas e que a assistência prestada seja integral. A localização geográfica da Rocinha, que é adscrita, possibilita que os profissionais tenham conhecimento dos moradores e de suas necessidades, o que facilita a prestação de cuidados contínuos.

### 5.3 CATEGORIA 2 - PLURALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### 5.3.1 Subcategoria 2.1 Conceitos de cuidado em saúde

Na Unidade 1, após a análise dos dados, emergiu a subcategoria "Conceitos de cuidado em saúde", com as seguintes unidades temáticas: "cuidar do ser humano em sua totalidade", "atendimento das necessidades de saúde" e "integralidade da atenção". Essa temática foi o ponto de partida nas seis perguntas realizadas nos grupos focais, sendo que, em sua maioria, um dos profissionais tomava a iniciativa de responder, enquanto os demais ainda estavam receosos. Os profissionais trouxeram o conceito de cuidado com base nos preceitos da Lei nº 8.080 (1990), da Constituição brasileira (1988) e nos conceitos de cuidado em saúde aplicados na Estratégia de Saúde da Família. Isso reafirmou a importância da atenção e responsabilidade dispensada aos usuários por parte das equipes.

Com base nas significações do cuidado em saúde, foram identificados os fatores que levam a considerar o cuidado como algo além de um mero conceito, mas sim uma reflexão crítica contínua, onde o usuário é visto em sua totalidade, inserido em um território desafiador como a Rocinha, que traz inúmeros desafios para as equipes da Saúde da Família, indo além da prática assistencial. Abaixo estão as unidades de registro descritas no quadro 7:

**Quadro 7 - Subcategoria 2.1: Conceitos de cuidado em saúde**

<b>Subcategoria 2.1: Conceitos de cuidado em saúde</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
CUIDAR DO SER HUMANO EM SUA TOTALIDADE	26	<b>3</b>	<b>61</b>
ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE	18		
INTEGRALIDADE DA AENÇÃO	17		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

As unidades de significação (US) que mais se destacaram foram "cuidar do ser humano em sua totalidade", com o maior número de 26 UR, seguido de "atendimento das necessidades de saúde", com 18 UR, e "integralidade da atenção", com 17 UR. A seguir, apresenta-se dentro desse contexto que permeia o cuidado em saúde na perspectiva da saúde integral, algumas unidades de registros dos profissionais que participaram do estudo.

#### *5.3.1.1 Cuidar do ser humano em sua totalidade*

[...] pegar um ser humano e trabalhar ele como um todo, tentar o seu psicológico, a parte social dele, família, trabalho [...] abraçando essa pessoa como um todo. (TENF 1).

[...] Da gestação até o envelhecimento cuidar do cidadão do alto da cabeça à planta dos pés, que é a proposta da saúde da família. (ACS 15)

[...] um termo amplo que abrange desde a promoção em saúde, desde pensar em saúde relacionado aos determinantes sociais e o meio em que o indivíduo está inserido, é um cuidado individual né e promoção das linhas de cuidado. (MED 5)

[...] é tanto promoção, prevenção, recuperação, assistência como um todo. (ENF 6)

### 5.3.1.2 Atendimento das necessidades de saúde

[...] é o acompanhamento mesmo, as visitas, as consultas, o cuidado preventivo, o vínculo, é o que a gente consegue manejar aqui. (ENF 12)

[...] de repente a pessoa estava tomando alguma medicação por conta própria já com a indicação técnica ela já para talvez aquilo naquele momento gerasse algum problema pra ela, essa tensão de ficar bem atento ali mesmo, principalmente famílias que tem crianças, dependendo da casa que a gente vê em lugares muito ruins, são escuros o tempo todo. (ACS 7)

[...] é muito além de só tratar a doença do paciente, mas também fazer promoção da saúde dar atenção antes das coisas aparecerem; prevenção, promoção, acho que cuidado em saúde é mais ou menos isso, ter visões comunitárias não fazer coisas tão focais e individuais, acho que fazer grupos, atividades que possam trazer benefícios na saúde. (MED 13)

### 5.3.1.3 Integralidade da atenção

[...] estar disponível também; a gente tem a ação do cuidado, mas a pessoa saber que ela tem aqui, saber como chegar na clínica e ter acesso fácil a gente para alguma informação que ela queira ou algum cuidado acho que também está dentro do cuidado. (MED 1).

[...] é você colocar o cuidado no usuário visando não só o cuidado em saúde física, mas quando eu falo em saúde eu penso em saúde mental, física, financeira e ai a gente pensa em saúde da família visando o cuidado também no seu ciclo, no seu nicho, na sua bolha. (ENF 13)

[...] é a realização do pré-natal, a prevenção de complicações e o tratamento de comorbidades que as gestantes possam vir a ter durante a gestação; prepará-la para o parto e puerpério e os cuidados do puerpério também incluem esse primeiro contato com o bebê. (MED 10)

As abordagens utilizadas pelos profissionais abrangem o ‘cuidar do ser humano em sua totalidade’ em maior citação e, pensando nele como um todo, desde o seu corpo por inteiro, da cabeça à planta dos pés e bem como suas áreas que perpassam o psicológico, o físico, o social que abrange quem está a sua volta, seja o familiar ou amigos, e até o ambiente de trabalho. Atravessa ainda os ciclos de vida desse indivíduo desde o nascimento até o envelhecimento.

O acompanhamento é um ato essencial da Atenção Básica. Tal nível de atenção atua tanto como porta de entrada do SUS, quanto na responsabilidade para com o indivíduo garantindo o vínculo, a longitudinalidade, o acesso e a coordenação do cuidado. Tal ato deve ser executado por todos os membros da equipe, os usuários necessitam sentir-se acolhidos e assistidos, compreendendo as atividades exercidas pelas unidades básicas que não dispõem somente à renovação de receitas e à reprodução de protocolos de saúde. A assistência pode ser compreendida como uma ação direcionada para a percepção das equipes onde observa-se se o ato de cuidar está tendo implicações na sua população adscrita (Agonigi, 2017).

Já no item ‘atendimento às necessidades de saúde’ apresenta-se o ponto de vista que inclui o cuidado na perspectiva de um contexto que caracteriza de forma única a construção de cada vivência e do mesmo modo as situações inerentes a vida, em qualquer território, assim em conformidade com as semelhanças que aumentam ou violentam a força das vidas. Em outras palavras, a rede Básica de Saúde é um desafio de sistematizar o cuidado singular, promovendo o individual e o coletivo, sendo saúde compreendida de maneira ampliada, não apenas citada em sua estrutura física biológica como também seus agravos na saúde (Merhy *et al.*, 2019).

Quando se traz a ‘integralidade do cuidado’ pensa-se em um dos princípios que rege o SUS (Brasil, 2023):

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos

Os pesquisadores complementam que a integralidade abrange os serviços oferecidos à comunidade nas diferentes áreas de atenção e que precisam atender às necessidades de promoção, prevenção, reabilitação, cura e cuidados paliativos. Quando se refere à característica

da coordenação, julga-se a articulação entre os vários serviços e atividades pertinentes à saúde, induzindo as demais características essenciais e derivadas. Tais ações de vínculo entre o usuário e a equipe demandam estar de forma simultânea e contínua, levando em conta seja qual for o nível de complexidade e independentemente do local em que acontecem ou da forma de assistência profissional prestada (Michalczyzyn *et al.*, 2023).

Outro grupo de pesquisadores problematiza a definição de rede básica de saúde e de saúde coletiva, sendo uma caracterização que expõe especificidades da batalha brasileira a favor da saúde como direito de todos e dever do Estado. A rede básica não se restringe a ser apenas o primeiro grau de atenção, trazendo como característica o direito do cuidado contínuo, elaborado em rede por tipos de serviços distintos, de saúde ou não. A rede básica de saúde não é meramente 'a porta de entrada' do sistema de saúde, já que existem diversas outras entradas, a depender dos problemas que conduzem os usuários a buscar os serviços de saúde (Merhy *et al.*, 2019).

### 5.3.2 Subcategoria 2.2 Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico puerperal – especificidades, potências e fragilidades

Nesta subcategoria, destacou-se, a partir das falas dos profissionais, a forma de cuidar no processo de acompanhamento à mulher em seu ciclo gravidez-puerpério, no atendimento na ESF, e o que eles trouxeram como potencialidades e fragilidades durante essa produção de cuidado. Paralelamente a isso, emergiram unidades temáticas destacadas no quadro 8 a seguir:

**Quadro 8** - Subcategoria 2.2: Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico- puerperal – especificidades, potências e fragilidades

<b>Subcategoria 2.2: Cuidados no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico- puerperal – especificidades, potências e fragilidades</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>

ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA	22	<b>9</b>	<b>170</b>
A DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS PARA COM O CUIDADO À MULHER	22		
A GESTANTE EM SUA TOTALIDADE	32		
OS ANSEIOS E AS DÚVIDAS DAS GESTANTES	11		
A DIFICULDADE DE ACESSO À DIREITOS	9		
A SOBRECARGA DE TRABALHO NAS ESF's	21		
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO POTÊNCIA NO CUIDAR	42		
PROMOVER SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS	6		
PROBLEMAS NA ARTICULAÇÃO EM REDE	5		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

Inicialmente, destaca-se a "equipe multiprofissional como potência no cuidar" com 42 unidades de registro (UR), seguida da "gestante em sua totalidade" com 32 UR. Em seguida, aparecem o "acolhimento e escuta ativa" juntamente com "a disponibilidade dos profissionais para com o cuidado à mulher", apresentando 22 UR cada. Outras temáticas mencionadas são "a sobrecarga de trabalho nas ESFs com 21 UR, "os anseios e as dúvidas das gestantes" com 11 UR, "a dificuldade de acesso a direitos" com 9 UR, "promover saúde para prevenção de agravos" com 6 UR e "problemas na articulação em rede" com 5 UR.

