

Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas

Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women
Educación para la salud en el embarazo y parto: significados atribuidos por puérperas

**Eryjocy Marculino Guerreiro¹, Dafne Paiva Rodrigues¹,
Ana Beatriz Azevedo Queiroz², Márcia de Assunção Ferreira²**

¹ Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza-CE, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Submissão: 29-10-2012 **Aprovação:** 14-01-2014

RESUMO

Estudo descritivo, qualitativo, que objetivou apreender os conteúdos das representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal na atenção básica de saúde. Participaram 31 usuárias de Centros de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, maiores de 18 anos, no puerpério, com no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal. Realizou-se análise lexical dos dados das entrevistas semiestruturadas, através do software ALCESTE. As representações das puérperas sobre a educação em saúde estão ligadas às práticas educativas institucionais, com destaque para as palestras, educação familiar e escolar, educação comunitária. Predomina a pedagogia tradicional, com transmissão de informações, pontuais e generalizadas. Faz-se necessário mudar a lógica pedagógica, expandindo-se as estratégias em grupos educativos com construção e compartilhamento de saberes.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Saúde da Mulher; Gravidez; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Descriptive study, qualitative, that aimed to capture the content of social representations of puerperal women on health education in pregnancy and postpartum in primary health care. Users were 31 Family Health Centers in Fortaleza, Ceará, over 18 years in the postpartum period, with at least six visits to prenatal and one postpartum consultation. It was held a lexical analysis of data from semi-structured interviews with the software ALCESTE. The representations of puerperal women on health education are linked to institutional educational practices, with emphasis on lectures, family and school education, and community education. It predominate the traditional pedagogy, with the transmission of information, punctual and widespread. It is necessary to change the pedagogical logic, expanding educational groups with knowledge sharing.

Key words: Health Education; Nursing; Women's Health; Pregnancy; Postpartum Period.

RESUMEN

Estudio descriptivo, cualitativo, que objetivó captar los contenidos de las representaciones sociales de las puérperas sobre la educación para la salud en el embarazo y puerperio en la atención primaria de salud. Participaron 31 usuarias de Centros de Salud de la Familia de Fortaleza, Ceará, con más de 18 años de edad, en el período puerperal, con seis consultas de prenatal como mínimo y una consulta posparto. Se realizó un análisis lexical de los datos de las entrevistas semi-estructuradas, a través del software ALCESTE. Las representaciones de las puérperas sobre la educación para la salud están vinculadas a prácticas educativas institucionales, destacando-se las conferencias, la educación familiar y escolar, así como educación comunitaria. Predomina la pedagogía tradicional, con transmisión de informaciones, puntuales y generalizadas. Se hace necesario cambiar la lógica pedagógica, expandiendo las estrategias en grupos educativos con construcción y compartiendo conocimientos.

Palabras clave: Educación en Salud; Enfermería; Salud de la Mujer; Embarazo; Periodo de Posparto.

AUTOR CORRESPONDENTE

Eryjocy Marculino Guerreiro

E-mail: eryjocy@msn.com

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A enfermagem apresenta na ação educativa um de seus principais eixos norteadores nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde (APS). O profissional enfermeiro é habilitado e capacitado para cuidar do usuário e da sua família, levando em consideração as necessidades curativas, preventivas e educativas de cuidados em saúde⁽¹⁾.

Associar o cuidado com as ações educativas visa compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o enfermeiro exerça seu papel de cuidador e educador, agregando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem no campo obstétrico abre espaço para a construção de saberes a partir das práticas educativas, indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁽²⁾.

Mulheres e companheiros que vivenciam este período apresentam necessidades de cuidados os quais podem ser, prioritariamente, trabalhados através da educação em saúde. Necessitam compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional. Estudos recentes revelam a preocupação de enfermeiros com a participação da população como agente ativa no processo saúde-doença, percebendo as ações de educação em saúde como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência acerca da importância da corresponsabilização de todos os envolvidos⁽²⁻⁵⁾.

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças, facilitando a incorporação de ideias e práticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender às suas reais necessidades. A educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal envolve as usuárias da atenção básica em saúde com papel de destaque, por serem o centro do processo educativo, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo. A forma de expressão das puérperas no processo educativo fornece direcionamentos acerca da educação em saúde na gestação e no próprio puerpério.

Neste sentido, a educação em saúde é entendida neste estudo sob o olhar social dos significados, considerando os indivíduos como portadores de um saber construído e partilhado socialmente pela interação⁽⁶⁾. Neste intento, a educação em saúde emerge como objeto de relevância para este grupo, passível de suscitar representações sociais. As representações sociais norteiam os indivíduos nas suas ações sobre a realidade, especificamente as usuárias frente à educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal, tendo como base um sistema de valores definido sob a influência social.

Acessar as representações sociais das puérperas sobre a educação em saúde implica em compreender suas interpretações e sentidos sobre este objeto, sob o enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum⁽⁷⁾. As representações dão sentido, orientam e conduzem os grupos sociais. Formam um saber prático tanto

por estarem inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos⁽⁶⁾.

