

EDUCAÇÃO CIÊNCIA E SAÚDE
<http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v10i1.508>

POLÍTICAS ESTRATÉGICAS NO PRÉ-NATAL: CAMINHOS DE FORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO TERRITÓRIO

Beatriz Andrade de Araújo¹, Mayra Ramos Barbosa da Silva², Caio César
Ferreira Alverga³, ⁴Esther Pereira da Silva

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Social.

²Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Diretoria de Políticas Estratégicas

³Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, Centro de
Ciências da Saúde

⁴Nutricionista servidora pública da Universidade Federal da Paraíba

Email para correspondência: beatriz.andrade@ufpe.br

Resumo

Objetiva-se compreender o processo de trabalho realizado no pré-natal pelas equipes de saúde da família, para assim contribuir na mudança da abordagem individual para a perspectiva coletiva, a fim de reduzir os indicadores de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis na II Região de Saúde de Pernambuco. Trata-se de uma investigação-ação que utiliza o processo de trabalho e dinâmicas de formação para emancipação da ação. A formação é fundamentada na Metodologia Ativa de Ensino, tendo como público-alvo, profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde da II Região de Saúde do estado de Pernambuco. Ao final do primeiro módulo da formação, a iniciativa foi concebida como uma atividade transformadora, tendo em vista seu viés coletivo, crítico-refletivo e emancipatório, contribuindo enquanto força propulsora ao estímulo a mudança do processo de trabalho em saúde, sendo, portanto, um importante indutor para a mudança dos indicadores de mortalidade materno-infantil.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Saúde Materno-Infantil. Educação Profissional em Saúde Pública.

Abstract

The aim of this study is to understand the work process carried out in prenatal care by family health teams, in order to contribute to a shift from an individual approach to a collective perspective, with the goal of reducing preventable maternal and infant mortality indicators in the II Health Region of Pernambuco, Brazil. This is an action-research investigation that utilizes the work process and training dynamics for empowering action. The training is based on Active Teaching Methodology and is targeted at professionals and managers in Primary Health Care in the II Health Region of Pernambuco. At the end of the first module of the training, the initiative

was perceived as a transformative activity due to its collective, critical-reflective, and empowering nature. It serves as a driving force in promoting changes in the health work process and, therefore, plays an important role in improving maternal and infant mortality indicators.

Keywords: Prenatal Care. Maternal and Child Health. Professional Education in Public Health.

1 Introdução

As Políticas Estratégicas são conhecidas por englobarem diversos segmentos de atenção à saúde da população, como por exemplo: a população Negra, Quilombola, Indígena, LGBT, Criança e Adolescente, Homem, Pessoa Idosa, Mulher, Pessoas com Deficiência, População em situação de Rua, Pessoas que fazem uso danoso e dependência de álcool e outras drogas e Pessoas com transtornos mentais (BARROS; SOUSA, 2016).

Tais segmentos - entre outros não mencionados acima - são estrategicamente evidenciados na formulação das políticas públicas, a partir da concepção de que, alguns grupos dentro da sociedade são mais suscetíveis às iniquidades em saúde do que outros, por se encontrarem em estado de vulnerabilidade.

Esta concepção encontra sustentação analisada à luz dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que enfatiza a importância de aspectos não clínicos sobre a situação de saúde de indivíduos e populações. Sob essa ótica, é evidenciada a relevância de comportamentos individuais, psicológicos, étnico-raciais, condições de vida e de trabalho e à macroestrutura econômica, social e cultural que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (GADELHA *et al.*, 2020).

Partindo deste pressuposto, as práticas relacionadas a todas as formas de preconceitos, ao racismo, às discriminações e invisibilidades sociais configuram-se como determinantes no processo saúde-doença. E para tanto, faz-se necessário repensar as diversas formas de cuidado e acolhimento destinadas a essa população, de maneira a fomentar impactos efetivos na situação de saúde, através do princípio da Equidade (CHOR, 2013).

Neste artigo, o princípio da Equidade é compreendido e defendido enquanto "(...) uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e

de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos” (BARROS; SOUZA, 2016, p. 6).

A iniquidade em saúde – conceito contrário à equidade - é um importante fator complicador no cuidado dentro do sistema de saúde brasileiro. Em relação à atenção materno-infantil, as desigualdades em saúde podem resultar em um elevado indicador de mortalidade materno-infantil expresso em todo o país e no mundo. Neste contexto, observa-se que as condições sociais, econômicas, étnico-raciais das usuárias devem ser consideradas pelas equipes de assistência à saúde e gestores a fim de garantir uma atenção integral e qualificada durante o período gravídico-puerperal (ROCHA *et al.*, 2019).