É evidente que, a partir dos relatos dos profissionais, a equipe multiprofissional é vista como uma potência no processo de cuidar em saúde, ganhando destaque com maior citação. O diferencial da ESF em muitos casos complexos e de difícil manejo está no trabalho dessa equipe, especialmente em situações de maior vulnerabilidade socioeconômica, condições precárias de moradia e dificuldades enfrentadas pelas gestantes. Em seguida, a atenção à gestante como um todo é valorizada, abrangendo um olhar completo, único e individualizado para cada caso, ampliando o cuidado em saúde para além da gestante, envolvendo sua rede de apoio, seu contexto de vida, condições socioeconômicas e nível de escolaridade para garantir a adesão ao pré-natal e fortalecer o vínculo com a equipe de assistência.

A continuidade do cuidado é diretamente relacionada à disponibilidade dos profissionais para com as gestantes. Muitos profissionais mencionaram a prática de "porta aberta" para gestantes, o que impacta diretamente na diminuição de intercorrências que podem levar a

agravos e até mesmo à morte fetal e/ou materna. Todas essas afirmações são respaldadas tanto pelas colocações dos profissionais quanto pela literatura revisada anteriormente.

A seguir, serão destacadas algumas unidades de registro dos profissionais que participaram do estudo, reforçando a veracidade das afirmações acima. Posteriormente, serão contextualizados com estudos que corroboram esses processos de cuidado à saúde materna:

### *5.3.2.1 Acolhimento e escuta ativa*

A escuta ativa é muito importante, não só no consultório, mas também nas visitas. (ENF 1)

Ouvir as queixas dela nos primeiros dias pós-parto também é muito importante. (ACS 2).

Acolher a gestante porque é um momento muito delicado, muitas das vezes muito difícil, nós temos muitas gestantes que são mães solteiras e carregam a gravidez sozinha então acho que isso mexe muito com a gestante e ela vê em nós um ponto de apoio né, praticamente muita das vezes nós fazemos o papel de pai, de mãe, de família, principalmente com a grande quantidade de gestantes adolescente que nós temos. (ACS 1)

Completando com o acolhimento a palavra carinho nesse caso fica muito bonita porque a pessoa tem a gente como referência (ACS 2 reforça ao fundo a mesma palavra) de repente até como salvadores a gente vê no dia a dia e você olhar com carinho você olhar aquela pessoa como humanidade. (TENF 1)

É muito importante o acolhimento, o acesso porta ativa, a nossa disponibilidade nessa parte. (MED 2)

### 5.3.2.2 A disponibilidade dos profissionais para com o cuidado à mulher

A gente está sempre disponível assim é, a gestante vem aqui ela vai ser atendida, precisou ir em casa a gente vai em casa, tá sempre por perto promovendo um ambiente de segurança pra elas, isso a gente faz bastante aqui na APS. (MED 2).

Porque uma pessoa estranha ali toda hora chamando para as consultas, isso acaba sendo uma potência para não desistirmos, e continuar buscando e no caso trazer mais atenção para passar pra equipe técnica também entre nós ACS para o outro poder acompanhar; ou se tiver no guichê entrar em contato com o outro ACS que está na área solicitando que faça uma verificação do porquê aquela gestante não pode vir. (ACS 7)

A forma em que a gente trabalha o acesso na unidade, utilizando a questão da demanda espontânea porque para além do acompanhamento periódico a gente deixa a agenda aberta e orienta tanto os ACS quanto a equipe técnica, essa gestante ou puérpera vir sempre que precisar independente de ter um agendamento ou não, então acho que isso é uma potencialidade do serviço. (ENF 3)

A importância de estar ali nesse acompanhamento que a gente está ali trocando, hoje em dia facilita muito por ter o WhatsApp, não que minha VD não seja importante, mas o WhatsApp facilita muito, porque é uma troca real sabe, no momento em que ela está ali, está triste, ela consegue fazer essa troca, eu acho importantíssimo. (ACS 11)

### 5.3.2.3 A gestante em sua totalidade

A nossa compreensão e entendimento do ciclo de vida em que essa pessoa está inserida neste momento, se é uma gestação que foi planejada ou não que dificuldade ela tem, sabemos que ela tem muito mais queixas no primeiro trimestre, segundo trimestre, terceiro trimestre, estar sempre disponível, sempre atento né. (MED 2)

Orientar sobre o que é o pré-natal, pesagem, medida uterina, orientação sobre a amamentação, dos riscos quando é pré-natal de risco, sobre a maternidade de referência, solicitação de exames do 1º, 2º e 3º trimestre e qual a importância deles para a saúde delas, aproveitaria também e falaria sobre o pré-natal do parceiro ou da parceira. (ENF 8)

Visita, orientação; no puerpério sobre a amamentação, o uso do anticoncepcional, ela retomar essa utilização pós-parto também. (ACS 30)

É lembrar a mulher que está ali e não é só sobre o bebê, é o que a gente tenta fazer muito, tornar ela central também, não colocar só ela no posto de mãe, porque a gente tende a fazer. (MED 13)

O espaço em que ela vive, o que ela faz; as vezes a gestante não tem uma vida 'digna' e vive de estar em meios de vícios ao qual a gente tenta que ela saia dessa situação e faça um tratamento devido para dar esse aporte e em que ela consiga sair disso e bem com a sua gestação. E posteriormente a própria puérpera mesmo, onde vivera essa criança e como ficará essa criança após o nascimento; vamos dizer que é triste ver quando a gente não consegue a excelência e a pessoa continua naquela situação, vivendo daquele jeito. (ACS 35)

#### *5.3.2.4 Os anseios e as dúvidas das gestantes*

É um momento que a mulher está mais vulnerável, ela precisa desse momento de estar ali falando sobre as dificuldades que ela tem e também se for a primeira gestação ela tem dúvidas, mesmo que seja uma segunda é diferente da outra. (ACS 11)

Um cuidado que eu vejo também nas consultas com frequência são os esclarecimentos de muitas dúvidas, estão em fase de adaptação da mulher na casa dela, as mulheres geralmente trazem a angústias que são próprias delas, ficam muitas vezes meio constrangidas de fazer perguntas simples, mas à medida que ela faz você da muita importância para isso. (MED 7)

Entender o que está influenciando todo esse processo dela, não só sobre seus sentimentos, mas como está sendo a relação dela com a parceria, com a família, acho que também faz parte. (ENF 6)

Por ser ACS a gente tem uma aproximação e isso ajuda na vinculação e na questão que ela falou de orientação, a gente se torna uma ponte mais fácil de acesso para retirar dúvidas, de aconselhamento. (ACS 24)

### 5.3.2.5 A dificuldade de acesso à direitos

O acesso a própria moradia, porque a gente tem muita área escondida e a gente mora em uma área de risco e as vezes nós não temos como chegar com tanta facilidade à esses locais e a própria pessoa não consegue chegar aqui da mesma forma como deveria ser, o número de consultas, o número de vezes que a pessoa deveria vir, perde-se exame as vezes, perde-se consultas, porque o acesso não é tão fácil e isso acontece. (TENF 1)

Há uma fragilidade de rede, uma fragilidade de conseguir articular esse cuidado em rede quando a gente necessita, as vezes isso fica um pouco corrompido, quando pensamos nesse cuidado integral um pouco fragmentado. (MED 5)

Nós temos pacientes com questões de saúde muito importantes e a gente não consegue uma articulação de rede possível e que garanta essa integralidade no acesso a saúde dessa gestante/puérpera. (ENF 3)

A gente tem esse programa aqui de realização da laqueadura ou da vasectomia, e a gente tem um feedback delas que isso é muito difícil de ser feito quando elas estão lá tendo o neném. Acho que deveria ter uma coisa mais alinhada para o fator de perfil da gestante, olha você tem 4 filhos você entra nesse perfil ou o marido vai fazer a vasectomia, porque esse serviço é muito burocrático. (ACS 16)

### 5.3.2.6 A sobrecarga de trabalho nas ESFs

Uma demanda muito grande para uma equipe muito restrita, eu acho que isso é algo muito demandante, tanto para os ACS quanto para os ENF, médico e também para o técnico. de Enfermagem, é uma demanda extremamente grande e que, enfim. (MED 9)

Que é importante salientar essa sobrecarga da atenção primária, e sobretudo essa sobrecarga não é só do setor saúde e ele está dando conta de questões que são macro né e o perfil epidemiológico da população tem se agravado ao longo do tempo, mesmo antes da pandemia estava demais e com a pandemia piorou mais e é uma sobrecarga ao ponto de que não temos tempo de fazer a prevenção. (ENF 7)

É o dia todo agenda lotada de demanda livre, entendeu, a gente não consegue fazer o acompanhamento devido que é de saúde da família. (ENF 1)

Então muitas das vezes porque a demanda é excessiva, devido a essa confiança eles querem vir em uns horários assim, até FDS, então a gente deixa a orientação e no final da gestação eles não pensam nem ir à maternidade querem logo vir aqui porque estão com aquelas contrações. (ACS 22)

### *5.3.2.7 A equipe multiprofissional na potência do cuidar*

É um conjunto de cuidados multiprofissionais que vai desde a vigilância do ACS, da visita domiciliar, da identificação de como é a dinâmica familiar, de como é a casa, as consultas de pré-natal, no caso como é a periodicidade das consultas e os encaminhamentos, os exames, eu acho que não consigo pensar em coisas principais eu acho que todo esse cuidado é muito importante e faz diferença. (ENF 1)

O potencial é a equipe, a atenção que a equipe dá, a união da equipe é um potencial para fortalecer o vínculo e dar certo o acompanhamento da gestante/puérpera. (ACS 15)