Considerando estes aspectos, o estudo objetivou apreender os conteúdos das representações sociais de puérperas sobre a prática da educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal na atenção básica de saúde. Destaca a educação em saúde promovida pelos enfermeiros na rede básica de saúde, que cerca a mulher e sua família durante o período gravídico-puerperal, a fim ajudá-la para a condução desse momento de vida, minimizando as possíveis dificuldades inerentes à ocasião vivenciada e concedendo autoconfiança indispensável para o desempenho do papel materno.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico aplicado é o da Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações surgem da necessidade do homem de estar informado do mundo à sua volta. Além de se ajustar ao mundo, o homem precisa saber como se comportar, dominar o mundo física e intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam. As representações são criadas no decurso da comunicação e da cooperação entre pessoas e grupos. E, uma vez criadas, circulam, se encontram, se atraem, se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem⁽⁶⁻⁷⁾.

O estudo das representações sociais embasa-se nas representações coletivas, definidas por Durkheim como representações que conduzem os homens a pensar e agir de maneira homogênea à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo. Durkheim defendia uma separação entre as representações individuais e coletivas, sugerindo que as primeiras deveriam ser o campo da Psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da Sociologia. Entretanto, Moscovici, influenciado pela Psicologia Social, elaborou o conceito de representações sociais por meio da interseção do individual e do coletivo, do sujeito e do objeto. Entendeu as representações sociais como um conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, mas aparece como o saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, tido como objeto de estudo tão legítimo quanto o do conhecimento científico devido à sua importância na vida social, por servir de orientação aos comportamentos das pessoas, e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais⁽⁶⁻⁸⁾.

As representações guiam os homens no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. Tratam de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico. Devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que se sabe, abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que o reproduzam de uma forma significativa⁽⁶⁻⁷⁾.

Além das funções de orientação das comunicações sociais e a formação de condutas, as quais favorecem o posicionamento do sujeito a um objeto confrontado e guiam suas

atitudes, seus comportamentos e suas práticas, as representações apresentam função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, ou seja, definição das identidades pessoais e sociais, e a função justificadora, que permite aos atores expressarem, manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos⁽⁹⁾.

As representações sociais são elaboradas a partir dos processos de ancoragem, o qual visa inserir o objeto desconhecido a um sistema de pensamentos pré-existente, tornando-o familiar, incorporando-o ao social; e a objetivação, que significa tornar concreto o que o sujeito considera ser abstrato, associando o objeto a uma ideia não familiar transportada para a realidade⁽⁶⁻⁸⁾.

A partir desses conceitos e proposições teóricas, entende-se que a inserção das RS nas pesquisas sobre a educação em saúde, com foco no ciclo gravídico-puerperal, possibilita um novo olhar do enfermeiro para as usuárias, atentando para as suas necessidades e expectativas, na (re)significação da educação em saúde como cuidado clínico de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, norteado pela TRS⁽⁶⁻⁷⁾. O estudo foi desenvolvido em nove Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, do município de Fortaleza, Ceará. Participaram da pesquisa 31 usuárias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem cadastradas em um dos CSF da SER IV, estarem na fase do puerpério tardio ou remoto, maiores de 18 anos, terem realizado no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal. O critério de exclusão eliminou as mulheres que saíram da área de abrangência do CSF da SER IV (por mudança de endereço) no período da coleta de dados.

A entrada nos locais de investigação foi efetivada após parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Número de Parecer: 26905 e CAAE: 01261912.5.0000.5534 e autorização emitida pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e pelo Distrito de Saúde/Atenção Básica da SER IV, de acordo com a resolução nº 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos⁽¹⁰⁾. Mediante autorização do estudo pela SER IV e aprovação no comitê, a coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a julho de 2012.

A entrevista semiestruturada foi eleita como técnica de coleta de dados, por se tratar de um instrumento que favorece a entrevistada a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada pela pesquisadora⁽¹¹⁾. Inicialmente, foi utilizado um instrumento de produção de dados para traçar um perfil obstétrico e sócio familiar demográfico das participantes e posteriormente o roteiro de entrevista que objetivava explorar os sentidos atribuídos à educação em saúde, com perguntas sobre o conhecimento das atividades educativas, a participação nessas atividades, os profissionais envolvidos, os temas discutidos, entre outros.

No entanto, as entrevistas só eram realizadas após o aceite das participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estas aconteceram no CSF ou no domicílio das usuárias, atendendo a privacidade e a disponibilidade das participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas em sua íntegra e preparou-se um banco de dados único para ser processado com uso do software ALCESTE - versão 2010 (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto).

O programa informático Alceste, desenvolvido por Max Reinert, na França, na década de 1970, emprega uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e permite uma análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário⁽¹²⁻¹³⁾. Este software permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessa a informação essencial presente no texto. Isso permite descrever, classificar, assimilar, sintetizar e identificar a organização tópica de um texto, acessando as relações existentes entre os léxicos⁽¹⁴⁾.