A fim de contribuir para a qualificação da atenção e gestão do cuidado no território, a formação “*Departamento de Políticas Estratégicas Itinerante – Caminhos de Formação*” é uma ação idealizada pela Diretoria de Políticas Estratégicas em parceria com a Superintendência de Atenção Primária a Saúde e a Escola de Governo em Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Enquanto Educação Permanente em Saúde, a formação é ofertada aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde que atuam na Atenção Primária, visando à qualificação do processo de trabalho com vistas à consolidação da equidade no desenvolvimento do pré-natal.

Deste modo, busca-se compreender o processo de trabalho realizado no pré-natal pelas equipes de saúde da família, para assim contribuir na mudança da abordagem individual para a perspectiva coletiva. Compreendendo a situação econômica social, de gênero e orientação sexual, de etnia e raça, de deficiências e da subjetividade, vivenciadas no período gravídico-puerperal, a fim de reduzir os indicadores de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis na II Região de Saúde de Pernambuco.

A formação é resultado de três (03) Encontros Estratégicos de Planejamento em Saúde, realizados no primeiro semestre de 2019, promovidos pela Diretoria de Políticas Estratégicas em parceria com a Superintendência de Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de estimular a reflexão sobre a construção integrada do planejamento e por fim, a elaboração de um Plano de Ação Integrado. A partir da construção coletiva, a formação teve estruturação nos seguintes eixos: Pré-natal; Partos e Nascimento.

A linha de cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente foi elencada devido a alguns fatores essenciais: a) ser um nó crítico apontado pela metodologia da árvore de problemas; b) ser o início do ciclo de vida e, portanto, contribuindo em toda formação do ser; c) pela necessidade de redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil no estado.

Por sua vez, a Região de Saúde foi o espaço territorial priorizado para a execução da ação, justamente por ser definida como: Espaço geográfico e contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (DECRETO 7.508/2011).

Por território, compartilha-se da concepção de que, ele deve ser visto como um espaço em construção, onde são estabelecidas as relações sociais, vivências dos problemas de saúde e a interação com as equipes. É de fundamental importância o reconhecimento do território para identificar suas necessidades e organizar os serviços de forma eficaz e resolutiva (FARIA, 2020).

Entendidos estes contextos, objetiva-se compreender o processo de trabalho realizado no pré-natal pelas equipes de saúde da família, para assim contribuir na mudança da abordagem individual para a perspectiva coletiva, a fim de reduzir os indicadores de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis na II Região de Saúde de Pernambuco.

2 Metodologia

Trata-se de uma investigação-ação numa perspectiva dialógica que elabora um ciclo de formação que preconiza a aprendizagem organizacional com a realidade implicada, que promove o ato de problematizar o próprio fazer a partir de processos críticos que buscam a análise por meio de constante percepção e avaliação da prática, para concernir processos de transformação (TRIPP, 2005).

A partir desse contexto, a construção pedagógica da formação foi elaborada coletivamente entre o corpo técnico da Diretoria de Políticas Estratégicas, da Superintendência de Atenção Primária e da Escola de

Governo de Saúde Pública do estado de Pernambuco, a partir de reuniões sistemáticas, ao qual resultou na Matriz Pedagógica da formação. A Escola também desempenhou o papel de entidade certificadora da formação, atuando também na formação de facilitadores.

A formação é fundamentada na Metodologia Ativa de Ensino, que "(...) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento" (MACEDO *et al.*, 2018, p. 9).

Dentro deste conceito, existe a construção de uma situação problema, que proporciona uma reflexão crítica, mobilizando o educando para buscar o conhecimento, ajudando na reflexão e a proposição de soluções mais adequadas (MACEDO *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, VILLARDI (2015) afirma que são cinco etapas que se desenvolvem a partir de um recorte da realidade, e que para ela retornam: a) a observação da realidade e a identificação do problema; b) os pontos-chave; c) a teorização; d) as hipóteses de solução; e, e) a aplicação à realidade.

Assim, ao permitir a aproximação entre teoria e prática, esse movimento crítico-reflexivo possibilita ao discente preparar-se melhor para encontrar respostas aos problemas de saúde, levando em conta os determinantes sociais que influenciam nas condições de vida e nas intervenções em saúde (VILLARDI, 2015, p. 50).

