



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – GOIÂNIA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**JULIETE TERESINHA SILVA**

---

---

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO  
DA MORTALIDADE MATERNA**

---

---

Goiânia  
2017

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS  
DE TESES E  
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação:**

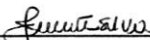
Nome completo do autor: Juliete Teresinha Silva

Título do trabalho: Educação Permanente em Saúde como estratégia para redução de mortalidade materna

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:



Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Estelina Lourenço de Lencastre  
Diretora da Faculdade de Medicina  
UFG

Data: 30 / 09 / 2017

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

<sup>2</sup>A assinatura deve ser escaneada.

**JULIETE TERESINHA SILVA**

---

---

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO  
DA MORTALIDADE MATERNA**

---

---

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás, regional de Goiânia, para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fátima Maria Lindoso da Silva Lima.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edlaine Faria de Moura Villela.

Goiânia  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Teresinha Silva, Juliete  
Educação Permanente em Saúde como estratégia para redução da mortalidade materna [manuscrito] / Juliete Teresinha Silva. - 2017.  
CXXVII, 127 f.: il.

Orientador: Prof. Fatima Maria Lindoso da Silva Lima; co orientador Edlaine Faria de Moura Villela.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos.  
Inclui siglas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Mortalidade Materna. 2. Trabalho em equipe. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Assistência Pré-Natal. I. Lindoso da Silva Lima, Fatima Maria, orient. II. Título.

CDU 37



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às oito horas e trinta minutos do dia vinte e nove de agosto de dois mil e dezessete, reuniu-se na Faculdade de Medicina a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Mestrado apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **JULIETE TERESINHA SILVA**, intitulada “**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**”, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Fátima Maria Lindoso Silva Lima**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) aprovada [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Juliete Teresinha Silva** (  ) Habilitado (a) (  ) Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Fátima Maria Lindoso Silva Lima**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

**Banca Examinadora**

**Assinatura**

Prof.ª Dra. Fátima Maria Lindoso Silva Lima – presidente

Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho F. Menezes – titular

Prof.ª Dra. Claci Fátima Weirich Rosso – titular

Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes – suplente

Prof.ª Dra. Lusmaia D. Camargo Costa – suplente

FML  
Ida Helena Carvalho F. Menezes  
Claci F. W. Rosso  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Juliete Teresinha Silva

**Juliete Teresinha Silva**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

**Aluno (a):** Juliete Teresinha Silva.

---

**Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Maria Lindoso da Silva Lima.

---

**Co-Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Edlaine Faria de Moura Villela.

**Membros:**

**1. Dra Fátima Maria Lindoso Silva Lima**

**2. Dra Claci Fátima Weirich Rosso**

**3. Dra Ida Helena Carvalho F. Menezes**

**Suplentes:**

**1. Dra Lusmaia Damaceno Camargo Costa**

**2. Dr Vardeli Alves de Moraes**

---

**Data: 29/08/2017**

---

## DEDICATÓRIA

---

*Aos meus queridos pais, Ivani e Francisco, que tão poucas oportunidades tiveram na vida, mas que sabidamente conduziram a mim e minhas irmãs no caminho da honestidade e luta incessante.*

*Ao esposo Mozart, companheiro de todas as horas e dias, dos projetos, dos sonhos e realizações. A quem agradeço a tolerância por minha ansiedade, e que carinhosamente auxiliou-me nos momentos mais difíceis.*

*Às minhas queridas filhas Alessandra e Renata, que tanto orgulho me proporcionam pelo que são e por onde voam, e por um dia ter ouvido de uma delas o maior incentivo para ter continuado: “mãe, você é assim, missão dada, missão cumprida!”*

*Às minhas orientadoras que compartilharam seus conhecimentos e descobertas, clareando minha mente nos momentos em que eu achava que não mais conseguiria. Minha eterna gratidão.*

*Aos alunos do curso de Medicina da UFG, regional de Jataí, que foram o motivo maior para que eu iniciasse este estudo. Dedico a eles o aprendizado, e que eu possa ser uma professora melhor do que quando há três anos adormeci médica e despertei docente.*

*Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde por terem atendido de maneira tão cordial ao chamado para participar da pesquisa.*

## AGRADECIMENTOS

---

À Professora Dra Fátima Maria Lindoso da Silva Lima, que acreditou no meu intuito de ser uma boa professora, por respeitar meus limites, pegando minhas mãos e me conduzindo por este caminho até no momento desconhecido por mim.

À Profa. Dra. Edlaine Faria de Moura Vilela, co-orientadora, que estando em minha cidade local da pesquisa, socorreu-me em momentos críticos com tolerância e carinho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, na pessoa do ex-secretário de saúde Dr. Amilton Fernandez do Prado, e aos funcionários do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, na pessoa da coordenadora Alessandra Vitorino Naghetini, e de todo o corpo docente, pelo apoio recebido durante o transcorrer do curso. Sentir-me acolhida tornou o caminho menos árduo.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa que trouxeram contribuições valiosas para a finalização deste produto.

Ao acadêmico de medicina, da Universidade Federal de Goiás, regional de Jataí, Wanderson Santana que contribuiu com a realização desta pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação por tolerarem meus momentos de impulsividade e falta de paciência, pelos bons momentos e vivências compartilhadas.