O *corpus* de análise é formado pelas unidades de contexto iniciais (UCI), unidades a partir do qual o programa efetuará a fragmentação inicial e que correspondem a cada entrevista realizada⁽¹⁴⁾. Numa análise padrão, após o programa reconhecer as indicações das UCI, divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), unidades com menor fragmento de sentido. Elas são segmentos do texto, de três a seis linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do *corpus* e, em geral, respeitando a pontuação⁽¹³⁾.

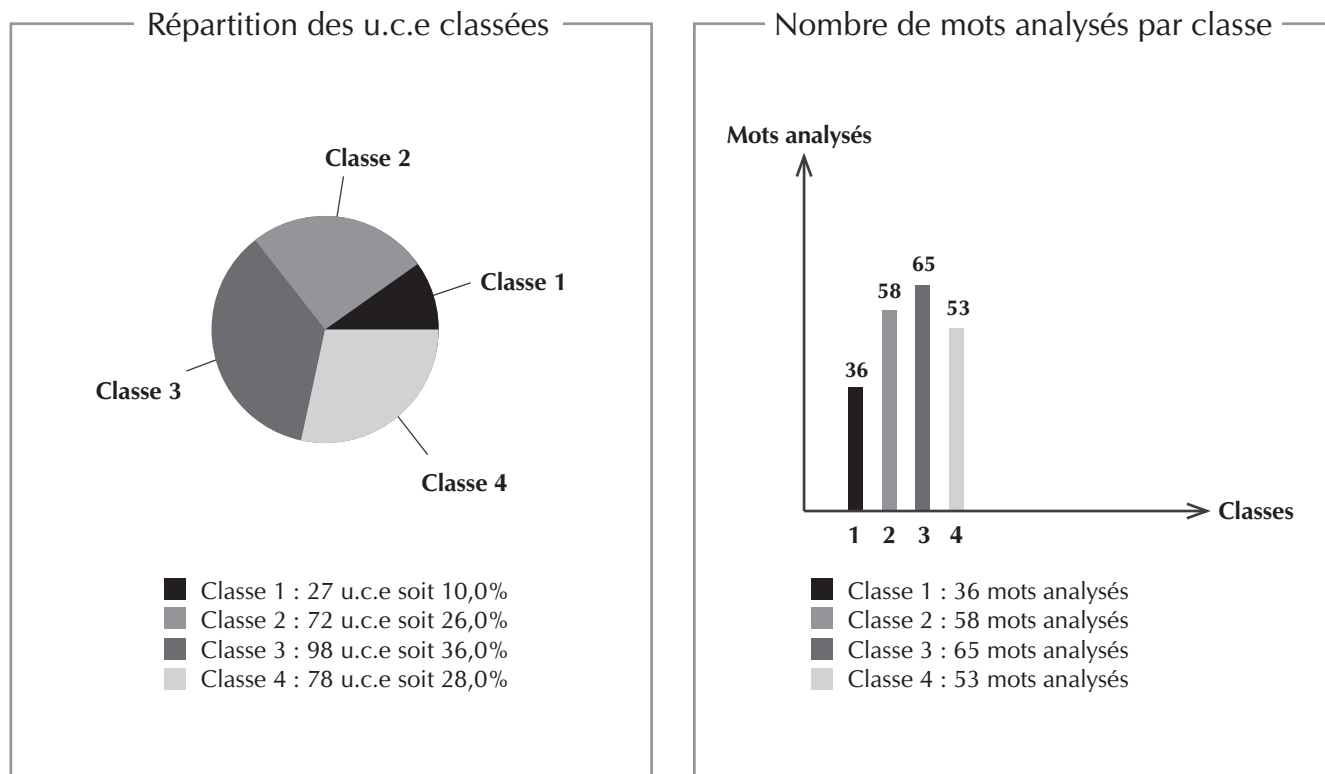
O programa fornece, então, o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada classe consolidada. De posse desse material, os autores explicitaram o conteúdo presente no mesmo, nomeando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*. Por fim, a interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil obstétrico e sócio-familiar-demográfico das 31 mulheres participantes do estudo, pode-se afirmar que eram majoritariamente múltiparas (64,5%), na faixa etária entre 18 e 33 anos (71,0%), moravam com companheiro (64,5%), cursaram até o ensino fundamental (48,4%), tinham trabalho remunerado (87,1%), realizaram parto cesáreo (71,0%) e não sofreram intercorrências no ciclo gravídico-puerperal (71,0%).

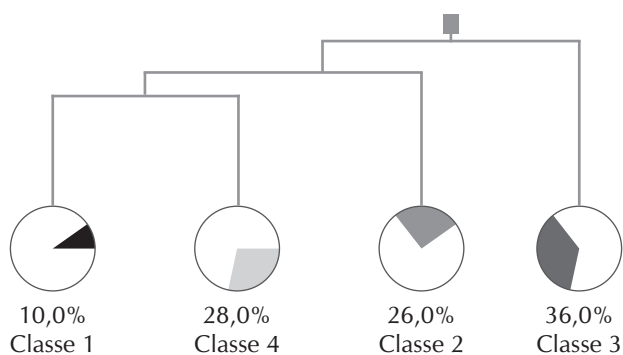
Neste estudo, segundo o *software* ALCESTE foram encontradas 1913 formas distintas ou palavras diferentes. Foram selecionadas 368 UCE, das quais 275 foram classificadas em quatro classes. Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de vocabulário homogêneo. Na Figura 1, é possível verificar a distribuição das 275 UCE e das 212 palavras analisáveis nas quatro classes. A classe 3 apresentou maior número de UCE (98) e maior número de palavras analisáveis (65).