A matriz pedagógica do curso versa sobre os seguintes eixos fundamentais: a) Singularidades e subjetividades envolvidas na realização do pré-natal no território; b) Cenários do Pré-natal; c) Realidade do Pré-natal na APS;

2.1 Primeiro Eixo - Singularidades e subjetividades das populações no território:

Esta etapa foi iniciada com a *Dinâmica do varal*. Ela consiste na exposição de fotos em um varal na entrada do polo de formação. Os participantes deveriam visitar o varal e escolher, de acordo com sua subjetividade, uma foto que lhes chamasse atenção. Este momento também foi marcado pela apresentação dos participantes e a exposição do motivo da escolha numa roda de diálogo.

2.2 Segundo Eixo - Cenários do Pré-natal:

Para a primeira aproximação das/os educandas/os com a temática, foi proposta a *Dinâmica do Carrossel*. Nesta atividade, 04 grupos mistos foram formados com perguntas temáticas relacionadas ao pré-natal e à atividade preparatória, sendo elas: O que você entende por Perfil/características? O que você entende por Cuidado? O que você entende por Processo de trabalho? e, O que você entende por Pré-natal?

2.3 Terceiro Eixo - Realidade do Pré-natal na Atenção Primária à Saúde:

Esta etapa foi iniciada pela exibição de um vídeo (Filme – O renascimento do parto) disparador que buscou estimular o debate entre as/os educandas/os acerca dos seus desafios locais.

Este momento estimula a discussão de casos biopsicossociais, que contextualizam problemáticas clínicas e sociais, com base nos determinantes sociais em saúde, em um contexto gravídico-puerperal.

A formação ocorreu na II Região de Saúde do estado de Pernambuco, composta por vinte (20) municípios, que totaliza uma população de 598.530 habitantes, segundo o Caderno de Informações de 2018, elaborado e disponibilizado no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

A atividade foi ofertada de forma descentralizada em três pólos que sediam as microrregiões de saúde, sendo eles os municípios de: Limoeiro, Surubim e Carpina. Esta descentralização foi priorizada respeitando a organização regional, conforme pactuação na Comissão de Gestores Regionais (CIR). A formação teve duração de dois dias, somada as atividades de dispersão, que compuseram uma carga horária total de 20 horas/aula.

O público-alvo é composto por profissionais de saúde e gestores do SUS que atuam na II Região de Saúde do estado, prioritariamente na Atenção Primária. Sendo os grupos priorizados: Profissionais das Equipes de Saúde da Família (Médicos, Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Cirurgiões Dentistas e Técnicos/Auxiliares em Saúde Bucal); Profissionais das Equipes de Saúde da Família no Sistema Prisional (EAPB); Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); Profissionais da Academia da Saúde; Profissionais do

Canto Mãe Coruja; Gestores Municipais (Coordenadores de Atenção à Saúde e/ou Atenção Básica).

A formação foi realizada por amostragem, devido a restrições orçamentárias e de recursos humanos, seguindo os seguintes critérios para a distribuição das vagas: Para cada 05 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas no município, 01 Unidade foi contemplada; Cada equipe contemplada tem representação de 01 profissional de cada categoria de profissional; Para cada ESF contemplada, 01 vaga para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de referência; 01 vaga para o polo de Academia da Saúde do Município; 01 vaga para o/a Coordenador/a Municipal de Atenção à Saúde ou Atenção Básica Municipal; e 01 vaga para o profissional do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Quadro 1: Levantamento das equipes – II Região de Saúde - 2019.

Município	ESF	NASF-AB	Academia da saúde	Coord. AB Municipal	PMC	Total de profissionais
BOM JARDIM	2	2	1	1		16
CUMARU	1	1	1	1	1	10
FEIRA NOVA	1	1	1	1		9
LIMOEIRO	3	3	1	1		23
PASSIRA	2	2	1	1		16
SALGADINHO	1	1	1	1	1	10
CASINHAS	1	1	1	1	1	10
MACHADOS	1	1		1		8
JOÃO ALFREDO	2	2	1	1		16
SURUBIM	4	4	1	1		30
VERTENTE DO LÉRIO	1	1	1	1		9
OROBÓ	2	2	1	1		16
BUENOS AIRES	1	1	1	1		9
CARPINA	3	3	1	1		23
LAGOA DE ITAENGA	2	2		1		15
LAGOA DO CARRO	1	1	1	1		9

NAZARÉ DA MATA	2	2	1	1		16
PAUDALHO	4	4		1		29
TRACUNHAÉM	1	1		1		8
VICÊNCIA	2	2	1	1		16
TOTAL	37	37	16	20	3	298

* ESF (Estratégia de Saúde da Família), NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), AB (Atenção Básica), PMC (Programa Mãe Coruja Pernambucana).