*“Tudo posso naquele que me fortalece”*

*(Filipenses 4.13)*

## RESUMO

---

A mortalidade materna continua sendo um problema de saúde pública no mundo todo, principalmente quando lançamos o olhar sobre os países em desenvolvimento. A razão da mortalidade materna (RMM) possibilita a visualização do lugar que a mulher ocupa na sociedade e como o sistema de saúde cuida de suas necessidades específicas, com base no princípio da equidade. Durante o pré-natal uma atenção cuidadosa pode identificar gestantes de maior risco permitindo que se faça uma abordagem planejada que evitará ocorrências de situações emergenciais, que são sempre acompanhadas de maiores chances de morbimortalidade materna e neonatal. Este estudo procurou compreender a percepção dos profissionais da área de saúde sobre suas práticas no cuidado à gravidez na Atenção Primária, para a elaboração de uma proposta de um programa de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para redução da mortalidade materna no município de Jataí, no estado de Goiás. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, sendo que a coleta de dados referentes à percepção dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde, assistência pré-natal e mortalidade materna foram obtidos por meio da técnica do grupo focal. A análise dos dados obtidos foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin e revisitada por Minayo. Os dados secundários referentes à mortalidade materna no Brasil e em Jataí entre os anos de 2011 a 2015 foram extraídos de informações do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério de Saúde (SIM). A RMM no município de Jataí no ano de 2015 foi de 142 mortes/100.000 nascidos vivos, igual ao ano de 1990 quando foi estabelecido como meta do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que este indicador alcançasse o patamar de 35 mortes/100.000 nascidos vivos em 2015. O pré-natal é realizado por uma equipe multiprofissional, não sendo caracterizado um trabalho em equipe interprofissional. Foram identificados pontos frágeis quanto à qualidade da assistência pré-natal, o trabalho em equipe e os saberes e prática de Educação Permanente em Saúde. Os profissionais envolvidos na pesquisa desconhecem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo que o conhecimento de educação em saúde é limitado à educação destinada ao usuário do SUS. Atuar na APS por meio da prática de uma Educação Permanente em Saúde é a estratégia proposta para contribuir na mudança do cenário da mortalidade de mães no local do estudo.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna; Trabalho em Equipe; Educação Permanente em Saúde; Assistência Pré-Natal.

## ABSTRACT

---

Maternal mortality is still a problem of public health in all the world, mainly when we take a look at the developing countries. The reason for maternal mortality (RMM) enables the visualization of the place that women occupy in a society and how the health system takes care of their specific need based on the principle of equity. During the pré-natal a careful attention can identify pregnant women that have a bigger risk making it possible that we make a planned approach that will avoid occurrences of emergency situations that are always accompanied by bigger chances of maternal and neonatal morbimortality. Evaluate the perception of the professionals in the health field, their practice in the care of pregnancy in the primary assistance for the elaboration of a proposal of a permanent education program in health, as a strategy to reduce the maternal mortality in the county of Jataí in the state of Goiás. It was done a descriptive, exploratory, transversal study, of a qualitative approach in the health education. The secondary data referring maternal mortality in Brazil in these five years (2011 to 2015) were extracted from information of the ministry of health (SIM – System of Information of Mortality). The collecting of data referring the perception of professionals about permanent health education was obtained through a focal group. The analysis of the data was done through content analysis. The RMM in the county of Jataí in the year of 2015 was 142 deaths/100,000 born alive, similar to the year of 1990 when it was established as a goal of the 5<sup>th</sup> ODM that this indicator reached the level of 35 deaths / 100,000 born alive in 2015. The pré-natal is done by a multiprofessional team that knows their role in the care of pregnancy in APS, however fragile points were pointed concerning the quality of this assistance, the team work and the knowledge and practice of EPS. The professionals involved in the research do not know the PNEPS, and there is not a practice of EPS in the work place considering that the knowledge of the health education limits itself to the education destined to SUS users. Acting at APS by the practice of a permanent education in health is the proposal strategy to contribute for the changing of the scenary of maternal mortality in the place of the studies.

**Key Words:** Maternal Mortality; Team Work; Health Education; Pré-Natal.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

---

Figura 1:	Gráfico da RMM no Brasil no período de 2011 a 2015 .....	27
Figura 2:	Gráfico da Razão da mortalidade materna em Goiás no período de 2011 a 2015. ....	29
Figura 3:	Gráfico comparativo da RMM no Brasil, Goiás e Jataí, 2011-2015. ....	30
Figura 4:	Arco de Maguerez.....	36
Figura 5:	Foto da sala dos professores do curso de medicina, Regional Jataí .....	44
Figura 6:	Painel norteador do grupo focal. ....	46
Figura 7:	Figura da análise do material de pesquisa. ....	50

## LISTA DE QUADROS

---

Quadro 1:	Educação permanente e educação continuada. ....	34
Quadro 2:	Categorias e subcategorias emergentes na pesquisa. ....	54
Quadro 3:	Exames recomendados de acordo com o trimestre de gestação. ....	84

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1:	Classificação da razão de mortalidade materna.....	25
Tabela 2:	Nascidos vivos, mortalidade materna e RMM no Brasil no período de 2011 a 2015.....	27
Tabela 3:	Registro de mortes maternas nas regiões do país no período de 2011 a 2015 .....	28
Tabela 4:	Nascidos vivos, mortes maternas e RMM em Goiás no período de 2011 a 2015 .....	29
Tabela 5:	Nascidos vivos, mortes maternas e RMM no município de Jataí de 2011 a 2015 .....	30

## ANEXOS E APÊNDICES

---

<b>ANEXOS.....</b>	<b>120</b>
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido .....	120
Anexo 2: Parecer consubstanciado do CEP .....	123

## SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

---

ACS:	Agente Comunitário de Saúde
CEP:	Comitê de Ética em Pesquisa
CID:	Classificação Internacional de Doenças
CMM:	Comitê de Mortalidade Materna
EC:	Educação Continuada
EIP:	Educação Interprofissional
EPS:	Educação Permanente em Saúde
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF:	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
ODM:	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS:	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONU:	Organização das Nações Unidas
OPAS:	Organização Pan Americana de Saúde
PHPN:	Política Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIP:	Prática Interprofissional
PNEPS:	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RMM:	Razão da Mortalidade Materna
SGTS:	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIM:	Sistema de Informação de Mortalidade
SISPré-Natal:	Sistema de Informação de Pré-Natal
SMS:	Secretaria Municipal de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS:	Unidade Básica de Saúde
WHO:	World Health Organization



## SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
3.1	A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL .....	21
<b>3.1.1</b>	<b>Razão de mortalidade materna .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Epidemiologia da mortalidade materna no Brasil .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Mortalidade materna em Goiás e Jataí .....</b>	<b>29</b>
3.2	A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE (EIP) .....	31
3.3	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) .....	32
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
4.1	OBJETIVO GERAL .....	38
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	38
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	39
5.2	POPULAÇÃO, E LOCAL DO ESTUDO .....	39
5.3	COLETA DE DADOS .....	41
<b>5.3.1</b>	<b>O grupo focal .....</b>	<b>41</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Aspectos técnicos da coleta de dados .....</b>	<b>43</b>
5.4	ANÁLISE DE DADOS .....	48
<b>5.4.1</b>	<b>A análise de conteúdo .....</b>	<b>48</b>
5.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	53
<b>6</b>	<b>REULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>

6.1	PRIMEIRA CATEGORIA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) .....	54
6.2	SEGUNDA CATEGORIA: O TRABALHO EM EQUIPE.....	68
6.3	TERCEIRA CATEGORIA: ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL .....	74
6.4	QUARTA CATEGORIA: MORTALIDADE MATERNA.....	92
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>
	<b>PRODUTO TÉCNICO .....</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>120</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

---

O interesse pela temática Mortalidade Materna surgiu das angústias e necessidades vividas durante o exercício profissional, preocupações no cotidiano do trabalho onde a assistência à gravidez, parto e puerpério de qualidade são determinantes para o bom desfecho deste ciclo considerado na maioria das vezes fisiológico, mas que, porém, pode trazer complicações tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

A formação profissional daqueles envolvidos na assistência à gravidez no Sistema Único de Saúde exige análise, discussões, debates e propostas que busquem respostas e conhecimentos para os problemas que dificultam a qualidade de vida e de saúde de mulheres, que ainda continuam morrendo em um momento onde apenas a concepção de vida deveria existir.

Sou docente do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, regional de Jataí. Graduei em medicina e pós graduei em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O mestrado profissional Ensino na Saúde surgiu como uma oportunidade de aprendizado, que muito contribuirá para minha formação de professor.

A elevada razão de mortalidade materna no local de trabalho despertou o interesse para tentar de alguma maneira contribuir para a redução deste indicador, que sinaliza a necessidade de mudanças nos cenários de prática na assistência à gravidez. Ser docente e profissional que lida com a assistência pré-natal é um elo que pode fortalecer a qualidade deste atendimento.

O Ministério de Saúde tem desenvolvido estratégias para potencializar a atenção integral, humanizada e resolutiva, e dentre estas políticas temos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi pensada como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

A qualidade da assistência pré-natal guarda relação direta com a mortalidade materna, e o estudo deste tema levou ao questionamento se é possível modificar a atuação de trabalhadores da saúde por meio de um programa de Educação Permanente em Saúde que possa modificar a realidade no local de trabalho da pesquisadora.

## 2 INTRODUÇÃO

---

A mortalidade materna continua sendo um desafio para todos os países, e apesar dos avanços obtidos nos últimos anos não houve ainda uma queda significativa do número de mortes em várias regiões do mundo (OPAS, 2010).

O ano de 2015 foi marcado por trazer a definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ODS, um plano da ONU para transformar o mundo até 2030, protegendo os povos e o planeta. O objetivo 3, saúde e qualidade, diz que até 2030 a taxa de mortalidade materna global deverá ser menor que 70 mortes por cem mil nascidos vivos. Atualmente a RMM global está situada em torno de 210 mortes por 100.000 nascidos vivos, e será necessário esforço de todos os países para reduzir este número para dois terços.

O ano de 2015 terminou com o fim da iniciativa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ODM, porém a mortalidade materna ainda está no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional. Os ODM serão substituídos pelos novos ODS, que se esforçarão para eliminar a mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 a 2030 (ONU, 2015).

Cada óbito materno precisa ser entendido como uma falha no sistema de saúde e também como uma violação aos direitos humanos de reprodução. No Brasil são poucas as publicações quando se trata de mortalidade materna, apesar da magnitude do assunto no cenário nacional (MARTINELLI *et al.*, 2014; SZWARWALD *et al.*, 2014.)

Todos aqueles envolvidos no cuidado com a mulher no ciclo gravídico-puerperal devem estar atentos para que menos mulheres tenham complicações durante o pré-natal e parto, o que poderá ter como desfecho a morte materna, evento trágico que tantas repercussões trazem para a vida da família, do recém-nascido e dos profissionais envolvidos com aquele nascimento. Souza (2015, p. 550), em “*A Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável*”, descreve:

A batalha cotidiana para eliminar as mortes maternas e promover o bem-estar das mulheres será travada por todos nós, em instituições grandes e pequenas, nas comunidades perto das pessoas, na solidão dos locais que muitas vezes são tão pequenos que não existem nos mapas. São nos locais onde as mulheres e suas famílias buscam por cuidado respeitoso e digno que os esforços para reduzir a mortalidade materna e trazer vidas mais saudáveis e cheias de bem-estar para as mulheres precisam ter mais significado.

Intervenções sugeridas na literatura para a redução da morbimortalidade materna incluem melhorias na qualidade da assistência pré-natal prestada, a qualificação dos

profissionais responsáveis pelo atendimento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, assim como melhores estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde que recebem estas gestantes para a realização do pré-natal, do parto e do pós-parto (CARVALHO *et al*, 2015).

A morbimortalidade materna e perinatal continua ainda muito elevada na maioria das regiões brasileiras, incompatíveis com o atual nível socioeconômico do país. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são previsíveis, mas para que isso aconteça é necessária uma participação ativa do sistema de saúde, e de toda a equipe que dispensa cuidados à gestante (BRASIL, 2012).