Figura 1 - Representação gráfica do número de UCE e número de palavras analisáveis por classe.



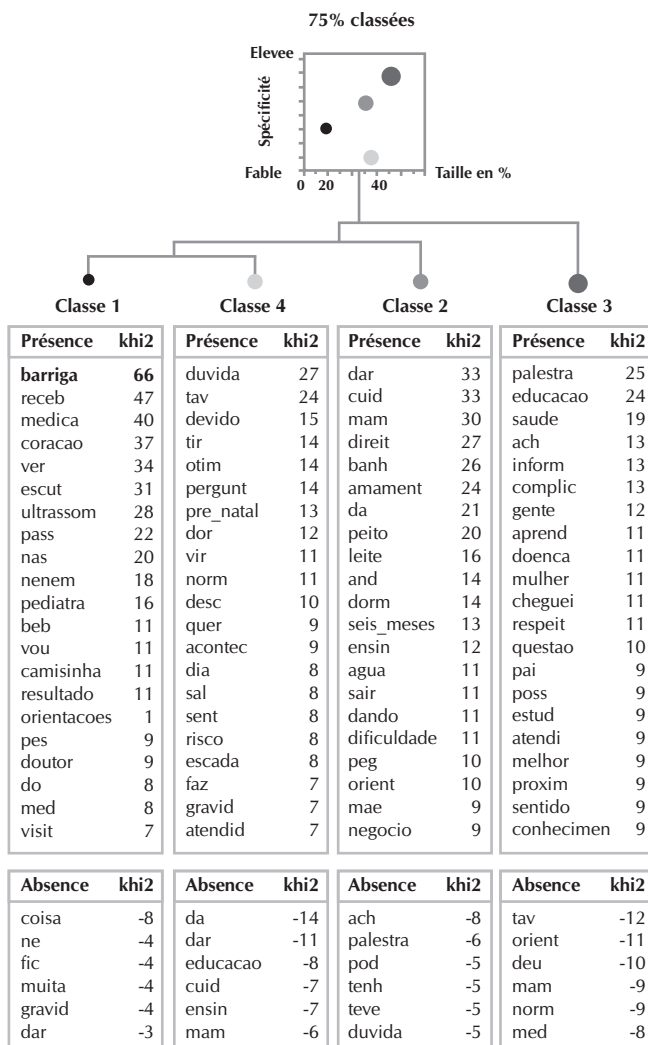
Num primeiro momento, o *corpus* foi dividido (1ª partição) em dois sub*corpus*, originando de um lado a classe 3 e do outro aquele sub*corpus* que posteriormente originou as classes 2, 4 e 1. A classe 3 é a mais específica e representa 36% do *corpus*. Num segundo momento, o segundo subgrupo foi dividido em dois (2ª repartição), obtendo-se a classe 2 (26% do *corpus*) e um novo subgrupo. Por fim, esse último subgrupo sofreu uma nova divisão (3ª repartição), resultando nas classes 4 (28% do *corpus*) e 1 (10% do *corpus*), mais comuns entre si, por serem as últimas a se dividirem. A CHD parou aqui, pois as 4 classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCE com vocabulário semelhante. A Figura 2 ilustra essas repartições.

Figura 2 - Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.



O programa teve 75% de aproveitamento. Quando 75% ou mais das UCE foram classificadas, tem-se um bom desempenho da CHD⁽¹³⁾. A Figura 3 apresenta o gráfico de especificidade das classes: quanto mais elevada a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade. As palavras analisáveis apresentadas no dendograma, que divide o *corpus* em classes (radicais e fragmentos relacionados), podem ser consideradas os elementos mais importantes para descrever cada classe, pois apresentam maior qui-quadrado (khi2). O khi2 calcula a frequência de aparição da palavra. Quanto maior o khi2, mais relevante é a palavra para a construção da classe. O programa considerou as palavras com khi2 igual ou superior a sete como palavras mais representativas.

Os resultados observados na análise lexical das 31 entrevistas revelaram a distribuição dos conteúdos em 4 categorias discursivas ou classes. Essas classes apontam para três grandes temas, a saber: 1) Os conteúdos representativos da educação em saúde para as puérperas, analisados na classe 3: Educação em saúde na concepção das puérperas: “*achava que sabia e não sabia*”; 2) A informação no pós-parto, representada pela classe 2: Informação no pós-parto: o cuidado do bebê e a amamentação; e 3) O atendimento no pré-natal, discutido na classe 4: Avaliação do atendimento no período pré-natal, e na classe 1: Pré-natal: os profissionais e os procedimentos. Cabe esclarecer que, para fins desse artigo, serão explorados e discutidos os conteúdos presentes na classe 3, uma vez que é nesta que se concentram os léxicos que exploram o objeto recortado para a discussão.