Fonte: Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE/SEAS/SES-PE), 2019.

A formação foi analisada a partir dos eixos acima citados, em um contexto metodológico de sistematização de experiências dos gestores da formação, observando a participação e efetivação da problematização do processo de trabalho dos profissionais e gestores partícipes da investigação-ação.

Entende-se por sistematização de experiências: Sistematizar experiências é um desafio político pedagógico pautado na relação dialógica e na busca da “interpretação crítica dos processos vividos”. Trata-se de um exercício rigoroso de aprendizagem que contribui para refletir sobre as diferentes experiências, implicando na identificação, classificação e reordenamento dos elementos da prática; utiliza a própria experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação. Poderoso instrumento para a prática transformadora, realizada por meio de metodologias participativas bastante testadas na América Latina, à sistematização busca reconstruir experiências. Sistematizar implica compreender, registrar, ordenar, de forma compartilhada, a dimensão educativa de uma experiência vivenciada (HOLLIDAY, 2006).

Essa sistematização acontecerá a partir das vivências da formação e dos planos de ação de cada eixo contidas nas relatorias obtidas como documentos finais da formação.

Por fim, sinaliza-se que esta investigação-ação é de cunho qualitativo e utiliza dados agregados, impossibilitando a identificação dos sujeitos da pesquisa. Desta forma, se encontra condizente com as diretrizes expressas na resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, não sendo registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP. Portanto, encontra-se em conformidade com os

princípios fundamentais que norteiam a bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

3 Resultados

A princípio a formação Departamento de Políticas Estratégicas Itinerante - DPE Itinerante estimou um público de 298 profissionais de saúde. O quantitativo de profissionais presentes, por sua vez, superou a marca de 90,93% da meta estimada.

A representação profissional pode ser observada no Gráfico 1, em que as categorias majoritárias são de profissionais de Enfermagem (16,3%), seguido dos Agentes Comunitários de Saúde (14,4%), profissionais Médicos e Técnicos de Enfermagem com (11,5%).

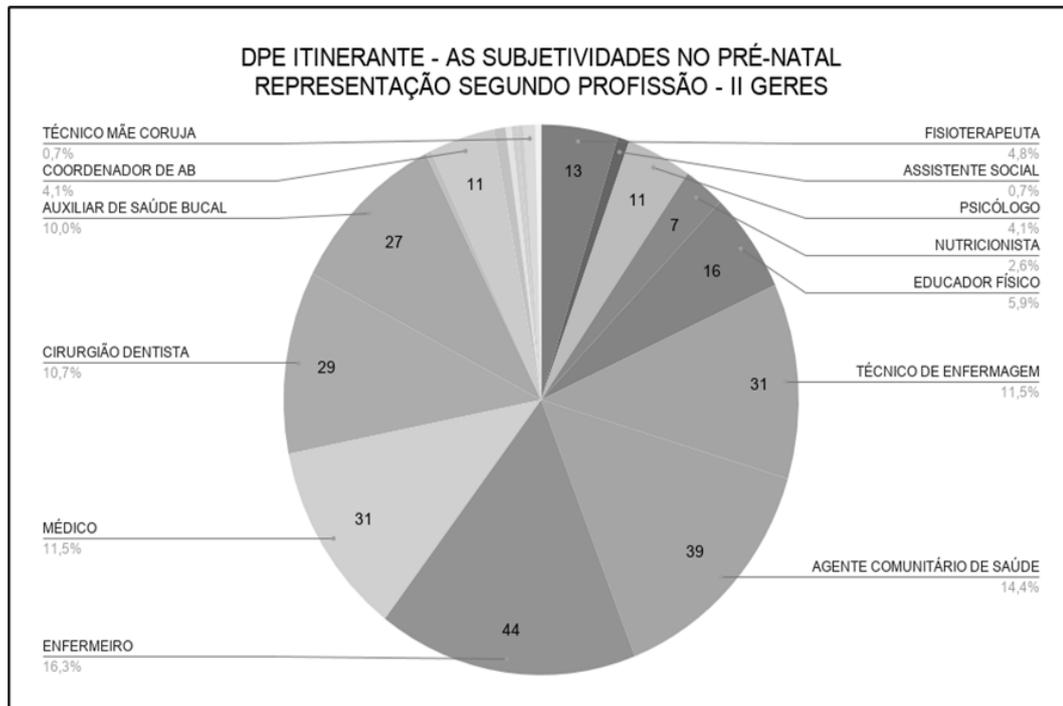


Figura 1: Representação segundo Categoria Profissional - DPE Itinerante, 2019.