Diante do exposto e do elevado índice de mortalidade materna no Brasil, não sendo diferente na cidade de Jataí, o presente trabalho adquire relevância uma vez que propõe estratégias e busca contribuir diretamente para mudanças no cenário da mortalidade das mães no local de estudo.

Assim, a partir do momento em que se atua na Assistência Primária à Saúde, por meio da Educação Permanente em Saúde que envolva os profissionais que cuidam da gestante de uma maneira integral, pretende-se identificar as práticas e os saberes na assistência pré-natal em busca de estratégias para reduzir a morbimortalidade materna.

É fato que se deve ter um olhar para toda gestante, mesmo que aparentemente não tenha qualquer sinal de alarme, de uma maneira que se busque avaliar cuidadosamente o binômio materno-fetal, e o meio no qual a gestante se insere, e que a qualquer momento poderá apresentar algum tipo de complicação que culminará em um desfecho desfavorável.

Na Assistência Primária à Saúde a facilidade de acesso ao serviço, o acolhimento, a qualidade do serviço prestado, o trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional, e a educação interprofissional por meio da Educação Permanente em Saúde podem contribuir de maneira efetiva para a diminuição da mortalidade materna, o que justifica a grande relevância do trabalho que foi desenvolvido.

A Educação Permanente em Saúde no presente estudo tem a proposta de sua aplicação como linha norteadora para reorientação do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família no cuidado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, qualificando e trazendo mudanças nos cenários de prática, para a redução das mortes maternas, considerando o que Jowett já dissera no ano de 2000: a mortalidade materna pode ser evitada em 26% dos casos através de um controle de pré-natal qualificado.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

---

#### 3.1 A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A OMS define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10), como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A OMS (1995) estabelece outras definições de relevância, que permitem análises mais específicas da morte materna:

- *Mortes relacionadas à gravidez* que são aquelas durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa desta morte.
- *Mortes obstétricas diretas* que são aquelas em consequência de complicações obstétricas na gravidez, no parto ou no puerpério, devidas a tratamentos indevidos, omissões, intervenções ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer causas mencionadas.
- *Mortes obstétricas indiretas* são aquelas devidas a doenças existentes previamente à gravidez, ou de doenças que se iniciaram durante a gestação, não devidas a causas obstétricas diretas, porém que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
- *Morte maternas tardias* são as devidas a causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas por um período que compreende do 42º dia até um ano do pós-parto.

Martins Costa *et al* (2009) definem morte materna como aquela ocorrida em mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto (42 dias após o parto), devido a causas obstétricas (morte materna direta) ou doenças não obstétricas complicadas pelo ciclo gravídico-puerperal (morte materna indireta).

A cada ano nos países em desenvolvimento um expressivo número de mulheres apresenta complicações relacionadas à gravidez, sendo que uma parte considerável destas complicações termina em morte (OMS, 2012).

No total de mortes maternas, apenas 1% acontece em países desenvolvidos. A mortalidade materna continua sendo ainda hoje um grande problema de saúde pública no

mundo, principalmente quando lançamos um olhar sobre os países subdesenvolvidos (SZWARCOWALD *et al.*, 2015).

Quando nos deparamos com um óbito materno estamos diante de uma mulher geralmente jovem que tinha grandes expectativas da vida, de um recém-nascido que além das complicações do nascimento não mais terá sua mãe para conduzi-lo durante sua vida, de uma família que não sabe o que fazer diante de tal situação, e de uma equipe de profissionais que traz consigo um sentimento de frustração e culpa.

A morte materna é um evento trágico e que na maioria das vezes pode ser evitado, quando se identifica em tempo hábil os riscos de morte (BRASIL, 2012; ZUGAIB 2008).

Durante a realização do pré-natal uma atenção cuidadosa pode identificar gestantes de maior risco permitindo que se faça uma abordagem planejada para evitar ocorrência de situações emergenciais, que são sempre acompanhadas de maior probabilidade de morbidez e mortalidade (MARTINS-COSTA *et al.*, 2004).

De acordo com Zugaib, (2008) a atenção pré-natal qualificada, com identificação precoce do risco gestacional ainda na atenção primária, diminui as possibilidades de complicações durante o ciclo gravídico puerperal, sendo considerada uma estratégia importante para a redução de mortalidade materna.

O cuidado das gestantes pressupõe o acompanhamento por parte das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é a porta de entrada na Rede de Assistência à Saúde, ou da Atenção Básica tradicional, mesmo quando são consideradas de alto risco, em conjunto com os serviços de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012).

O acolhimento da gestante pela equipe de saúde será realizado independente dos fatores de risco, questões de raça e gênero, classe social, escolaridade, situação familiar ou conjugal. A escuta e a compreensão sobre os diferentes fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação serão considerados. Esta abordagem é importante para que as gestantes ocupem o papel principal no processo de cuidado de sua saúde, sendo estabelecida parceria com profissionais para a obtenção de melhores resultados (BRASIL, 2012).

De acordo com orientações do caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde (2012), Atenção ao Pré-Natal de alto risco, a gestação de risco que necessitar de referência poderá de início ser encaminhada aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou ambulatórios de referência que, e quando necessário poderá ser encaminhada para um atendimento terciário. Esta mesma gestante continuará recebendo assistência também na Atenção Primária.

A saúde bucal das gestantes deve ser olhada de uma maneira especial, visto que as

doenças bucais, em especial a doença periodontal, têm sido associadas a diferentes condições patológicas durante o pré-natal, incluindo o parto prematuro, a rotura prematura da membrana e a ocorrência do baixo peso ao nascer (SILVEIRA *et al.*, 2016).

A identificação do risco de morte durante a consulta de uma gestante na sala de admissão da maternidade é muitas vezes a primeira e única oportunidade de se identificar o risco de morte. A maioria das mortes ocorre durante o processo de parturição, no qual se deve fazer todo esforço para identificar, prevenir e evitar as situações de risco, que culminarão com a morte da parturiente (ZUGAIB, 2008; COSTA *et al.*, 2004).