Figura 3 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.

Classification double - code 121 - Lundi 20 Août 2012 à 12 h 32

Trata-se da classe de maior significância estatística em termos de agregação de UCE, perfazendo 36% do total. Esta é uma classe formada por 98 UCE e 65 palavras analisáveis. As palavras representativas da referida classe com seus respectivos qui-quadrados foram: palestra (khi2 = 25), educação (Khi2 = 24), saúde (Khi2 = 19), informação (Khi2 = 13), complicação (Khi2 = 13), aprender (Khi2 = 11), doença (Khi2 = 11), mulher (Khi2 = 11), respeito (Khi2 = 11), pai (Khi2 = 9), estudar (Khi2 = 9), atendimento (Khi2 = 9), melhorar (Khi2 = 9), conhecimento (Khi2 = 9), atenção (Khi2 = 8), atividades educativas (Khi2 = 8), tratar (Khi2 = 7), precária (Khi2 = 7).

Essa classe expressa as representações que o grupo de puérperas apresenta sobre a educação em saúde, manifestas nas seguintes palavras: educação, informação, aprender, conhecimento. Ao mesmo tempo, as entrevistadas destacam a forma como percebem a importância dessa atividade neste período de vida, o que é demonstrado pelos termos: saúde, respeito, melhorar, atenção. Com relação à prática da atividade

educativa, três blocos de significados emergem das falas dos sujeitos: prática educativa desenvolvida através de palestras; a educação recebida pelos familiares e pela escola e os meios de comunicação como forma de adquirir a informação.

Essas mulheres ancoram suas representações sobre a educação em saúde nas suas raízes familiares, entendendo a educação como aquela recebida em casa, transmitida dos pais para os filhos. Para elas, a criança nasce vazia, desprovida de conhecimento e os pais educam, ensinam os filhos, e esse conhecimento é repassado de geração em geração. Essa educação verticalizada é reproduzida também no ambiente escolar. O professor, detentor do conhecimento, deposita o seu saber no aluno. E assim, essa representação é repercutida nas ações educativas dos serviços de saúde. A usuária não conhecendo o seu corpo e seu funcionamento, acredita não saber sobre sua saúde, precisando então aprender com o profissional. Este aqui representado como o indivíduo detentor do conhecimento científico, reificado. Conhecimento esse que é dominante na sociedade, interferindo como fonte de poder sobre as usuárias.

Então eu faço o possível para dar pelo menos uma noção do que eu tive quando criança, que meus pais passou para mim. E, já que eu tive uma educação boa foram pessoas que não tem nem educação, né, meus pais, mas foram muitas boas para mim, eu sei muito bem distinguir o que é certo e o que é errado e tento passar para as três, para as duas, no caso. (uce n° 209; Khi2 = 25; uci n° 15)

Atividades educativas é educação, né. Ensinar aos mais novos a respeitar os mais velhos que a gente sabe que hoje em dia não acontece muito, né. E também educar os adultos, porque os adultos hoje em dia são bem mal educados também. Então a ação educativa é essa, no meu ponto de vista. (uce n° 110; Khi2 = 14; uci n° 8)

Atividades educativas. Educar bem os filhos, né. Para eles se educarem mais nesse mundo de hoje, muito violento, ensinar os filhos a ser honesto, não ser arrogante, entendeu. Tratar bem as pessoas [...] (uce n° 245; Khi2 = 9; uci n° 17)

É uma ajuda que se tem para um filho, para a gente aprender a educar mais um filho, que a situação não está fácil e a gente adquire novos conhecimentos, novas práticas educacionais com a criança. (uce n° 79; Khi2 = 7; uci n° 6)

Acompanhada da educação dada pelos pais, elas também referenciam as ações educativas fornecidas pela escola, como suporte para a criação dos filhos:

Atividades educativas, olha, é muito trabalhoso educar uma criança, hoje em dia principalmente, porque você dá uma educação, a escola dá outra ou a rua dá outra e fica muito complicado. (uce n° 208; Khi2 = 14; uci n° 15)

A educação de saúde está precária. Botar no colégio, para o colégio poder educar essas crianças, para a gente não ver

essas crianças com droga, assim, né, entendeu. Tratar com respeito as crianças [...] (uce n° 246; Khi2 = 10; uci n° 17)

Os conteúdos que conformam seus saberes evidenciam que as mulheres não se mostram reducionistas nos seus pensamentos e têm uma visão ampla do objeto ação educativa, não o restringindo ao campo do atendimento em saúde, e nem ao contexto situacional vivido na gravidez/puerpério, mas sim, entendendo-a como parte integrante do processo de viver.

Observa-se nestes conteúdos o esforço intelectual das mulheres em dar sentido ao objeto, de ancorá-lo aos saberes previamente aprendidos, em campos conhecidos⁽⁶⁻⁸⁾. Em se tratando de mulheres, nada mais natural que ancorar a educação em saúde na sua experiência familiar, na vivência com os pais, com os filhos, na educação e formação deles para a vida.