Fonte: Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE/SEAS/SES-PE), 2019.

Contudo, é notória a representação de diversas categorias profissionais como: Cirurgiões Dentistas (10,7%), Auxiliar de Saúde Bucal (10%), Educadores Físicos (5,9%), Fisioterapeutas (4,8%), Psicólogos e Coordenadores de Atenção Básica (4,1%), Nutricionistas (2,6%), Assistentes Sociais e Técnicos do Canto Mãe Coruja (0,7%), ambos.

O Gráfico 2, por sua vez, apresenta a adesão por município de trabalho, refletindo 100% de representação nos 20 municípios que compõem a II Região de Saúde do estado. Este dado indica o nível de coesão quanto ao entendimento das necessidades de Educação Permanente em Saúde, voltados à equidade na realização do pré-natal.

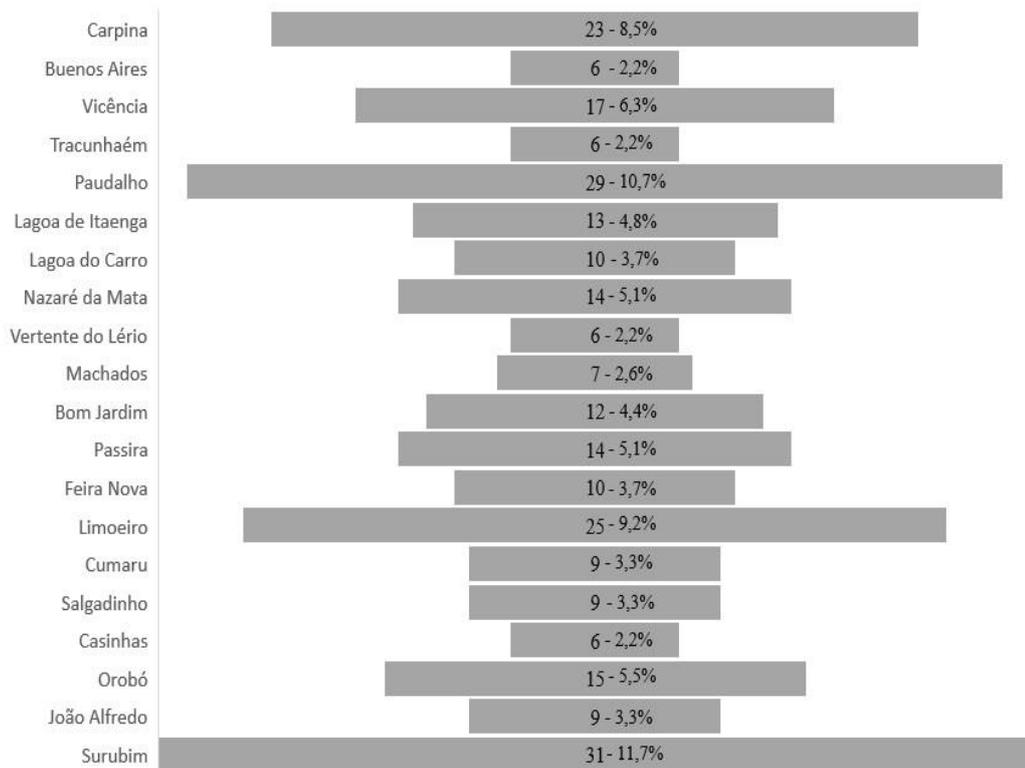


Figura 2: Representação segundo Município de Trabalho - DPE Itinerante, 2019.

Fonte: Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE/SEAS/SES-PE), 2019.

Quanto às unidades de trabalho, percebe-se que 74% dos profissionais desempenham suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguido dos profissionais atuantes no NASF-AB (15%) e Secretaria Municipal de Saúde (6%).

No que compete às unidades de trabalho, a Figura 3 expressa a participação massiva dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, seguidos das equipes de referência dos NASF-AB, conforme estimado e pactuado em CIR.