A assistência multiprofissional e em equipe interdisciplinar de qualidade durante o trabalho de parto pode evitar a morte materna, mesmo em circunstâncias onde os fatores de risco não foram identificados durante o pré-natal. A hemorragia puerperal é ainda uma importante causa de morte materna em muitos locais no Brasil, podendo ser evitada desde que se observe com atenção o pós-parto imediato (BRASIL, 2012).

No Brasil na maioria dos locais as principais causas de morte materna são: hipertensão, hemorragia puerperal, infecção pós-parto e abortamento séptico, podendo haver diferenças regionais, quanto à causa e incidência (COSTA *et al.*, 2004; DIAS *et al.*, 2015).

A mortalidade materna foi alvo da quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que preconizou sua diminuição em  $\frac{3}{4}$  de 1990 a 2015: de 165 mortes/100.000 nascidos vivos para 35 mortes/100.000 nascidos vivos (SZWARCOWALD *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2015).

No Brasil a Razão da Mortalidade Materna atingiu o valor mínimo em 2011 (60,8/100.000 nascidos vivos) e o máximo em 2009 (73,1/100.000 nascidos vivos), explicado provavelmente pela epidemia de influenza (H1N1). Os valores maiores da RMM foram encontrados no Maranhão e no Piauí, ultrapassando 100/100.000 nascidos vivos, e o menor foi apresentado por Santa Catarina, o único estado com valores inferiores a 40/100.000 nascidos vivos. Os resultados foram maiores aos que deveriam ser atingidos de acordo com a quinta meta do ODM, mas apontaram um decréscimo significativo no período de 1990-2011, considerando as estimativas anteriores (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

O ano de 2015 terminou com o fim da iniciativa dos ODM, porém a mortalidade materna ainda estará no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional. Os ODM serão sucedidos pelos novos ODS, que se esforçarão para a eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030 (ONU, 2015).

O ano de 2015 foi marcado por trazer a definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ODS, um plano da ONU para transformar o mundo, até 2030, protegendo os povos



e o planeta. O objetivo 3, saúde e qualidade, diz que até 2030 a taxa de mortalidade materna global para mulheres deverá ser menor que 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2015).

A RMM global situa-se em torno de 210 mortes por 100.000 nascidos vivos, daí a necessidade do esforço de todos os países para reduzir pelo menos dois terços destas mortes maternas. No Brasil, quando se considera a RMM no ano de 2010 a meta é reduzir para aproximadamente 20 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, em 2030. A meta global e local para 2030 é bastante arrojada e em grande parte aspiracional, mas possível desde que seja implementada uma agenda de trabalho abrangente e que vá além da mortalidade em si (SOUZA, 2015).

No Brasil pouco se tem publicado em se tratando de mortalidade materna, apesar da magnitude do assunto no cenário nacional. Cada óbito materno precisa ser entendido como uma falha do sistema de saúde e como uma violação aos direitos humanos de reprodução (MARTINELLI *et al.*).

### 3.1.1 Razão de mortalidade materna

A RMM é entendida como sendo o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. É estimada a frequência de óbitos em mulheres, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos.

A razão de mortalidade materna é calculada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Nº de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

Este indicador reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Altos índices de mortalidade materna estão associados à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal ainda realizados na Atenção Primária à Saúde, até a assistência ao parto e ao puerpério (LAURENTI *et al.*, 2008, MARTINS COSTA *et al.*, 2009; DIAS *et al.*, 2015).

A RMM é usada para analisar variações populacionais, geográficas e temporais da

mortalidade materna, evidenciando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Os níveis de saúde e desenvolvimento podem ser mensurados, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (MENDES *et al.*, 2013).

As dificuldades relacionadas ao cálculo da RMM guardam relação com a exigência de conhecimento das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, para que sejam classificados corretamente. Subdeclarações de mortes maternas geram imprecisões no registro, o que demanda em todos os países a adoção de um “fator de correção” (LAURENTI *et al.*, 2008).

O fator de correção é a razão entre o número de mortes maternas conhecidas por investigação, e o número informado em atestados de óbitos originais nos quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico. É necessária atenção porque em algumas regiões os dados obtidos diretamente do sistema de informação sobre mortalidade podem já estarem corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva (LAURENTI *et al.*, 2008).

A OPAS em estudo realizado no ano de 2008 mostrou que entre os quarenta países com maior taxa de mortalidade materna a maioria está situada na África subsaariana com uma RMM de 500 mortes por cem mil nascidos vivos. Na América Latina as taxas estimadas foram de 74,3 mortes por cem mil nascidos vivos, sendo que no Brasil foi de 72,3 mortes maternas por cem mil nascidos vivos. Em países como a Colômbia e o Equador estas taxas chegaram a mais de 90 óbitos por cem mil nascidos vivos. Em países desenvolvidos como o Canadá e os Estados Unidos ocorreram, respectivamente, 12 e 21 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos. A OMS classifica os países em quatro grupos de acordo com a RMM: baixo, médio, alto e muito alto (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação da razão de mortalidade materna.

RMM	Valores
<20/100.000 NV	Baixo
20 – 49/100.000 NV	Médio
50 – 149/100.000 NV	Alto
≥ 150/100.000 NV	Muito alto

Fonte: OPAS/OMS, 2002.

Os principais fatores que dificultam a diminuição da RMM no Brasil segundo Martinelli *et al.* (2014) e Brasil (2002) são:

- Falta de estrutura dos serviços de saúde e dificuldade de acesso;

- Profissionais de saúde sem preparo para lidar com situações de risco;
- Qualidade da assistência pré-natal considerada insatisfatória de acordo com o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), e Rede Cegonha;
- Ausência de notificação e sub-registros de casos de mortalidade materna, o que dificulta o estudo das causas e o posterior planejamento de estratégias de prevenção;
- Inoperância ou mesmo inexistência dos Comitês de Mortalidade Materna (CMMs) em muitos estados e municípios.