Dessa forma, essas mulheres objetivam a educação em saúde como informação e aprendizado. A informação relaciona-se à acessibilidade de conhecimento, ou seja, estar em contato com assuntos variados, entretanto, não retoma a ideia de interagir com esse conhecimento, tal interação pode ser encontrada no termo aprendizado, que pressupõe um processo de troca construído de maneira próxima aos envolvidos no processo, produzindo significados⁽¹⁵⁾. É compreensível essa representação quando nota-se que o conhecimento das pessoas sobre determinados fatos é construído pela memória coletiva, pelas teorias que circulam na comunidade científica, nos meios de comunicação e nas conversações⁽⁶⁾. As práticas educativas são percebidas como uma forma de melhorar a saúde, já que esta é precária:

Para a gente prevenir contra as doenças, as vacinas, né, os exames, foi muito bom. Participei. Sim. [...] (uce n° 294; Khi2 = 10; uci n° 23)

Quando a gente vem a um posto de saúde já dá muitas dicas e informações sobre a questão da saúde da criança, da alimentação, questão até assim mesmo do dia a dia dentro de casa, e quando você trabalha você também tem educação, tem informação. (uce n° 80; Khi2 = 12; uci n° 6)

Porque assim, muitas empresas investem em palestras e a gente aprende muito. Eu já trabalhei em canto que dava muita palestra, do próprio dia a dia, até questão de ginecologia, de educação de saúde e tudo. (uce n° 81; Khi2 = 9; uci n° 6)

Os estudos sobre as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na APS em prol da promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal evidenciam ainda uma forte tendência de repassar conhecimentos através das tradicionais palestras⁽¹⁶⁾, constatando-se o predomínio da prática pedagógica tradicional, com utilização de recursos pedagógicos precários e linguagem acessível, mas pouco interativa e que culmina na pouca participação dos usuários. Esta ocorrência também é percebida dentre as práticas educativas desenvolvidas nos CSF:

Teve, teve sim. A gente aprendeu. Teve duas palestras para aprender a amamentar. Foi muito boa, muita educativa. Tem coisas que a gente acha que sabe, por exemplo, eu que já era mãe que achava que sabia e não sabia. (uce n° 26; Khi2 = 12; uci n° 2)

[...] uma vez que eu estava lá tinha um pessoal da regional, né, eles estavam até com uma boneca mostrando como trocava a fralda, uma palestra. (uce n° 294; Khi2 = 10; uci n° 23)

A palestra objetiva a educação em saúde, a torna concreta no pensamento de tais mulheres, as ajuda a nominar o que seja esta ação. Embora tenham seu valor enquanto estratégia, as palestras muitas vezes limitam o aprendizado, pois não estimulam a interação entre os participantes, pois neste modelo há os que falam e os que ouvem, ficando a participação da plateia na dependência dos recursos didáticos do expositor. O profissional que realiza a palestra preocupa-se em se fazer entender, mas não necessariamente ocorre o diálogo e a problematização dos temas com a participação das mulheres. Sem dialogicidade não há intercâmbio de saberes/conhecimentos nem tampouco participação das usuárias como sujeitos ativos e autônomos nas decisões que dizem respeito à sua saúde. Ao contrário, quando se aplica o modelo vertical de transmissão de informações, o receptor é visto como depositário de conhecimento, como se nada soubesse sobre o tema tratado.

Nesse sentido, impõe-se o saber científico através do discurso autorizado dos profissionais de saúde e desvaloriza-se o saber popular. Desta forma reproduzem-se as relações verticalizadas de poder, com passagens pontuais e generalizadas de informações sob a ótica e referencial da saúde^(15,17). No entanto, os sujeitos não são meros portadores de ideologias, mas sim processam as informações, formam opiniões e constroem saberes, e agem de acordo com os sentidos que atribuem a estas experiências e vivências de seu cotidiano⁽⁶⁻⁷⁾.

Dentre as diferentes formas de realizar um trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo. No campo da APS a educação em saúde pode ser bastante explorada, já que prioriza a promoção da saúde e a prevenção de agravos à mesma, visando a participação dos indivíduos e comunidades como sujeitos ativos do processo de cuidado à saúde. As atividades grupais são reconhecidas como prática educativa, mesmo sem ser vivenciada como tal.

Mas exposição de material, de livro, de cartaz, eu não vi, não. Não, eu não participei, eu sei que existem os grupos, por exemplo, o plano de saúde tem, existem os grupos que são gratuitos, de acesso livre, mas eu nunca participei, até pela questão de tempo, né. (uce n° 7; Khi2 = 44; uci n° 1)

A formação de grupo é encarada como estratégia pedagógica e de troca de saberes, por isso deve ser estimulada como prática educativa realizada pelo enfermeiro⁽¹⁸⁾. Em estudos envolvendo grupos de gestantes e casais grávidos tais grupos foram considerados como fóruns de socialização de conhecimentos e de construção de saberes. Estas práticas educativas

favorecem a vivência tranquila da gestação, o vínculo mãe-bebê e melhor aceitação da gravidez. Tem repercussões na vivência do parto, desmistificando a dor do parto, empoderamento e a vivência do apreendido^(2,5,19).