Tem uma questão epistemológica também que são esses profissionais com horário integral e também são uma potencialidade muito grande para que as pessoas tenham um atendimento de fato integral (cuidado de saúde integral), [ENF complementa medicina centrada na pessoa] eu apontaria também isso como potencialidade pois tem uma evolução teórica importante de uma medicina tradicional que a gente fazia antes para uma medicina de família e comunidade e de enfermagem comunitária. Eu acho que isso faz a diferença. (MED 8)

É ter o apoio dos ACS, é você saber quantas gestantes você tem no território, é você ir à residência dessa gestante, conhecer o ambiente em que ela está inserida. (ENF 14)

É todos saberem quem são as suas gestantes para dar suporte quando necessário durante o acompanhamento, isso se faz muito necessário. (ACS 35)

### 5.3.2.8 Promover saúde para prevenção de agravos

Atuar para prevenir os desfechos de mortalidade materna e infantil, particularmente em nosso trabalho enquanto ACS ou promotores de saúde, atuar nesse período é um período crítico para atuar nesses índices. (MED 5)

As redes de apoio que a gente consegue construir para algumas mulheres, a questão social de conseguir uma cesta básica, o próprio CAPS, o NASF. (ENF 5)

### 5.3.2.9 Problemas na articulação em rede

A maior fragilidade do pré-natal para mim é a ausência de comunicação com a nossa maternidade de referência; a gente tem uma comunicação que eu diria que é quase nula, as nossas experiências de encaminhamentos para maternidade de referência são muito ruins, a forma de que as pessoas se relacionam lá são bem diferentes da forma que a gente se relaciona aqui. (MED 6)

Quando a gente perde o vínculo com uma paciente que foi encaminhada e não volta, e a gente fica tentando buscar isso, então falta um trabalho de rede mais estruturado, acho que falta algumas ferramentas de promoção em saúde, ainda além assistência individual em consultório, a gente peca na promoção em fazer atividades em grupo, e também de ter ferramentas de território, além da clínica da família, para ajudar articular esse cuidado. (MED 5)

A gente entende que o território né trazendo uma fragilidade muito grande fazendo que a gente não tenha essa gestante tão assídua na unidade ou em outros setores da atenção secundária que a gente gostaria que tivesse. (ENF 13)

É evidente que a "equipe multiprofissional como potência no cuidar" foi uma das maiores potencialidades referidas pelos profissionais durante as entrevistas. Neste quesito, a ESF, em consequência de suas potencialidades e por se assegurar nos princípios direcionadores ao avanço das práticas de saúde, sobressai como componente essencial da agenda política para a sistematização de atividades e serviços de atenção primária resolutiva no Brasil. Para isso, fez-se necessário lançar mão de mecanismos que assegurem a APS, garantam a competência de

coordenar e organizar o sistema de saúde, atendendo às demandas de saúde da população e cooperando para a reorientação do modelo de atenção em questão (ARAÚJO *et al.*, 2023).

Ressalta-se que a ESF é um dos serviços que compõem a APS e trabalha conforme o fundamento do conceito de território, mediante o desenvolvimento de práticas que assegurem a integralidade do cuidado. A fim de que a APS seja capaz de exercer a atenção à saúde da população, torna-se essencial o estabelecimento de uma relação comunicativa que envolva os trabalhadores de saúde e os usuários. Nessa situação, evidencia-se o papel importante da comunicação instituída entre os trabalhadores de diversos níveis de atenção, com o propósito de estabelecer conhecimentos e alcançar um atendimento integral à saúde dos usuários (Marchiori *et al.*, 2022).

Desta forma, o trabalho de forma articulada em equipe multiprofissional, que designa o cuidado na APS, é fundamental. Reforça-se que as habilidades inerentes a cada categoria profissional, sozinhas, não abrangem a complexidade da atenção à saúde, sendo necessária a articulação e flexibilização nos limites das competências para a busca de atividades pertinentes à coordenação do cuidado. Para esse fim, a discussão de caso é essencial para o cuidado compartilhado, visto que nem todos os casos em sua totalidade exigirão um atendimento individualizado com o profissional especializado (Araújo *et al.*, 2023).

No que tange à linha de cuidado de atenção à saúde das gestantes e puérperas, a APS caracteriza-se como um ambiente planejado para um pré-natal de baixo risco e de qualidade, assegurando uma atenção integral e com grande potencial de resolutividade mediante o acompanhamento, as consultas, as orientações e a educação em saúde. Dessa maneira, a qualidade do serviço de saúde é assegurada através do planejamento da gestão municipal e administrativa, assim como pela oferta contínua de acompanhamento ao pré-natal. Além disso, é primordial que exista uma rede que ressalte o processo de cuidado, a garantia de direitos e a assistência qualificada dessas mulheres (Marchiori *et al.*, 2022).

A gestação e o período puerperal são ciclos indispensáveis para a prática de atividades com direcionamento à promoção de saúde. Em contrapartida, essa promoção é encorajada durante as consultas de pré-natal, nas quais as mulheres são acompanhadas mensalmente. Essas ocasiões são oportunidades para identificar possíveis agravos decorrentes desse momento, bem como os antecedentes gestacionais e eventuais problemas de saúde. A atividade multiprofissional desempenhada pelas equipes de saúde possibilita resultados positivos no acompanhamento ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, levando em conta a individualidade de cada período para a saúde das mulheres (Marchiori *et al.*, 2022).

Além disso, é crucial levar em consideração que o grau de satisfação e avaliação das consultas de pré-natal na APS está diretamente relacionado ao acolhimento dessas mulheres na ESF, à qualidade das consultas de pré-natal e ao vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e a gestante. Dessa maneira, o diálogo e os cuidados de forma integral são necessários para a aderência às consultas de pré-natal e aos cuidados no período do puerpério (Marchiori *et al.*, 2022).

O trabalho em equipe faz a diferença na longitudinalidade do cuidado a essa mulher, bem como a integração ensino-serviço-comunidade com a atuação dos profissionais dos programas de residência multiprofissional que fazem parte dessas unidades de saúde avaliadas. É reforçado no quesito "acolhimento e escuta ativa" e "a disponibilidade dos profissionais para com o cuidado à mulher", que se complementam nas colocações dos profissionais. Quando a gestante é bem acolhida e ouvida por um profissional do serviço de saúde, seu cuidado é direcionado para sua real necessidade naquele momento. A disponibilidade dos profissionais de saúde para com a atenção a essa mulher complementa a assistência necessária, trazendo um olhar direcionado, completo e integral para suas queixas. Isso se relaciona com as temáticas "a gestante em sua totalidade" e "os anseios e dúvidas das gestantes", minimizando os agravos e riscos inerentes à gestação/puerpério.

O diálogo é uma capacidade fundamental para o progresso do trabalho dos profissionais de saúde. Além das técnicas para o desenvolvimento do cuidado, ele facilita o acesso às informações sobre a situação de saúde dos usuários nos diferentes segmentos da RAS. Por essa razão, existem recursos tecnológicos que favorecem o diálogo entre os âmbitos da RAS, especialmente desenvolvidos para protocolar a assistência ao usuário e a comunicação entre a equipe multiprofissional (Marchiori *et al.*, 2022).

A utilização do sistema de informação eletrônico compartilhado por meio dos serviços da APS é apontada como um instrumento fundamental para a comunicação no cuidado dessas mulheres, pois permite acompanhar o percurso terapêutico e verificar se a gestante está sendo atendida em algum serviço da RAS. No entanto, a comunicação entre os serviços da APS que utilizam a tecnologia e a ciência de forma adequada, assim como ocorre nos hospitais, ainda não acontece pelos sistemas de informação eletrônicos. Dessa forma, a comunicação muitas vezes ocorre por meio da Carteira da Gestante ou dos registros das gestantes que buscam a ESF na UBS (Marchiori *et al.*, 2022).

Essa dificuldade é reforçada na unidade de significação chamada "problemas na articulação em rede", na qual as unidades de registro mencionadas refletem essa questão.

Algumas gestantes são encaminhadas para a atenção secundária e não retornam para dar continuidade ao acompanhamento conjunto na APS, enquanto outras são direcionadas para a maternidade de referência dessas UBS e voltam sem nenhuma orientação para continuar o acompanhamento durante o período puerperal, exames do recém-nascido, vacinas e primeira consulta pós-parto. Os profissionais enfatizam que gostariam que suas gestantes tivessem o mesmo tratamento ou até mesmo um tratamento melhor do que o proporcionado na APS durante o encaminhamento para a atenção secundária, mas nem sempre isso acontece.

Uma fragilidade amplamente citada pelos profissionais na temática "a sobrecarga de trabalho nas ESFs é corroborada por um grupo de pesquisadores, que alertam para a PNAB em vigor, que recomenda que uma equipe de APS disponha de três mil usuários em seu painel, quantidade acima do preconizado para realidades socioeconômicas com diferenças menores, como a dos Estados Unidos, da Inglaterra e de alguns países europeus. A espera por consultas, a elevada insatisfação dos pacientes e a perda da longitudinalidade são problemas enfrentados por equipes com painéis muito grandes. O número adequado de população assistida é fundamental para administrar a carga de trabalho e proporcionar um atendimento de alta qualidade aos usuários (Soares *et al.*, 2022).

### 5.3.3 Subcategoria 2.3 Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal

As estratégias de educação em saúde fazem parte do cuidado às mulheres no período da gravidez-puerpério e se faz presente nos relatos dos profissionais de saúde que passaram pelo grupo focal. Eles reforçaram em seus registros a dificuldade pós pandemia de retomar com os grupos de gestantes que já existiam antes, mas que tentam realizar orientações individuais dentro de consultório para suprir parte das necessidades e dúvidas dessas mulheres. É sabido que as ações de educação em saúde são de extrema importância no processo de cuidado a esse grupo de mulheres no curso de uma gestação antes mesmo do surgimento do SUS e da ESF.