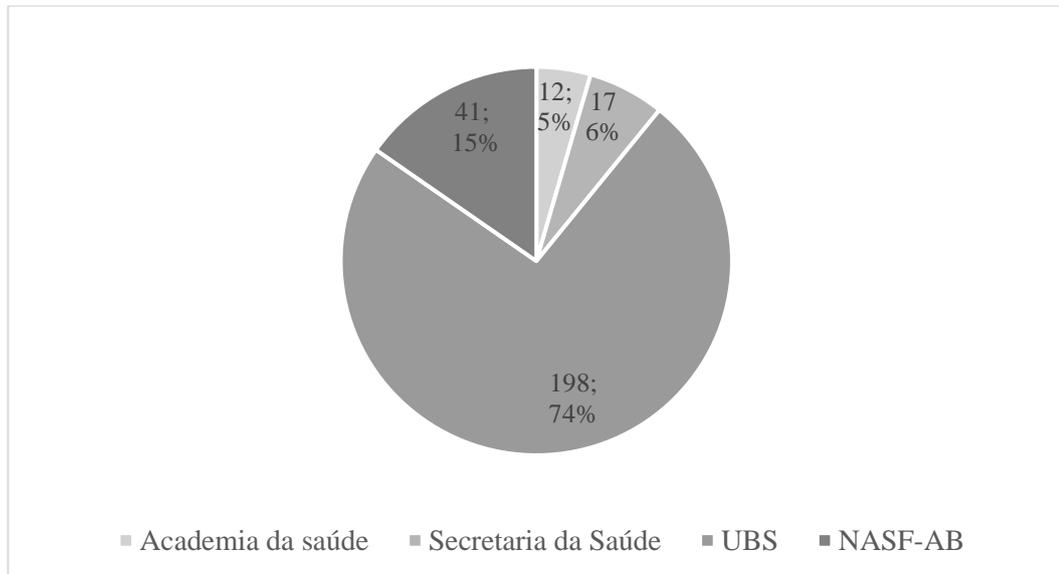


Figura 3: Representação segundo Unidade de Trabalho - DPE Itinerante, 2019.

Fonte: Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE/SEAS/SES-PE), 2019.

O Departamento de Políticas Estratégicas - DPE Itinerante - Caminhos de Formação objetivou o estímulo a mudança no processo de trabalho quanto ao cuidado e acolhimento das populações em estado de vulnerabilidade durante o período gravídico-puerperal.

Também aspirava a ampliação do número de Profissionais de Saúde corresponsáveis por seu território no desenvolvimento do pré-natal, buscando realizar a integralidade das ações de forma equânime e reconhecendo as subjetividades individuais e coletivas, com vistas à redução da mortalidade-materno infantil por causas evitáveis no território; essas aspirações foram obtidas e avaliadas através dos eixos da formação, que serão sistematizados a seguir:

3.1 Primeiro Eixo - Singularidades e subjetividades das populações no território:

No que concerne à subjetividade da gestação, os profissionais e gestores partícipes a partir das vivências providas pela formação demonstraram reflexão para a importância do acolhimento e escuta permanente a usuária, problematizando a permanência do pré-natal em relação à humanização feita neste processo de acolhimento, como também, o apoio matricial, pertinente neste momento de construção de vínculo, ressaltando o fortalecimento da equipe multiprofissional. A dinâmica deste eixo, denominada de “Dinâmica do

Varal” apresentou dificuldades inicial de expressão dos sujeitos, no entanto, entrelaçou-se entre o ato de acolher e as singularidades que esta ação produz frente a diversidade de sujeitos que utilizam a atenção primária a saúde.

3.2 Segundo Eixo - Cenários do Pré-natal:

Para a dinâmica do carrossel, houve a movimentação em salas e a divisão em grupos. A dinâmica ocorreu com cada grupo utilizando uma cartolina onde apresentava perguntas temáticas que eles deveriam responder.

Os eixos abordados nas perguntas temáticas eram: Perfil/Características, Cuidado, Processo de Trabalho e Pré-natal. No eixo Perfil/Características surgiram: desigualdade, adolescentes, crianças, saúde mental, deficiência física, LGBTQIAP+, População Privada de Liberdade.

Sobre Cuidado surgiram visões da realidade como: olhar diferenciado e humanizado, escuta inicial, empatia, responsabilidades dos profissionais. No eixo Processo de Trabalho surgiram visões da realidade como: equipe multidisciplinar humanizada, respeito (profissional e humano), planejamento e monitoramento do fluxo e atividades, adequar estratégias de acordo com a população assistida, atualização dos cadastros.

No eixo sobre o Pré-natal apareceram visões como: cuidado a mulher gestante, prevenção de doenças, promoção da saúde, acompanhamento multidisciplinar, orientações (amamentação, parto), planejamento familiar, medicamentos.