Pelo fato de a experiência das puérperas ser com a pedagogia tradicional aplicada nas atividades de educação em saúde, as mesmas são significadas através de repasse de informações, a qual ocorre durante as consultas individuais:

Foi, está nessa complicação. Tem sim, ter influência sempre tem. Porque assim, tem algumas coisas que realmente mudam e você não tem o conhecimento, alguma coisa fica. Hoje em dia se faz inúmeros exames, acabei descobrindo na gravidez que eu já tive rubéola, coisa que eu não sabia, três gestação e eu nunca soube, nunca fui informada que eu já tinha tido rubéola, toda gravidez era aquela preocupação. (uce n° 130; Khi2 = 9; uci n° 8)

Há uma tendência em se restringir as ações educativas durante as consultas individuais com o simples repasse de algumas informações sobre gravidez, parto e cuidados com o bebê. Em estudos realizados com enfermeiras, elas afirmam que há dificuldades na realização de práticas educativas devido ao excessivo número de impressos que precisam ser preenchidos nas consultas, atividades assistenciais e gerenciais^(15,20). Na tentativa de superá-las, as enfermeiras investem em um bom diálogo para obter a confiança das usuárias e oferecer informações.

É de extrema importância que os profissionais aproveitem todas as oportunidades e considerem que o momento da consulta seja um espaço legítimo para realização de ações educativas, pois no atendimento individual se pode estreitar o vínculo e priorizar as necessidades de cada usuária. Porém, a educação em saúde realizada somente durante as consultas, tira das mulheres a oportunidade de participar de grupos educativos, de dividir seus medos e suas angústias, de esclarecer as dúvidas comuns às outras mães. Restringe-se dessa forma o aprendizado coletivo, a rica troca de experiências e conhecimentos entre as mulheres.

Não há dúvida de que as informações sobre saúde circulam através de várias fontes e espaços, seja pelos profissionais, pela mídia, pelos próprios usuários do sistema de saúde, membros da sociedade, contribuindo para a formação de saberes e representações⁽⁶⁻⁷⁾.

Mas não só essas, também aquela que a gente paga, o que é feito por instituições particulares também são ações educativas. Quais são as voltadas para a saúde? Por exemplo, as da dengue, que a gente vê na televisão são ações educativas, as que falam de hepatite, do HPV. (uce n° 2; Khi2 = 9; uci n° 1)

Aí a gente fica com receio de saber mais por esses motivos. Busco. Eu acho que a televisão é o meio mais próximo que tem de mim, é a televisão e os familiares. (uce n° 50; Khi2 = 9; uci n° 3)

Neste íterim, se observa que os recursos que vêm sendo utilizados possuem certa eficácia no sentido de serem

reconhecidos pelas usuárias como estratégias de educação em saúde, moldando suas representações sobre ela.

Em datas comemorativas como dia da mulher, eu adquiri um certo conhecimento em ginecologia, que a gente tem que ter muita atenção com nossa saúde, em época de vacinação, que a gente tinha campanha e eles davam informativo que a gente tinha que ter muita atenção, muita preocupação até com as vacinas para se prevenir contra qualquer doença, aí em prevenção, em questão também de se prevenir de doenças sexuais. (uce n° 82; Khi2 = 9; uci n° 6)

A entrevistada 01 é um sujeito típico da classe (Khi2 = 4), cursou nível superior e discute a importância dos programas governamentais para a educação em saúde. A mulher sente que desaprendeu sobre si por não ter o conhecimento médico científico sobre seu corpo e sua saúde. Os programas governamentais veiculam atividades educativas, ensinam a população e por se tratar de um conhecimento reificado, influenciam mais do que o senso comum, como bem se evidencia na uce/uci 1:

Atividades educativas eu acho que são aquelas, a primeira coisa que me vem na cabeça são aqueles programas governamentais e a educação para a população em geral, eu acho que são atividades educativas. (uce n° 1; Khi2 = 10; uci n° 1)

Cotidianamente são realizadas campanhas educativas, seguindo a programação do Ministério da Saúde. Como exemplo, se pode citar a programação do aleitamento materno, as campanhas de coleta do exame preventivo do câncer, as campanhas de combate à dengue, enfim, práticas executadas de acordo com a determinação da Secretaria de Saúde em que o profissional altera seu processo de trabalho para cumprir tais exigências⁽³⁾.

Algumas enfermeiras buscam entrosamento entre as diferentes práticas, realizando reuniões com os representantes comunitários, associação de moradores e outros para divulgar e apoiar seu processo de trabalho, sem entrar em conflito com as diversas formas de cuidados à saúde⁽³⁾. As associações comunitárias são espaços para se efetivar a educação em saúde:

Eu participei da associação daqui da Comunidade da Brasília, né. E aqui é assim, enquanto eu estava ali, só era eu. Quando acabou isso, as pessoas só eram cobrando, cobrando, cobrando [...] (uce n° 293; Khi2 = 12; uci n° 23)

A busca de parcerias nos bairros, tais como a associação de moradores, escolas, creches, empresas privadas, organizações não governamentais, instituições de ensino na área de saúde, pode ser uma estratégia para difundir práticas de educação em saúde, com amplo alcance nos grupos populacionais, contribuindo com os serviços das unidades de saúde. As práticas educativas em tais locais são evidentes e estimuladas pela própria comunidade, que participa no planejamento das ações, bem como na sua realização⁽³⁾.