Com base no que o PAISM divulgado em 1983, já afirmava esse conceito como forma de olhar e falar da mulher de modo integral e profunda, demonstrando seu papel social, seus ciclos de vida e, de forma articulada, suas dificuldades e necessidades de saúde. Para tal

objetivo, a educação em saúde tornou-se essencial para a construção de conhecimentos e habilidade crítica das mulheres (SILVA *et al.*, 2022).

Baseado nas considerações empregadas nas questões que abordavam as estratégias de educação em saúde como elemento fundamental no cuidado à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal durante o período do pré-natal, emergiram unidades temáticas que abarcaram as unidades de registros que serão exemplificadas a seguir, organizadas no quadro 9:

**Quadro 9** - Subcategoria 2.3: Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal

<b>Subcategoria 2.3: Estratégias de educação em saúde como parte do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal</b>			
<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>	<b>UR</b>	<b>US</b>	<b>Total UR</b>
GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	39	<b>7</b>	<b>99</b>
A EXISTÊNCIA DE UM AMBIENTE PARA AMAMENTAÇÃO	1		
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE AMAMENTAÇÃO	23		
DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO PARA PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DE GRUPOS EDUCATIVOS	11		
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DENTRO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	14		
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIA DE ACOLHIMENTO ÀS DÚVIDAS	5		
ACOLHIMENTO E CUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	6		

Fonte: Dados da Pesquisa (Autora, 2023).

As unidades temáticas que mais se destacaram foram os 'grupos de educação em saúde', com 39 UR, seguidos das 'orientações gerais sobre amamentação', com 23 UR, a 'educação em saúde dentro das consultas de pré-natal', com 14 UR, as 'dificuldades no processo de trabalho para o planejamento e execução de grupos educativos', com 11 UR, o 'acolhimento e cuidado

como estratégia de educação em saúde', com 6 UR, a 'capacitação dos profissionais como estratégia de acolhimento às dúvidas', comportando 5 UR, e, por fim, 'a existência de um ambiente para orientação sobre amamentação', com 1 UR apenas.

### *5.3.3.1 Grupos de educação em saúde*

Eu penso que as atividades grupais, sejam elas na unidade ou no território, por estar até mais perto delas e identificar algumas coisas que dentro do serviço a gente não consegue identificar e quando estamos no território a gente consegue observar coisas que dentro da unidade não é possível. Então eu acho que tem um grau de importância muito grande as atividades grupais dentro e principalmente fora da unidade. (ENF 3)

No grupo uma conhece a outra, trocam experiências, conversam e interagem entre elas, e isso é muito importante pra elas [...]ACS e eu estamos no grupo as vezes a ACS tem mais experiência do que eu, já trocam até telefone fazendo grupo de gestante de WhatsApp entre elas pra trocarmos experiências entre elas. As vezes ela não tem com quem falar, no grupo elas conversam, desabafam sabe, é muito bom para elas. (ENF 1)

Eu acho que falta algumas estratégias, a gente tem pouca ação comunitária, acho que seria legal que retomássemos grupos que existiam antes da pandemia, tanto grupos de amamentação, os de puericultura, onde as mães trazem seus bebês e elas realizam trocas de experiências, dúvidas, e isso é uma forma de desafogar um pouco nosso atendimento em demanda, mesmo sendo uma das clínicas com maior incentivo municipal por ser uma unidade escola, por estar inserida na rocinha, essas ações de grupo faltam, precisamos até nos movimentar mais pois percebo que a fala muito e faz pouco. Tanto para as gestantes como os sinais de iminência de parto, o que é normal, que é de fato fisiológico ou não, então se tivesse grupos seria bom para elas e pra nós também. (MED 13)

A gente já tem um planejamento para começarmos um grupo de gestantes que seriam para todas as equipes da unidade, dividido entre os grupos trimestrais, então seria uma reunião para as gestantes do 1º trimestre, outra para o 2º trimestre, e uma para o 3º trimestre, entendendo que cada gestante de cada período de gestação vai trazer uma demanda e daí vai demandar um conhecimento específico para cada uma; não é uma estratégia da equipe, mas a equipe vai poder aderir com suas gestantes também. (ENF 2)

### 5.3.3.2 Orientações gerais sobre amamentação

Acho que também tem a questão da amamentação que a gente tenta bastante educar, estimular as gestantes, acho que também a abordagem, apesar de ser menos falada, mas temos a questão da violência obstétrica, plano de parto, direitos trabalhistas mesmo com respeito a gestação. (MED 10)

Essas jovens que engravidam precisam de orientação pois muitas são ‘marinheiras de primeira viagem’ e por precaução maior esse acompanhamento próximo é essencial. A amamentação também é de extrema importância, acompanhar como está a pega, se está conseguindo amamentar e isso é importante nos primeiros 30 dias mesmo. (ACS 35)

Porque muitas das vezes para a uma mulher amamentar é um sofrimento e isso ocorre porque ela não tem a orientação devida e então isso é muito ruim e por ela sofrer ela abandona, acaba sofrendo não só ela, mas a criança porque ela não tem um acolhimento devido, ela não tem quem a acompanhe devidamente na forma de amamenta [...] Às vezes a mulher está amamentando de forma errada e não tem quem apoie, quem ensine, pois, demanda tempo e não é ela chegar aqui e sair em 20min. A prática mesmo eu acho que ficamos muito em deficiência quanto a isso. (ACS 1)

### 5.3.3.3 Dificuldades no processo de trabalho para planejamento e execução de grupos educativos

Eu reconheço que nós não fazemos muito as estratégias de educação em saúde. (MED 3)

Acho que sem dúvida pensar em atividades de grupo é bastante importante, concordo que ultimamente a gente não tem feito, acho que tem fatores externos como a pandemia, que acho que isso a gente ficou 2 anos sem possibilidade de fazer atividades em grupo, mas eu penso que essas atividades têm uma potencialidade importante no que diz respeito a educação em saúde. (ENF 3)

A gente está pecando um pouco pois estamos um pouco desestruturados, e aí tem vários contextos, de pandemia, a gente não está utilizando desta ferramenta de grupos educativos. (MED 5)

Não temos uma estrutura dentro da equipe muito organizada de educação em saúde para com as gestantes assim, que eu me recorde não temos nenhum programa estruturado dentro da equipe para fazer essa educação continua aí, que a gente possa trabalhar em grupo com as gestantes de alguma forma, com tema específico e estruturado. (MED 6)

#### *5.3.3.4 Capacitação dos profissionais como estratégia de acolhimento às dúvidas*

Instrumentar os ACS que são portas de entrada e estão ali no dia a dia para que quando eles passam ali na área consigam tirar dúvidas delas naquele momento e quando não conseguirem solucionar a demanda mandar pra gente (ENF 4)

Essas estratégias elas já acontecem, na verdade nos retomamos agora, capacitação dos profissionais [...] a Unidade tem investido bastante na educação dos profissionais para que eles possam ser mais sensíveis à essas questões de educação, de cuidado, sinais de risco, o que eu posso identificar de vulnerabilidades no território e eles trazem para reunião de equipe e a gente constrói junto um plano, ideia que possam melhorar ou minimizar danos à essas mulheres. (ENF 5)

A gente tem pensado de uma forma mais coletiva, nós pensamos em uma forma de qualificação profissional, a gente tem pensado um cronograma de intervenções diversas sobre saúde, temos falado de diversos temas, e a gente tem trazido algumas convidadas e temos abordado entre a gente. (ENF 7)

A gente tem educação permanente de toda a equipe desde a equipe técnica até ao ACS, para melhorar a escuta, o cuidado holístico. Também acrescentando o que dá para incluir nas políticas sociais, o que a gente tem disponível, mesmo que não inclua a gente coloca na lista de espera. (ENF 12)

#### *5.3.3.5 Acolhimento e cuidado como estratégia de educação em saúde*

Então o melhor é valorizar o cuidado para sempre fazer o melhor sabe. Porque tem crianças que nascem morta, que a mãe morreu grávida. Olha tem uma paciente que teve aborto e que nem aqui voltou; a mas pode ser que tenha algo lá dentro que ela precise voltar em consulta, mas ela não quer nem olhar para nossa cara. (ACS 15)

Sempre quando elas chegam para a consulta de pós-parto a gente pergunta para elas como foi a consulta na maternidade e 90% delas relatam que não foram bem tratadas, que não foram bem recebidas dentro das maternidades de acolhimento, e são orientadas durante o período do pré-natal até o puerpério, ressaltamos acerca de como ocorre a violência obstétrica. (ENF 14)

#### 5.3.3.6 A existência de um ambiente para amamentação

Nós temos muita deficiência nessa parte de amamentação, pois é um momento muito delicado para a puérpera e muitas das vezes nos falta, acho que nós teríamos que ter uma sala somente pra isso, para acolher, pois as vezes ela não consegue amamentar porque ela não tem leite mas as vezes ela não tem o apoio emocional e as vezes é a forma como segura a criança, não tem essa orientação como pegar, mexe muito você não dormir, a noite ai você chega irritada porque eu não consigo amamentar porque ela não quer, porque ela chora de fome, entendeu e a gente não tem essa disponibilidade para parar e sentar com essa mulher pra sentar e dar o atendimento devido pra ela, para que ela consiga de forma correta amamentar sem ser de forma dolorida pra ela, que não traga sofrimento. (ACS 1)

Nesse contexto que vivenciamos recentemente da COVID-19, diversos setores de atividades realizadas nas UBS foram suspensos devido à alta demanda de atendimento para questões prioritárias. Como resultado, as ações educativas foram interrompidas por um longo período, e paralelamente a isso, vem ocorrendo a superlotação das UBS devido à alta demanda, o que dificulta o retorno dos grupos educativos voltados para a saúde materna-infantil. Essa característica é reforçada pelos relatos dos profissionais mencionados acima. Eles enfatizam o valor elevado que os grupos de gestantes têm em proporcionar um ambiente de troca de experiências, retirada de dúvidas, emoções e sensações que, às vezes, durante uma consulta de rotina de pré-natal, não conseguem ser expressas para os profissionais devido ao tempo reduzido ou a outras demandas prioritárias no presente momento.