A assistência pré-natal de qualidade contribui para diminuição de RMM, e pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão a identificar problemas de forma a poder atuar de acordo com as situações encontradas, impedindo assim um resultado desfavorável. A ausência do controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido, aumentando a RMM (BRASIL, 2012; ZUGAIB 2008).

Os fatores de risco podem ser identificados na assistência pré-natal, contribuindo para a redução da RMM, desde que os profissionais de saúde, que compõem a equipe multiprofissional e interdisciplinar, estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e gineco-obstétrico e que podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, quer seja pelo agente comunitário de saúde, pela enfermeira ou médico, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2012).

Deve-se atentar também para uma necessidade maior de ações de Educação em Saúde, como estratégia para redução da RMM, dirigidas aos problemas específicos detectados na assistência às gestantes, e ao trabalho interprofissional. Em muitos casos intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos (BRASIL, 2012).

Nos últimos trinta anos, o Brasil apresentou melhora da atenção ao parto e ao nascimento, em consequência de uma série de esforços e iniciativas do Governo e da Sociedade. Porém a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio para o País. Embora o acesso ao pré-natal seja universal, e o número de consultas seja considerado satisfatório de acordo com a OMS, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória (BRASIL, 2012; MENDES, *et al* 2013).

A morbimortalidade materna e perinatal continua elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível sócioeconômico do país, quando são consideradas as diferenças regionais. A maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são previsíveis, mas para que isso aconteça é necessária uma participação ativa do sistema de saúde, e de toda a equipe que dispensa cuidados à gestante ainda na assistência pré-natal (BRASIL,

2012; MENDES *et al.*, 2013).

### 3.1.2 Epidemiologia da mortalidade materna no Brasil

No período de 2011 a 2015 o número nacional de óbitos maternos registrados foi de 8.276, com média de 1.655 mortes/ano. O maior número de registros foi de 1.739 casos, no ano de 2014, e o menor número foi de 1.583 em 2012 (Tabela 2 e Figura 2).

A RMM em 2011 foi de 55,27, sendo que no ano de 2015 houve diminuição discreta para 54,92 (Tabela 2, e Figura 1).

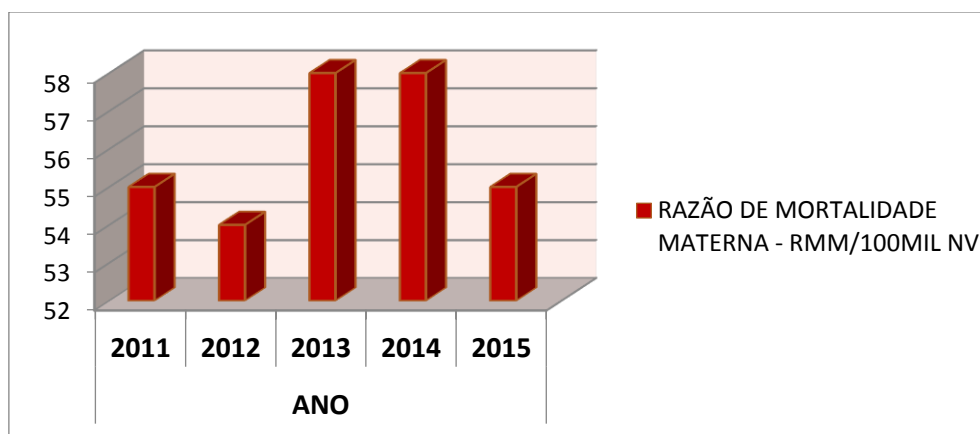
Tabela 2: Nascidos vivos, mortalidade materna e RMM no Brasil no período de 2011 a 2015.

ANO	NASCIDOS VIVOS NV	MORTALIDADE MATERNA – MM	RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA – RMM (MM/100 mil NV)
2011	2.913.160	1.610	55,27
2012	2.905.789	1.583	54,48
2013	2.904.027	1.689	58,16
2014	2.979.259	1.739	58,37
2015	3.013.228	1.655	54,92
<b>TOTAL</b>	<b>14.715.463</b>	<b>8.276</b>	<b>56.24</b>

Fonte: BRASIL: DataSUS.

A RMM no Brasil apresentou-se elevada no período de 2011 a 2015 (Tabela 2, Figura 1), apesar dos investimentos para a saúde pública e materna, mostrando que o país não conseguiu atingir o quinto ODM, que seria a redução da mortalidade materna de 141 óbitos registrados em 1990 para 35 óbitos até o final de 2015 (IPEA, 2014).

Figura 1: Gráfico da RMM no Brasil no período de 2011 a 2015.



Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

Em relatório elaborado por agências das Nações Unidas e o Grupo do Banco Mundial, em novembro de 2015, foram demonstrados progressos globais com diminuição da mortalidade materna em 44%, e que somente nove países alcançaram a meta do ODM, não estando o Brasil incluído nesta lista. Os países são: Butão, Cabo Verde, Camboja, Irã, República Popular Democrática do Laos, Maldivas, Mongólia, Ruanda e Timor-Leste, que reduziram em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. O Brasil não atingiu a meta proposta do ODM, reduzindo sua taxa de mortalidade materna em 43% (WHO, 2015).

De acordo com dados apresentados na tabela 3 a região do país que mais concentrou óbitos declarados no período de 2011 a 2015 foi a região Nordeste, com 2.891 casos.

Rodrigues *et al* (2016), em estudo realizado avaliaram as tendências de mortalidade materna no Brasil entre 1997 e 2012, onde mostraram que na região Nordeste as taxas de mortalidade materna eram elevadas, e que na região Sul ocorreu diminuição das taxas relacionadas à morte materna. Observa-se, porém que houve um aumento da mortalidade materna na região Sul nos anos de 2014 e 2015, quando se considera o ano de 2013 (Tabela 3).