Esta classe apresentou associação estatisticamente significativa em mulheres com ensino superior ($\chi^2 = 6$), numa faixa etária entre 26-33 anos ($\chi^2 = 5$) e que sofreram alguma intercorrência no ciclo gravídico-puerperal ($\chi^2 = 4$). Essas variáveis remetem à representação de que, independente da escolaridade e da idade, por se tratarem de mulheres não tão jovens, que possuem experiências de vida e outras gestações, pouco ou nada sabem com relação à sua saúde materno-infantil e necessitam ser tuteladas pelo conhecimento reificado dos profissionais de saúde, sendo a mesma representação das de menor nível de escolaridade e das puérperas mais jovens.

A variável da complicação durante o ciclo gravídico-puerperal aponta para duas vertentes: por um lado revela que as mulheres que sofreram essa problemática, produziram sentidos sobre a educação em saúde valorizando a informação, o aprendizado, o estudo, o conhecimento; por outro mostra que os profissionais tiveram maior preocupação em fazer circular neste grupo informações que as ajudassem a agir em prol do seu cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a mulher como um ser dotado de necessidades, que devem ser compreendidas e atendidas, alguns conhecimentos devem ser problematizados no pré-natal, parto e puerpério para, assim, melhor conduzi-la para receber seu filho, principalmente do ponto de vista físico e mental. Diante disso, defende-se a educação em saúde como uma estratégia para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da minimização da insegurança e ansiedades, que possam estar presentes durante o período gravídico-puerperal.

A educação em saúde como direito deve romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e usuárias. As relações que se estabelecem entre profissionais e usuárias nestas condições organizacionais e assistenciais que se apresentam oferecem limitadas possibilidades de se estabelecer uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças pessoais e familiares.

No presente estudo, os conteúdos das representações das mulheres anunciam que a educação em saúde objetiva-se nas palestras, campanhas educativas, e ainda nas atividades voltadas para a educação do filho, em espaços sócio-familiares como a casa ou a escola. As informações sobre saúde-doença são apreendidas tanto nos serviços de saúde como nas associações comunitárias, empresas e meios de comunicação.

A concepção de que o sujeito é ativo e criativo na produção do conhecimento, inerente à TRS, pode ser evidenciada nos conteúdos que mostram que as usuárias não restringiram os sentidos da educação em saúde ao campo formal do atendimento profissional ou das campanhas do Ministério da Saúde, pois na produção dos sentidos sobre o objeto reconheceram a família como espaço legítimo de ação educativa, veiculada dos pais para os filhos, com um discurso fortemente marcado pela educação familiar.

Através dos discursos das entrevistadas podem-se conhecer as principais práticas educativas desenvolvidas na atenção primária na área da saúde da mulher na SER IV, nas quais predominam o modelo tradicional de transmissão de informações sem incentivar o diálogo e a participação da mulher como protagonista nas decisões que envolvem a sua saúde. Dessa forma, pode-se considerar que há limitações nas propostas de promoção da saúde da mulher, que as distanciam da autorresponsabilização e autonomia.

Faz-se necessário a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas na área de saúde da mulher como criação e manutenção de grupos de gestantes, grupos de puérperas, grupos de casais, dentre outras atividades para o compartilhamento de saberes e interação entre os usuários, gerando esforços para a realização da prática educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Como limitações deste estudo evidenciam-se o quantitativo de participantes e a restrição aos CSF de uma dada SER (IV), da capital do estado do Ceará, devendo-se ampliá-lo para outras SER e municípios do interior do estado.

REFERÊNCIAS

1. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
2. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):257-63.
3. Figueira MCS, Leite TMC, Silva EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):414-9.
4. Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MSA, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(5):595-602.
5. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto & Contexto Enferm.* 2010;19(4):719-27.
6. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.17-44.
7. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* 9a ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p.29-109.
8. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, Jesuíno JC. *Representações sociais: teoria e prática.* João Pessoa: Ed Universitária UFPB; 2003. p.51-80.

9. Abric J-C. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.155-71.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996;Seção 1.
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
12. Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. Bull méthodologie sociologique 1990;(26):24-54.
13. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005. p.511-39.
14. Sousa ES, Rodrigues MAS, Rocha FEC, Martins CR. Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados; 2009.
15. Bittencourt IS. Educação em saúde: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.
16. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009;62(3):424-9.
17. Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Rev Bras Enferm. 2012;65(3):420-7.
18. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev Enferm UERJ. 2009;17(3):436-41.
19. Diaz CMG, Hoffmann IC, Costenaro RGS, Soares RS, Silva BR, Lavall BC. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. Cogitare Enferm. 2010;15(2):364-7.
20. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(2):238-45.