É sabido que a ESF serve como espaço produtivo e favorável para a promoção da Educação em Saúde, apropriado para motivar a consciência crítica e reflexiva dos usuários e servir de instrumento de formação para que possam exercer a participação social (Silva *et al.*, 2022). No entanto, esse instrumento de ação educativa não tem sido muito utilizado pelas UBS, conforme relatado pelos profissionais. As atividades educativas estão sendo generalizadas e incluídas nas consultas de rotina de pré-natal, o que, na maioria das vezes, resulta em alta demanda nos atendimentos e, conseqüentemente, consultas com tempo limitado, falta de tempo

para o planejamento educativo e necessidade de capacitação profissional. Dessa forma, o verdadeiro significado de promoção de saúde, conforme proposto por Paulo Freire (Brasil, 2002), vem se perdendo, e somos provocados a pensar:

Promover saúde é educar para a autonomia, é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

A sociedade moderna dos dias atuais possui, como característica prevalente, o individualismo, no qual a promoção da saúde surge com o propósito de romper essa tendência através da mobilização comunitária. Nesse cenário, a atuação comunitária se consolida, compartilhando saberes técnicos e populares e gerando condições para a elaboração de estratégias que têm se mostrado eficientes frente aos problemas de saúde. Essa mobilização está voltada para a preservação da vida e está alinhada aos movimentos globais em prol do progresso humano (Brasil, 2002). Diante dessa perspectiva, torna-se necessária a reorganização dos serviços de saúde para planejar e colocar em prática ações educativas que considerem o impacto dessas ações no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, minimizando riscos e agravos nesse período.

O desafio proposto pela promoção da saúde tem o objetivo de reorientar os serviços de saúde, superando a fragmentação do cuidado focado apenas na doença, e caminhando em direção à atenção integral às necessidades individuais, com uma perspectiva comunicativa do cuidado e do ser cuidado, do ensinar e do aprender. Essa abordagem guia os serviços de saúde a atuarem de forma ativa na busca de soluções para os problemas de saúde, trabalhando em conjunto com as comunidades (Brasil, 2002).

Nas colocações dos profissionais durante o grupo focal, a promoção da saúde é destacada como eficiente quando promove mudanças nos determinantes da saúde. Esses determinantes abrangem tanto fatores relacionados ao manejo individual, como condutas pessoais, estilos de vida e uso dos serviços de saúde, quanto fatores externos, como condições sociais, econômicas e ambientais, bem como a prestação de serviços de saúde. Nesse contexto, a abordagem da promoção da saúde busca capacitar as pessoas para que se tornem protagonistas de sua própria qualidade de vida, empoderando-as como sujeitos ativos ou comunidades

atuantes. O conceito de empoderamento tem ganhado espaço como uma estratégia importante no campo da saúde pública, conforme identificado por Horta *et al.* (2009).

Quanto ao tema 'orientações gerais sobre amamentação' e 'existência de um ambiente para amamentação', esses tópicos retratam as dúvidas, os anseios e as dificuldades que existem no processo de amamentação. É relevante destacar que um ambiente para educação em saúde para esse grupo de mulheres gestantes/puérperas abrangeria essas necessidades mencionadas nas unidades de registros dessa temática, fortalecendo o vínculo e potencializando o cuidado com elas e seus familiares. A criação de um espaço adequado para amamentação e orientações gerais sobre amamentação poderia proporcionar um suporte importante para essas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, promovendo a saúde materna-infantil de forma integral e capacitando-as para cuidarem de si e de seus bebês de maneira mais informada e confiante.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática abordada neste estudo é de extrema relevância e desafiadora tanto para o SUS como para a reflexão crítica sobre o cuidado oferecido pela ESF. A pesquisa permitiu uma análise mais aprofundada sobre como o cuidado é construído pelas equipes de saúde da família na Rocinha, especialmente no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravidez-puerpério. Essa análise foi um grande desafio devido à complexidade do território, caracterizado por sua vulnerabilidade socioeconômica e pelo elevado número de habitantes, além das questões relacionadas ao processo de trabalho na área.

No que se refere ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família, ficou claro que o cuidado é um ato significativo para esses profissionais. É evidente o empenho em prestar um cuidado voltado para esse grupo prioritário, fundamentado nas necessidades de saúde dessas mulheres e de seus contextos de vida, mesmo diante dos obstáculos e desafios na organização do dia a dia de trabalho.

Nesse contexto, ficou evidente nas falas dos profissionais o esforço em prestar cuidado em meio a tantas fragilidades e tensões sociais na Rocinha. Utilizar tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta e a construção de vínculo com essas mulheres, são instrumentos essenciais para um pré-natal de qualidade e um desenvolvimento gestacional saudável, reduzindo intercorrências e agravos, e realizando intervenções quando necessárias para evitar óbitos materno-fetais.

Deste modo, considerando a atenção integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, o cuidado deve ser planejado de maneira que compreenda ações educativas, possibilitando uma prática humanizada e individualizada, centrada na totalidade do ser humano, começando pelas suas necessidades e respeitando seu contexto familiar, social, econômico, cultural e religioso. Além disso, ao compreender suas necessidades, é promovido o planejamento de ações para acolher, escutar e cuidar da mulher nos serviços de saúde, levando em conta a promoção da saúde e a prevenção de complicações e agravos.

Ademais, observou-se nos discursos dos profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família da Rocinha opiniões acerca da educação em saúde ser fundamental para este grupo populacional, sendo reconhecida por eles como uma forma de produção de cuidado. Porém, quando se fala em processo de trabalho, a educação em saúde não se destaca enquanto

unidade de registro, ao compararmos com as falas relacionadas ao tópico que aborda os grupos de educação em saúde. Os profissionais acabam se contradizendo ao reafirmarem que não desenvolvem ações de saúde para as gestantes/puérperas, mesmo entendendo a relevância e a necessidade de retomá-las para a continuidade do cuidado a essas mulheres. Outra justificativa levantada pelos profissionais é a dificuldade em concretizar as práticas de promoção da saúde devido à sobrecarga de trabalho voltada ao plano terapêutico, à demanda exacerbada ou ao não comparecimento dos usuários nas ações.

Nota-se a necessidade de reflexões urgentes que viabilizem a implementação de práticas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços de saúde, de maneira conjunta, inserindo os diversos atores e setores envolvidos. Dessa forma, torna-se possível inserir a mulher como figura central no cuidado com a saúde e nas práticas dos profissionais, de modo a agregar e construir meios para o cuidado com a saúde de maneira autônoma e responsável. Neste tópico, a participação social e a valorização da fala dessas mulheres se tornariam substanciais.

Pode-se concluir que, para desempenhar a promoção da saúde, faz-se necessário uma desconstrução do modelo assistencial vigente, em razão das dificuldades originadas da rotina e da estruturação do serviço. Dessa forma, é preciso refletir para que a produção do conhecimento em saúde ultrapasse a racionalidade do discurso que focaliza apenas a prevenção e a cura das doenças. A atuação concreta das mulheres e da população é o eixo da implantação de práticas emancipatórias, com foco na autonomia dos sujeitos e no diálogo profissional-usuário. Com isso, é possível atuar nos determinantes do processo saúde-doença que influenciam no percurso gestacional de maneira saudável.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan-fev. 2008.

AGONIGI, R. C. **O cuidado produzido pelas equipes da estratégia de saúde da família no território da Rocinha/RJ: um olhar ampliado** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R.; TEIXEIRA, I. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. e-Scientia. **Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde – DCBAS**, Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. páginas, 2010.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, C. H. C. O Programa de Saúde da Família como Estratégia de Atenção Básica. **RAP - Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro**, v. 39, n. 2, p. 327-349, mar-abr. 2005.

ARAÚJO, A. C. *et al.* Processo de trabalho na coordenação do cuidado. *Esc Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20220330, mar. 2023.

ASSUNÇÃO, C. S. *et al.* O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **Journal of Research: Fundamental Care** [Online], v. 11, n. 3, p. 576-581, 2019

BARATINETI, T.; Natal, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis**, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, nov. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182411.28112017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. L. Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 3, nº 2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

BELAUNDE, A. A. *et al.* Relato de experiência multiprofissional com grupo de gestantes de alto-risco. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 34, n. 3, e53953, mar. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna investe em ações com foco**

**na saúde da mulher.** 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 02 abr. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 07 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Brasília, DF, 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)** [Internet]. Brasília, 1984. Disponível em: [http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=9](http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=9). Acesso em: 25 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 12 de junho de 2018.** Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), no âmbito do SUS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude#:~:text=Entende%2Dse%20por%20Vigil%C3%A2ncia%20em,e%20atua%C3%A7%C3%A3o%20em%20condicionantes%20e>. Acesso em: 30 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona**. 2023. Acesso em 22 de julho de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>.

CARDOSO, M. D.; *et al.* Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **Revista Fundamentos de Cuidado Online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016>

CARRARA, G. L. R.; OLIVEIRA, J. P. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. UNIFAFIBE – Bebedouro, São Paulo. Ano VI, n. 6, p. 96-109, nov. 2013

CEI, N. V. S. *et al.* Rede Cegonha e equipe multiprofissional no pré-natal e puerpério de Unidades Básicas de Saúde de Belém, Pará. **Revista Pará Research in Medical Journal Belém**, Pará, 2019. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2019.016/pdf/prmjjournal-3-1-e16.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2022.

CHAVEZ, B. V. **Conflictos ambientales**. La internacionalización de la defensa de las comunidades contra instalaciones contaminantes. Guadalajara: Ed. Universidad de Guadalajara, 2002.