A região Sudeste apresentou 2.843 mortes maternas no período estudado, ficando em segundo lugar no número de registros (Tabela 3). Nesta região estão São Paulo e Minas Gerais, a primeiras e segundas unidades federativas mais populosas, respectivamente (IBGE, 2015).

No período de estudo, de 2011 a 2015, a região Centro Oeste apresentou 656 mortes maternas declaradas, sendo que nos anos de 2013 e 2014 houve a constância de 133 óbitos. Foi a região que apresentou menor número de mortes, seguida pela região Sul, que declarou 801. De acordo com a Tabela 3 a região Centro Oeste apresentou em torno de quatro vezes menos casos que as regiões Nordeste e Sudeste.

Este padrão seguiu a tendência que foi observada por Dias *et al* (2015) em estudo da distribuição de óbitos no ano de 2010, com registros maiores nas regiões Nordeste e Sudeste e menores nas regiões Sul e Centro Oeste, refletindo o grau de desenvolvimento econômico e social de cada região.

Tabela 3: Registro de mortes maternas nas regiões do país no período de 2011 a 2015.

REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
NORTE	196	193	232	253	208	1.082
NORDESTE	587	546	617	594	547	2.891
SUDESTE	540	529	569	610	595	2.843
SUL	168	183	135	149	166	801
CENTRO OESTE	119	132	133	133	139	656
<b>TOTAL</b>	1.610	1.583	1.686	1.739	1.655	8.273

Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

### 3.1.3 Mortalidade materna em Goiás e Jataí

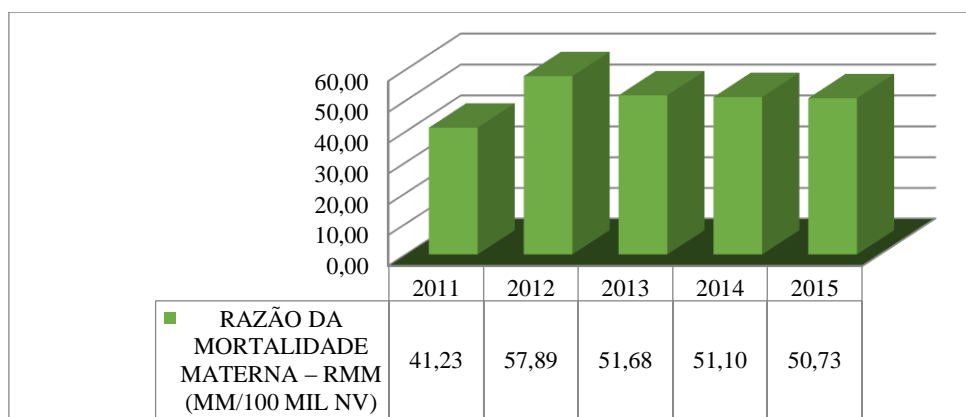
Em Goiás, no período de 2011 a 2015 foram registradas 242 mortes maternas, com uma média de 44,4 casos ao ano. No ano de 2012 houve o maior número de notificações com 54 casos, e o menor número foi em 2011 com 37 casos. (Tabela 4 e Figura 2).

Tabela 4: Nascidos vivos, mortes maternas e RMM em Goiás no período de 2011 a 2015.

ANO	NASCIDOS VIVOS – NV	MORTALIDADE MATERNA – MM	RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA – RMM (MM/100 MIL NV)
2011	89.742	37	41,23
2012	93.274	54	57,89
2013	94.822	49	51,68
2014	99.798	51	51,10
2015	100.524	51	50,73
TOTAL	478.160	242	50,61

Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

Figura 2: Gráfico da razão da mortalidade materna em Goiás no período de 2011 a 2015.



Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

Localizado no Sudoeste Goiano, e local da pesquisa realizada, o município de Jataí registrou sete mortes maternas no período de 2011 a 2015 (Tabela 5), sendo que nos anos de 2013, 2014 e 2015 foram registrados dois casos em cada ano, e que em 2012 não houve registro de óbito materno, o que pode ser atribuído aos sub-registros, visto que quando foi realizada a busca de dados no sistema de informação em saúde referentes a esse mesmo ano os mesmos apareceram zerados.

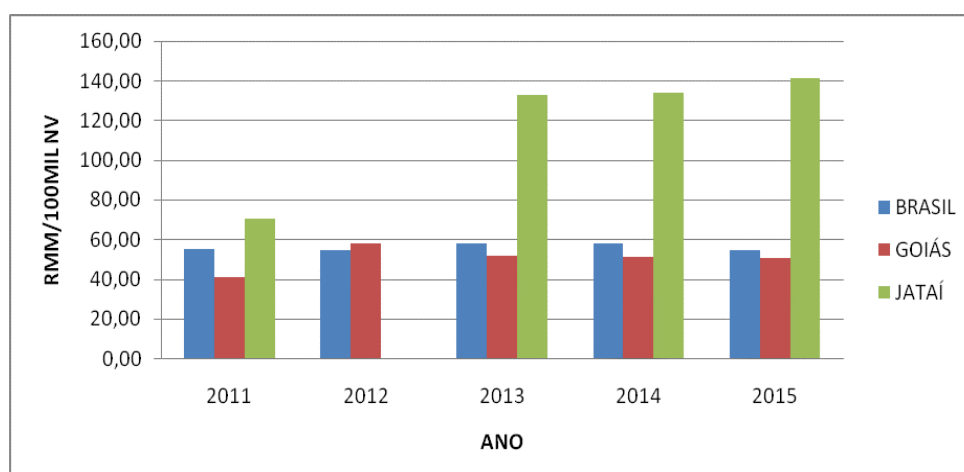
Tabela 5: Nascidos vivos, mortes maternas e RMM no município de Jataí de 2011 a 2015.