3.3 Terceiro Eixo - Realidade do Pré-natal na Atenção Primária à Saúde:

Neste eixo as discussões aconteceram a partir do filme – “O renascimento do parto”, que serviu de incentivo ao processo de dialogicidade das realidades do pré-natal na APS. O diálogo aconteceu envolto a discussões sociais inerentes a saúde da mulher, como o necessário incentivo ao parto normal humanizado, visto que o Estado de Pernambuco aumenta sistematicamente os partos cesarianos, e ainda nesse contexto, sobre a violência obstétrica que aumenta sua prevalência no Estado.

Ainda neste processo, houve diálogo sobre educação sexual e identidades de gênero nos prospectos sociais do desejo em engravidar.

4 Discussão

Ao final do módulo da formação, no período de avaliação colegiada, a iniciativa DPE Itinerante, foi concebida enquanto atividade propulsora de transformação da realidade, tendo em vista seu viés crítico-refletivo, emancipatório e coletivo na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), no que concerne os constitutivos consequentes, ou seja, que terão o modo de fazer/agir remodelados a partir da EPS – estes são o processo de trabalho e o cuidado em saúde.

As ações de EPS têm impacto para reorientar as práticas profissionais para a melhoria na organização do trabalho, sendo realizadas a partir das necessidades dos profissionais atuantes para discutir e minimizar os problemas reais. Propõem que os artifícios de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho. Ainda, os processos de EPS reforçam e contribuem para a humanização da gestão e do serviço nas práticas profissionais em saúde, especificamente na atenção ao pré-natal da atenção primária como é discutido no presente estudo (EÇA; SANTOS; ALMEIDA, 2020).

O processo de trabalho advém do modo como realizamos o fazer profissional, está relacionado com o modo que utilizamos ações por entremeio dos meios de produção e sobre um algo existente, um objeto, com a finalidade de obter um produto. Este processo é de difícil reflexão crítica e quanto menos sistematizado o trabalho, mais complexa é a reflexão para transformação. Quando realizado na atenção primária, há complexidade advinda dos processos de indeterminação do trabalho existente, devido ao objeto que será transformado ser um algo correlato a comportamentos sociais e pessoais não sistematizados e previamente elaborados pelos ambientes sociais que estão inseridos (FARIA et al., 2009).

Dessa forma, a reflexão necessita do processo de trabalho vivo, que problematize as conjunturas macrossociais e econômicas associadas à como estes contextos inserem-se no fazer do cotidiano e medeiam a utilização de técnicas e o agir para com os sujeitos, emergindo a consciência do modelo tecnoassistencial mediado pela micropolítica do trabalho humano. Esse processo incidirá numa problematização, necessitando, portanto, de novos

referenciais epistemológicos; referenciais estes contidos na Política Nacional de Humanização (PNH) e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), como acolhimento, vínculo, amorosidade, construção compartilhada do conhecimento e emancipação (MERHY, 2003; FEUERWERKER, 2014).

A equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar também tem preponderância para a finalidade do objeto mediado, neste caso, a melhora das condições do agir sobre o pré-natal, o parto e o puerpério, visto que quando mais compartilhado o projeto terapêutico entre profissionais não médicos, mais prevalente são as orientações compactuadas com as gestantes e mães, determinando uma melhor atenção à saúde (MARQUES et al., 2021).

Essa forma de agir que necessita de emancipação do processo de trabalho determinado pelos contextos macro socioeconômicos permeia-se pela práxis político-pedagógica da educação popular em saúde, transcorrendo-se em um reencontro entre trabalho e educação, numa perspectiva pedagógica da “transform (ação)” (PEDROSA, 2007).

Estes contextos denotam em uma integralidade, considerando a totalidade do sujeito e promovendo uma produção da saúde desfragmentada e circunscrita com o viver dos usuários. Deste modo permeia o cuidado em saúde (o cuidado em si e cuidado ao outro), em um processo de afetar-se e querer-se bem, transcorrendo em querer-nos bem, numa perspectiva do outro e da coletividade, vislumbrando a mundividência dos sujeitos, constituindo-se numa práxis do cuidado integral em saúde (ASSIS et al., 2015; CARNUT, 2017).

Com isso, o cuidado integral torna-se ação preponderante em um prospecto de política pública de saúde, configurando-se, portanto, em um algo “itinerante-essencial” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), promovendo a superação de desafios longínquos da atenção básica (AB) como superficialidade das relações e o processo ideológico de saber e poder denotado apenas em ações de perspectiva biológica e a singularização e homogeneização do que é ser mulher. (COELHO et al., 2009; VASCONCELOS et al., 2017).