CRUZ, M. J. B. *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**, Belo Horizonte, MG, v. 35, n. 11, 2009. DOI: 10.1590/0102-311X00004019.

DUARTE, S. J. H. *et al.* Assistência pré-natal no programa saúde da família. Esc Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, 2006.

EPIRIO – Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro. **Gráficos e Dados** coletados na base de dados disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/>. Acesso em: 02 abr. 2023.

ERVILHA G. P. T. **Utilização de ferramentas de qualidade para avaliação dos serviços oferecidos à comunidade da Rocinha durante a pandemia de COVID-19**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 94 p., 2022.

ESTEVES J. M. M.; BENTO, I.C. Promoção da alimentação materno e infantil em um grupo de gestantes. **Rev. APS**. abr/jun; 18(2); 213 – 219. 2015.

FAGUNDES, D. Q.; OLIVEIRA, A. E. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 223-243, jan./abr. 2017.

FELTRIN, A. F. S.; MANZANO, J. P.; FREITAS, T. J. A. Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Cuidados de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 65-73, jan./jun. 2022.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da ESF sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Principais Questões sobre Prevenção da Mortalidade Materna por Hipertensão**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-prevencao-da-mortalidade-materna-por-hipertensao/>. Acesso em 24 fev. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 245 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

HORTA, N. C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul./ago. 2009.

IPP - INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Panorama dos Territórios: UPP Rocinha**. Rio de Janeiro, 2014.

JOLLEY, D. J.; JARMAN, B.; ELLIOTT, P. Socio-economic confounding. In: ELLIOTT, P. **Geographical and Environmental Epidemiology: Methods for Small-area Studies**. Oxford University Press, Tokyo, 1992. p. 115-124.

LOFEGO, Léa. **Organização da atenção pré-natal na rede regional**. 2019. 76 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Araçatuba, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/180993>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MARCHIORI, M. R. C. T. *et al.* Comunicação da rede de atenção à saúde de gestantes/puérperas na perspectiva de trabalhadores da saúde. **Revista Enfermagem** [on line], v. 16, e253308, 2022. DOI: 10.5205/1981-8963.2022.253308. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MERHY, E. E. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Mergulhos intensos de uma equipe da atenção básica na produção de

cuidado e rede em situações de fragilidade e/ou vulnerabilidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p. ISBN: 978-85-629-8719-9.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

MICHALCZYSZYN, K. C. *et al.* Coordenação e longitudinalidade sob a perspectiva do enfermeiro. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 13, e22, p. 1-14, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONKEN, M. *et al.* Território, ambiente e saúde. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Brasil: FIOCRUZ, 2008. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413746>.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, J. **Censo 2022 já contou quase 60 milhões de pessoas no país. Rocinha é desafio**. [Rio de Janeiro], 20 set. 2022. Instagram: @jornalfalaroca. Disponível em: <https://falaroca.com/censo-rocinha-desafio/#:~:text=Na%20Rocinha%2C%20os%20recenseadores%20trabalham,de%20maior%20fav,ela%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 12 mar. 2023.

OLIVEIRA, Vera Josefina; MADEIRA, Ana Maria Fontenelle. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, jan-mar, 15(1), p. 103-109, 2011.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde Materna, 2022**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 12 mar. 2023.

PATIAS, N. D.; GABRIEL, M. M.; DIAS, A. C. G. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 586-610, 2013.

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

RAWET, V. **Turismo de Base Comunitária no Rio de Janeiro: Inclusão Social e Desenvolvimento Local apoiados pela Atividade Turística**. 2014. 110 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

RODRIGUES M. F. **Favela da Homogeneidade à Heterogeneidade: Rocinha como estudo de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 58 p., 2015.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Revista de Terapia e Pesquisa**, Ceará, v. 11, nº 1, p. 3-9, jan. 2019.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SATO, Paula. **Dia das Mães: mulheres com filhos ainda sofrem preconceito**, Vagas profissões. Disponível em: <https://www.vagas.com.br/profissoes/dia-das-maesmulheres-com-filhos-ainda-sofrem-preconceito/> acesso em: 20 de julho de 2023.

SCHIMIDT, P. L. **A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 174 f., 2020.

SEBRAE. **Informações Socioeconômicas da Região administrativa da Rocinha**. Rio de Janeiro, 2011.

SEHNEM, G. D. *et al.* Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, 14(2), p. 1194-1200, Abr/Jun 2015. DOI: 10.4025/cienc cuidsaude.v14i2.21960.

SILVA, N. M. *et al.* Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Ciência Médica e Biológica**, Salvador, v. 21, n. 2, p. 203-210, maio/ago. 2022.

SOARES, L. S. *et al.* A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. e028, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>.

SPADACIO, Cristiane; ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da covid-19 e o papel da atenção primária à saúde. **Aps em Revista**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 61-65, abr. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/67/50>. Acesso em: 28 jul. 2023.

TINOCO, T. F. *et al.* Mortalidade materna e a prática educativa na atenção primária à saúde. *Revista Nursing*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 247, p. 2535-2541, 2018.

UNFPA - FUNDOS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. **Situação da População Mundial 2022**. Brazil UNFPA. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022>. Acesso em: 28 jul. 2023.

UNGLERT, Carlos Vinícius da Silva. Territorialização em Saúde. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa que se chama “DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” porque você é um dos integrantes das equipes de saúde que atuam na ESF, na Rocinha/RJ.

**OBJETIVOS DO ESTUDO:** Os objetivos deste estudo são: Analisar os desafios do cuidado à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, pelas Equipes de Saúde da Família; Identificar as formas de atuação das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal; Discutir as estratégias de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Você precisará participar de um grupo focal, com os integrantes da sua equipe de saúde, onde conversaremos sobre os cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Será definido, junto a gerência/direção da unidade, o melhor espaço (assim como dia e horário), reservado e arejado, para ser utilizado para o nosso encontro, com a privacidade dos participantes garantida e de forma segura, com o distanciamento adequado entre o pesquisador e os participantes. Você terá a toda a assistência necessária durante a conversa, com um pesquisador previamente treinado para conduzir o grupo focal – disponível para dúvidas e interrupções, caso seja preciso. Utilizaremos essas informações como parte da pesquisa. Seu nome não será utilizado. Haverá gravação do áudio (sem imagem) do nosso grupo focal, apenas para garantir a perfeita compreensão das discussões / ideias que surgirem. A ideia da gravação e transcrição das ideias contribui para que os registros sejam organizados através de categorias, conforme a técnica da análise de conteúdo, escolhida para ajudar a nortear a análise dos dados após a coleta. O Roteiro do Grupo Focal que contenha a informação com o código numérico, precedido pela identificação de sua categoria (exemplo: Enfermeiro(a) 01; Médico(a) 03), ficará em sigilo, sem chances de ser divulgado, assim como a gravação. O grupo focal terá duração em média de 30 a 50 minutos e será realizado em um local adequado na unidade e com total garantia de privacidade e conforto.



**DIREITOS DO PARTICIPANTE:** Assinando esse documento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Você possui o direito de se negar a participar da pesquisa e de interrompê-la a qualquer momento caso se sinta desconfortável ou invadida(o) por alguma pergunta feita. Se em algum momento específico você necessitar pausar a resposta às perguntas feitas, o pesquisador se coloca inteiramente a sua disposição, para que seu tempo, vontade e opinião sejam absolutamente respeitados. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar. E a sua recusa ou desistência do estudo, não lhe trará danos e nem terá impactos negativos na sua vida nem na sua trajetória profissional na sua unidade de trabalho. Você tem o direito de receber uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso assine permitindo a sua participação no estudo.

**CUSTOS ADICIONAIS E RESSARCIMENTO:** Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. O(a) senhor(a) não terá qualquer despesa com a participação no grupo focal para esse estudo, que serão custeados pela própria pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Ainda assim, caso lhe ocorra algum gasto e/ou dano relacionado à sua participação no estudo, o ressarcimento e/ou a indenização lhe são garantidas por mim.

**RISCOS:** Você pode achar que falar sobre sua atuação profissional na produção de cuidados específicos à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e seus sentimentos com relação a tudo isso durante o grupo focal incomoda a você. Importante destacar também que os encontros que precisam acontecer para a coleta de dados nos colocam em risco para a contaminação pelo coronavírus. Porém, destacamos que a oferta de máscara e álcool em gel está garantida e nosso encontro se dará em local reservado e arejado, garantindo a sua privacidade e a sua segurança, além de ser possibilitado nos mantermos a uma distância segura um do outro, cuidados importantes com intuito de minimizar este risco importante.

**BENEFÍCIOS:** Sua participação, através das informações fornecidas no grupo focal sobre cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na atenção primária à saúde ajudará na produção científica sobre o tema, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre sua experiência



profissional nesse tema de grande importância para a atenção primária à saúde, para a saúde pública e para a nossa população.

**CONFIDENCIALIDADE:** Seu nome não aparecerá em nenhuma parte do estudo. No Roteiro do Grupo Focal, guia para coleta de dados no nosso encontro, o registro dos participantes se dará através de código numérico, precedido pela identificação de sua categoria (exemplo: Enfermeiro(a) 01; Médico(a) 03), garantindo a não divulgação de qualquer nome. Nenhuma publicação partindo dos documentos de registro da pesquisa revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. O nome da unidade em que você trabalha também não será citado. As unidades serão identificadas por "Unidade A, B e C de ESF, localizadas no território da Rocinha/RJ". É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo.

**DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS ARMAZENAGEM DOS DADOS:** O trabalho final poderá eventualmente ser apresentado em congressos e periódicos científicos, porém, sua identidade permanecerá mantida sob total sigilo. Caso você deseje ter acesso aos resultados dessa pesquisa após seu término, os pesquisadores envolvidos se colocam a sua disposição para disponibilizar o trabalho final através do meio de comunicação de sua escolha e caso ele seja publicado em revistas científicas, você poderá facilmente encontrá-lo através da internet ou entrando em contato conosco. Somente os dois pesquisadores identificados neste documento terão acesso aos dados coletados, os dados serão armazenados por um período de cinco anos e após este período serão permanentemente descartados, ou seja, não serão utilizados com outros propósitos em pesquisas futuras.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa será realizada no município do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sendo a Mestranda Enfª Marianna Abreu Lucchesi de Albuquerque, CPF 140.998.527-09, a pesquisadora principal e responsável pela pesquisa. A pesquisa conta ainda com a colaboração da Profª Drª Mary Ann Menezes Freire, da EEAP/UNIRIO. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Marianna Abreu Lucchesi de Albuquerque na Rua Dr. Xavier Sigaud, 290, sala 201 – Urca, Rio de Janeiro – RJ – CEP 22290-180, ou no telefone (021)98001-0374. Você também pode fazer contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO) na Av. Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição - Urca, Rio de Janeiro – RJ - CEP 22290-250 - Telefone 2542-7796 – E-mail: [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br). Ou com o Comitê de Ética em



Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – SMS-RJ, na Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Centro – RJ – CEP: 20031-040 – Telefone: 2215-1485 – E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br). Você terá uma via original deste consentimento para guardar com você. Será solicitado à você telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade, mas você não é obrigado a nos fornecer seu contato, caso não queira.

Eu fui completamente orientada(o) pela pesquisadora Marianna Abreu Lucchesi de Albuquerque, membro da pesquisa, matrícula 21101P8M26, CPF 140.998.527-09, que está realizando a coleta de dados, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo e estou ciente de que todas as páginas deste TCLE devem conter a minha rubrica e a do entrevistador.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, manifesto meu livre consentimento em participar do estudo intitulado “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA**”, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Assinatura (Pesquisador): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - QUESTÕES DO GRUPO FOCAL

Participantes do Grupo Focal (identificação da categoria + código numérico):

---

---

---

---

---

Roteiro:

- 1) O que vocês entendem como cuidado em saúde?
- 2) Quais os cuidados que vocês citariam, como os mais importantes ou que mais se destacam na atuação profissional de vocês, no acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal? 3) Como se desenvolve o trabalho da equipe no acompanhamento dessa mulher? De que forma as ações são planejadas e organizadas pela equipe?
- 3) Vocês acham que as condições sociais/econômicas influenciam a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal atendida pela equipe? De que forma?
- 4) Quais as potencialidades e/ou fragilidades para que o cuidado/ações à essa mulher, na saúde da família, seja realizado de forma integral?
- 5) Quais estratégias de educação em saúde a equipe pensa/planeja como parte do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal? Consideram essas estratégias importantes? Por quê

## ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 53192521.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.201.108

#### Apresentação do Projeto:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/e/o pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e como instrumento de coleta de dados será utilizado a técnica do grupo focal através de um roteiro com questões abertas. O cenário desse estudo serão três UBS localizada no bairro da Rodinha, no estado do Rio de Janeiro, ao qual seus participantes serão os integrantes das equipes de saúde em que cada uma delas contém 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, de 4-6

agentes comunitários de saúde. Optou-se, neste estudo, pela técnica de Análise de Conteúdo, para o tratamento dos dados, segundo os referenciais de Laurence Bardin.

#### Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral:

analisar os desafios do cuidado à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, pelas Equipes de

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2543-7796

**E-mail:** cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: S.201.138

Saúde da Família, em uma unidade de APS no município do RJ.

Identificar as formas de atuação das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, em uma unidade de APS no município do RJ. Discutir as estratégias de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, em uma unidade de APS no município do RJ. Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/e/o pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O participante do estudo será informado ainda que os riscos de sua participação na mesma estão relacionados ao fato dele achar que falar sobre sua atuação profissional na produção de cuidados específicos à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e seus sentimentos com relação a tudo isso durante a entrevista o (a) incomoda. O risco de contaminação pelo coronavírus também será destacado, assim como todos os cuidados e medidas sanitárias por parte da equipe da pesquisa no intuito de minimizá-lo. Assim, o participante poderá escolher não participar ou interromper sua participação a qualquer momento.

#### **Benefícios:**

Quanto aos benefícios, o participante do estudo será informado que sua atuação no mesmo, através das informações fornecidas na entrevista sobre cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na atenção primária à saúde ajudará na produção científica sobre o tema, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, será destacado que, fazendo parte deste estudo, o participante fornecerá mais informações sobre sua experiência profissional nesse tema de grande importância para a atenção primária à saúde, para a saúde pública e para a nossa população.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de mestrado da pesquisadora MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que será desenvolvida em três unidades básicas da Rocinha com os profissionais das equipes da saúde da família. A coleta de dados será realizada através da técnica de grupo focal com um roteiro com questões abertas. **Critério de Inclusão:**

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa são: os membros de cada equipe de saúde (Enfermeiro, Médico, Téc. De Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde), ao qual deverão

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subbloco da Escola de Nutrição

**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** csp@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: S.201.108

estar cadastrados na respectiva equipe da região adscrita nestas UBS. O critério de exclusão será não ser integrante de uma das equipes.

A presente emenda solicita inclusão da Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

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

A pesquisadora apresentou os seguintes termos:

Declaração Negativa De Custos; Termo De Compromisso Com A Instituição; Cronograma Com Início Da Coleta De Dados Para Março De 2022; Carta de Anuência para a Coordenadora da Cap. 2.1 Maria Helena Carneiro de Carvalho; Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE); Roteiro

Para O Grupo Focal Contendo 06 Perguntas Abertas. Folha de rosto assinada pela Coordenação do PPGENF, Profª Adriana Lemos.

**Recomendações:**

Não há.

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

O projeto está de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pelas resoluções nº 466, de 2012 e da Resolução 510, de 07 de abril de 2016, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde respeitando a autonomia e anonimato dos envolvidos na pesquisa. O projeto está sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezade Pesquisader,

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO ([www.unirio.br/cep](http://www.unirio.br/cep)) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 5.201.138

comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1883205_E1.pdf	10/01/2022 22:15:06		Aceito
Outros	Submissao_Emenda_CEP_UNIRIO_jan_2022.pdf	10/01/2022 22:13:13	Mary Ann Menezes Freire	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_ASSINADA.pdf	28/11/2021 19:52:41	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CEP.pdf	10/11/2021 15:37:04	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Apendice_Roteiro_Grupo_Focal.docx	10/11/2021 13:17:55	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_PROJETO_UNIRIO.docx	10/11/2021 13:15:26	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CEP_Cronograma_Projeto.docx	10/11/2021 13:14:55	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Declaracao_Negativa_Custos.doc	10/11/2021 13:14:35	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Termo_de_Compromisso.doc	10/11/2021 13:14:01	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_Apendice_TCLE.docx	10/11/2021 13:12:24	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsele da Escola de Nutrição  
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



Continuação do Processo: S.201.108

RIO DE JANEIRO, 14 de Janeiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Andressa Teoli Nunciaroni**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

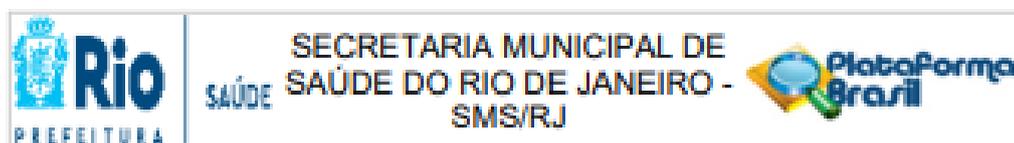
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep@unirio.br

## ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/SMS-RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESAFIOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 53192521.5.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.546.253

#### Apresentação do Projeto:

Segue a apresentação do projeto de acordo com o documento: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1884852.pdf".

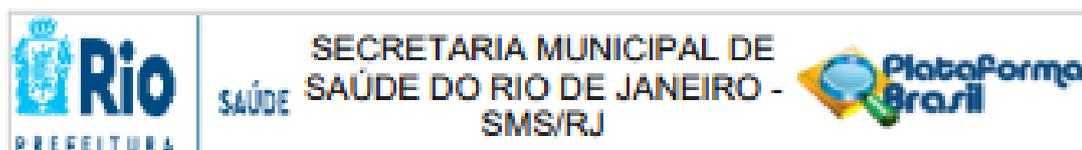
De acordo com a PNAB, 2017, a Atenção Básica é descrita como porta de entrada preferencial do SUS, exerce papel estratégico na rede de atenção e detém um ambiente privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, de modo a servir como alicerce para sua elaboração e para a execução da integralidade. Sabemos que o enfermeiro pode conduzir integralmente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada. A partir desse contexto, apresenta-se como objetivo geral analisar os desafios do cuidado à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, pelas Equipes de Saúde da Família, em uma unidade de APS no município do RJ. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e como instrumento de coleta de dados será utilizado a técnica do

grupo focal através de um roteiro com questões abertas. Optou-se, neste estudo, pela técnica de Análise de Conteúdo, para o tratamento dos dados, segundo os referenciais de Laurence Bardin.

#### Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa são: os membros de cada equipe de saúde (Enfermeiro, Médico, Téc. De Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde), ao qual deverão

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2213-1485 **E-mail:** cep@smsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: S.548.353

estar cadastrados na respectiva equipe da região adscrita nestas UBS.

**Critério de Exclusão:**

O critério de exclusão será não ser integrante de uma das equipes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Seguem os objetivos do projeto de acordo com o documento: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1884852.pdf".

**Objetivo Primário:**

Analisar os desafios do cuidado à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, pelas Equipes de Saúde da Família, em uma unidade de APS no município do RJ.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as formas de atuação das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, em uma unidade de APS no município do RJ. Discutir as estratégias de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família, voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, em uma unidade de APS o município do RJ.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Seguem os riscos e benefícios de acordo com o documento: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1884852.pdf".

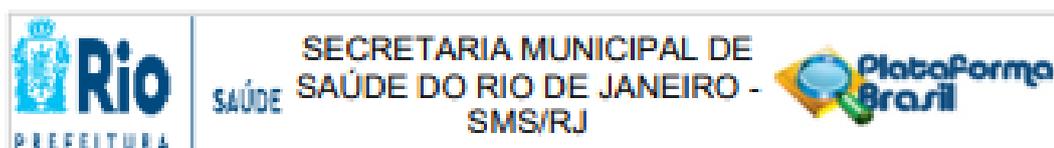
**Riscos:**

O participante do estudo será informado ainda que os riscos de sua participação na mesma estão relacionados ao fato dele achar que falar sobre sua atuação profissional na produção de cuidados específicos à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e seus sentimentos com relação a tudo isso durante a entrevista o (a) incomoda. O risco de contaminação pelo coronavírus também será destacado, assim como todos os cuidados e medidas sanitárias por parte da equipe da pesquisa no intuito de minimizá-lo. Assim, o participante poderá escolher não participar ou interromper sua participação a qualquer momento.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, o participante do estudo será informado que sua atuação no mesmo,

<b>Endereço:</b> Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar	
<b>Bairro:</b> Centro	<b>CEP:</b> 20.031-040
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)2215-1485	<b>E-mail:</b> capamarj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.546.252

através das informações fornecidas na entrevista sobre cuidados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na atenção primária à saúde ajudará na produção científica sobre o tema, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, será destacado que, fazendo parte deste estudo, o participante fornecerá mais informações sobre sua experiência profissional nesse tema de grande importância para a atenção primária à saúde, para a saúde pública e para a nossa população.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se da análise das respostas as pendências do Parecer Consubstanciado CEP SMS RJ Nº 5494706.

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

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as normas vigentes.

#### **Recomendações:**

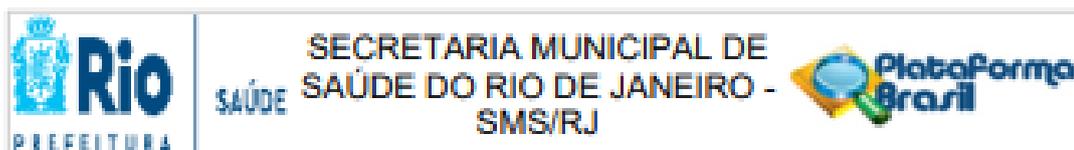
Não há recomendações.

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

Considerando que o pesquisador retomou adequadamente às pendências, e não foram identificados óbices éticos, assim aprovamos a execução do projeto de pesquisa nas unidades municipais: CMS Dr. Albert Sabin, CF Rinaldo Delamare e CF Maria do Socorro Silva e Souza. Segue a análise da pendência:

**Pendência: APRECIÇÃO ATUALIZADA DO CEP SMS RJ: PENDÊNCIA MANTIDA.** O Pesquisador encaminhou os esclarecimentos contidas no documento "CARTA\_DE\_ATENDIMENTO\_A\_PENDENCIA\_CEP\_SMS\_RJ\_mai\_2022.docx", assim como enviou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) "CEP\_Apendico\_TCLE\_revisado\_mai2022.docx". Contudo, ainda foram identificadas fragilidades que merecem revisão deste documento pelo pesquisador. A construção do documento apresentou-se prolixa com repetições do direito de recusa e declínio na participação do estudo, em alguns trechos falta coesão e clareza. Solicitamos revisão geral do termo, com destaque para pontos elencados abaixo. Sugerimos que o pesquisador verifique as orientações para elaboração do TCLE contidas no site do CEP SMS RJ. - Este CEP SMS RJ recomenda que o pesquisador providencie revisão da formatação do documento,

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.548.253

com vista a ajustar na mesma página o campo da assinatura/ nome que constam em folha isolada ao conteúdo do documento. Requisição com base na seguinte norma, a Resolução CNS N° 466 de 2012 define no item IV.5.d que: "O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda: (...) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (...)".

- Mediante a Resolução CNS N° 466 de 2012, no item IV.5.d, que orienta que o TCLE deve "constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente", neste sentido solicitamos a inclusão dos dados do CEP SMS RJ.

- Revisar o trecho do TCLE, página 02, frase: "Novamente, você pode interromper ou desistir a qualquer momento." Considerando a necessidade de deixar claro o que o participante pode interromper ou desistir a qualquer momento.

- Solicitamos revisar o trecho: "Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.", com vistas a esclarecer que o participante será solicitado a fornecer nome e telefone para eventual contato, entretanto, não é obrigado como pode induzir a frase q consta no termo.

- Foi evidenciada a necessidade de revisão do seguinte trecho: "Além disto, ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa." O pesquisador deve deixar claro que o participante tem o direito de receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assinou permitindo a sua participação no estudo.

**RESPOSTA DO PESQUISADOR:** O pesquisador encaminhou os esclarecimentos no arquivo "Carta\_de\_Atendimento\_as\_Exigencias\_Junho\_2022.pdf" e o documento TCLE revisado "CEP\_Apendice\_TCLE\_revisado\_junho\_2022.pdf".

**APRECIÇÃO DO CEP SMS RJ: PENDÊNCIA ATENDIDA.** O pesquisador efetuou as alterações solicitadas no TCLE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

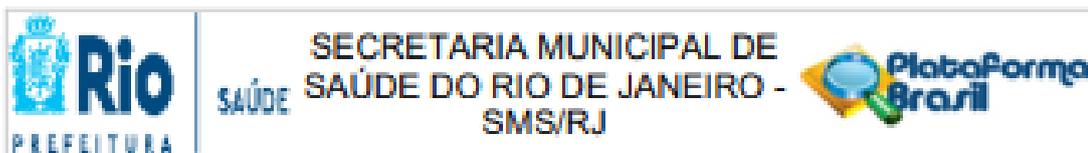
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: capamrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.546.253

constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

**Endereço:** Rua Evandro da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

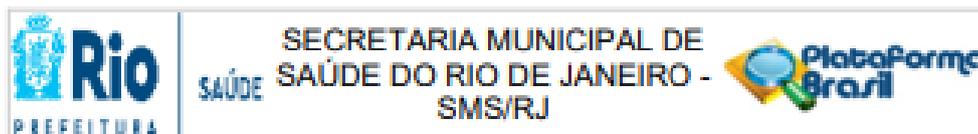
**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsmarj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.546.353

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará a critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1884852.pdf	30/06/2022 21:00:21		Aceito
Outros	Carta_de_Atendimento_as_Exigencias_Junho_2022.pdf	30/06/2022 20:59:36	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_Apendice_TCLE_revisado_junho_2022.pdf	30/06/2022 20:58:45	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CARTA_DE_ATENDIMENTO_A_PENDENCIA_CEP_SMS_RJ_mai2022.docx	19/05/2022 12:24:37	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_PROJETO_UNIRIO_revisado_mai02022.docx	19/05/2022 12:23:43	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_Apendice_TCLE_revisado_mai02022.docx	19/05/2022 12:23:19	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Apendice_Roteiro_Grupo_Focal_revisado.docx	25/03/2022 16:34:55	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

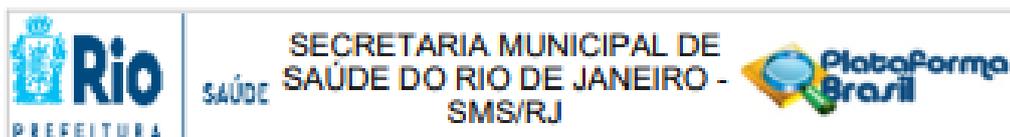
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmarj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.046.253

Outros	CEP_Apendice_Roteiro_Grupo_Focal_r revisado.docx	25/03/2022 16:34:55	ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_PROJETO_UNIRIO_revisado.docx	25/03/2022 16:34:27	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_MARIA_DO_SOC ORRO.pdf	25/03/2022 16:32:33	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_DELAMARE.p df	25/03/2022 16:32:10	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_SABIN.pdf	25/03/2022 16:31:49	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Termo_de_Compromisso_revisad o.doc	25/03/2022 16:30:49	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CARTA_DE_ATENDIMENTO_A_PEND ENCIA_CEP_SMS_RJ_mar2022.docx	25/03/2022 16:30:04	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_Apendice_TCLE_revisado.docx	25/03/2022 16:29:10	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Submissao_Emenda_CEP_UNIRIO_jan 2022.pdf	10/01/2022 22:13:13	Mary Ann Menezes Freire	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_ASSINADA.pdf	26/11/2021 19:52:41	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Apendice_Roteiro_Grupo_Focal.d ocx	10/11/2021 13:17:55	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_PROJETO_UNIRIO.docx	10/11/2021 13:15:26	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Declaracao_Negativa_Custos.doc	10/11/2021 13:14:35	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	CEP_Termo_de_Compromisso.doc	10/11/2021 13:14:01	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_Apendice_TCLE.docx	10/11/2021 13:12:24	MARIANNA ABREU LUCCHESI DE ALBUQUERQUE	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

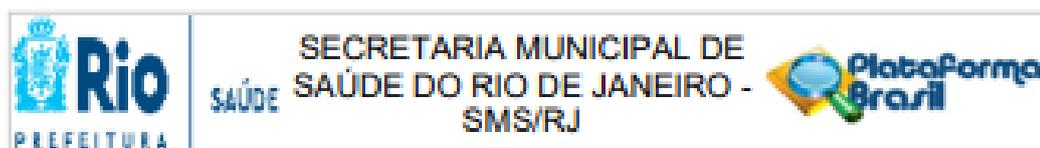
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: capamarj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.548.263

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Julho de 2022

---

**Assinado por:**  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cspma@j@yahoo.com.br