Este processo potencializador constituído pelos pressupostos descritos acima em consonância com o arcabouço da EPS é fundamental para o processo saúde-doença-cuidado na atenção à saúde materna-infantil do

Estado de Pernambuco, já que ainda se observam resultados desfavoráveis como a Razão de Mortalidade Materna (RMM) que apesar da redução de 79,6 para 71,7 a cada 100 mil mulheres entre os anos de 2007 e 2015, este indicador ainda se apresenta elevada quando comparado a regiões e países desenvolvidos nos quais RMM é em torno de oito a nove a cada 100 mil mulheres (PERNAMBUCO, 2018).

Além disso, sobre os questionamentos apontados do parto no terceiro eixo, é importante mencionar que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesárea deve estar entre 10-15% do total de partos. Em Pernambuco no ano de 2017, observou-se que 49,2% dos nascidos vivos foram de cesarianas, bem distante do recomendado pela OMS. Pesquisas nacionais também apontam para a violência obstétrica no parto. Foi verificado que no Brasil, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, além de ser identificado o excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias, realidade congruente com a ação biologizante do fazer (PERNAMBUCO, 2018; LANSKY et al., 2019).

Reorientar a atenção ao parto requer articulação local e ampliar a capacidade de reflexão e ação de gestores do SUS e equipes dos serviços de saúde. Os processos de EPS podem ser um caminho propício para o apontamento das mudanças necessárias nos modelos de atenção e de gestão, que compreendem aspectos concretos (estrutura, protocolos clínicos) e imateriais (mudanças de conceitos, valores, atitudes) (VILELA et al., 2021).

A atenção pré-natal deve ser direcionada para além dos exames e consultas clínicas, carecendo de um espaço de acolhimento e reconhecimento das necessidades socioeconômicas, emocionais, de gênero e de raça, ou seja, todos os constitutivos que sustentam as iniquidades em saúde na sociedade, visando o estabelecimento de vínculos em congruência com as singularidades de cada ser e com as subjetividades de cada viver (GARCIA et al., 2019). Portanto, proporcionar reflexão-ação-reflexão aos profissionais dos serviços, a partir da prática da EPS, para um agir que envolva uma relação profissional-usuária com base na amorosidade e diálogo, é visto como um algo fundamental que contribui para o alcance do cuidado integral em saúde,

contribuindo assim para a saúde do binômio mãe-filho e conseqüentemente para resultados políticos e epidemiológicos favoráveis (CRUZ et al., 2020).

5 Conclusão

Pôde-se perceber o impacto benéfico entre a articulação dos profissionais da atenção e gestão, de diferentes esferas de governo, na construção de um novo fazer em saúde, voltado à qualificação e humanização do cuidado em rede.

Em relação à devolutiva dos profissionais ao final da avaliação, foi percebido o reconhecimento da ação enquanto necessária e relevante no cotidiano de atuação dos profissionais, também como iniciativa propulsora na mudança do processo de trabalho em saúde.

6 Referências

ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 333–338, abr. 2015.

BARROS, F. P. C; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9–18, mar. 2016.

BRASIL, Decreto n. 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 República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de jun. de 2011.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, dez. 2017.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1272–1275, jul. 2013.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154–160, mar. 2009.

CRUZ, P.; CARVALHO, L. E.; ARAÚJO, R. S. Amorosidade como princípio das práticas de saúde orientadas pela Educação Popular: um estudo bibliográfico. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, 24 jan. 2020.

EÇA, A.B.; SANTOS, M.S.S.; ALMEIDA, O.S. A importância da educação permanente em saúde no pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p.15487-15506, 2020.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 68p.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.11, p. 4521-4530, 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 92.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 33, p.380-387, set 2009.

GADELHA, I. P et al. Social determinants of health of high-risk pregnant women during prenatal follow-up. Ceará: **Rev Rene**, v.21, e42198, 2020.

GARCIA, E. M. et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4633–4642, dez. 2019.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. Tradução de Maria Viviana V. Resende. Brasília: MMA, 2006. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, n.8, 2019.

MACEDO, K. D. S. et al. Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2 jul. 2018.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano de Educação Permanente em Pernambuco. Recife, 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PE.pdf>.

ROCHA, C. G. G. Social determinants of health in prenatal nursing consultation. **Rev. Enferm UFPE on line**, v.13, e241571, 2019.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443–466, dez. 2005.

VASCONCELOS, M. F. F; FELIX, J. G; GATTO, G. M. S. Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente? **Psicologia Política**, v. 17, n. 39, p. 327-339, 2017.

VILELA, M. E. A. et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n. 3, 2021.

VILLARDI, M.L; CYRINO, E.G; BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015.