ANO	NASCIDOS VIVOS – NV	MORTALIDADE MATERNA – MM	RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA – RMM MM/100 MIL NV
2011	1.413	1	70,77
2012	1.316	0	0,00
2013	1.503	2	133,07
2014	1.495	2	133,78
2015	1.413	2	141,54
<b>TOTAL</b>	<b>7.140</b>	<b>7</b>	<b>98,04</b>

Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

A Razão da Mortalidade Materna no município de Jataí apresentou-se elevada quando comparada com a RMM no Brasil e Goiás, nos anos de 2011, 2013, 2014 e 2015, além do aumento de 133,07 em 2013, para 141,54 em 2015. No ano de 2012 não foi registrado nenhum óbito materno (Figura 3).

Figura 3: Gráfico comparativo da RMM no Brasil, Goiás e Jataí, 2011-2015.



Fonte: Brasil DataSUS, 2015.

Na figura 3 observamos que a razão da mortalidade materna no município Jataí foi mais que o dobro em comparação com o nível nacional e do estado de Goiás, estando muito além do desejado de acordo com a Organização Mundial de Saúde, e igual ao registrado no Brasil em 1990 (141 mortes por 100.000 nascidos vivos), na ocasião em que foram traçados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, 2014).

Frente aos dados epidemiológicos que mostraram uma elevada RMM no Brasil, Goiás e no município de Jataí no período DE 2011 A 2015, estratégias devem ser tomadas para que haja redução deste coeficiente. Ações de educação em saúde que visam a problematização, por meio da Educação Permanente em Saúde, é uma ferramenta capaz de melhorar a assistência

pré-natal, qualificando os profissionais envolvidos no cuidado à gravidez, parto e pós-parto, reduzindo a RMM (MENDES *et al.*, 2013).

Jowett (2000) afirmou que a mortalidade materna pode ser evitada em 26% dos casos através de um controle de pré-natal qualificado. O Trabalho Interprofissional (TIP), APS tendo como base uma Educação Interprofissional (EIP), através de uma política de Educação Permanente em Saúde pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, contribuindo assim para a redução da mortalidade materna.

### 3.2 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE (EIP)

Em todo o mundo a EIP em saúde tem sido um tema bastante discutido no campo da saúde, principalmente nos Estados Unidos e Europa, sendo considerada um instrumento útil nas práticas de saúde, por meio de práticas colaborativas. A prática colaborativa é caracterizada quando trabalhadores de diferentes profissões de saúde e com distintas formações profissionais, que receberam treinamento em EIP em saúde, estão habilitados para atuar em equipes interprofissionais desenvolvendo atividades conjuntas, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes das equipes, gerenciar casos e produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (WHO, 2010; ELLERY *et al.*, 2013).

No Brasil há três tipos de formação profissional: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional. A uniprofissional é aquela que ocorre entre estudantes de uma mesma profissão. Na multiprofissional há estudantes de duas ou mais profissões, porém não há interação entre elas. Na formação interprofissional há aprendizagem compartilhada, com interação de estudantes e/ou profissionais de áreas diferentes, promovendo o trabalho em equipe, com olhar direcionado nas necessidades de saúde de usuários, e na qualidade do cuidado à saúde. A EIP deve ocorrer integrada à Prática Interprofissional (PIP), que se insere na organização dos serviços, integrando as ações de saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Em trabalho realizado por Maia *et al* (2013) foi analisada a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, visando a construção de ações interdisciplinares na busca de diferentes formas de assistência de saúde no nível primário. Nas considerações finais os autores mostram que na formação interdisciplinar os profissionais estão “interligados” para que o objetivo principal das práticas de saúde integral do indivíduo seja alcançado. A experiência trouxe aos residentes a possibilidade de trocas de saberes em atividades planejadas em equipe, promovendo a interdisciplinaridade, a integralidade e humanização na assistência à saúde.



Peduzzi *et al* (2013) afirma que a EIP contribui para formação de profissionais de saúde preparados para atuar em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e fragmentação.

No Brasil, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) têm sido praticados como cenários mobilizadores para a adoção de EIP. O PROPET vem inspirando diferentes formas de interação e comunicação entre os cursos envolvidos, e seus atores. A política favorece a prática de um trabalho compartilhado nas equipes de saúde, acontecendo nos cenários reais de vida e saúde das pessoas, enfrentando pontos frágeis da formação em saúde: articulação ensino/serviço e a qualificação para o trabalho em equipe (FILLIP *et al*, 2006).

Os princípios da EIP se aplicam ainda na graduação das diferentes profissões da saúde e também para a *Educação Permanente* dos profissionais que compõem a equipe de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2013; FILLIP *et al.*, 2006).

A Constituição Federal de 1988 no artigo 200, inciso III, delibera ao SUS a função de ordenar a formação profissional na área de saúde. O Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias e políticas, tais como a Política de Educação Permanente em Saúde, voltadas para a formação de recursos humanos na área de saúde, com um olhar voltado às necessidades da população. Todo o processo de Educação Permanente necessita elaboração, desenho e execução a partir do estudo da cultura institucional nos serviços de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

### 3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

No início dos anos 80 a Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de dar novos conceitos e reorientar os processos de formação dos trabalhadores dos serviços de saúde lança a proposta da EPS, onde o aprender e o ensinar acontecem no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo contínuo, participativo e multiprofissional (HADDAD *et al*, 1994).

A EPS é entendida como a aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformações das práticas profissionais, acontecendo no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela acontece a partir dos problemas enfrentados na realidade e considera os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm

(TRONCHIN *et al*, 2009, BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é coordenada pelo Ministério de Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), e foi criada por meio da portaria GM/MS nº 198, em 13 de fevereiro de 2004, que destacou a reafirmação dos princípios da EPS como norteadores para a construção dos planos regionais e das ações educativas na saúde, considerando os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Em vinte de agosto de 2007, após pesquisa de avaliação e acompanhamento da PNEPS, o Ministério de Saúde através da Portaria nº 1.996, reafirma os princípios da EPS como norteadores para a construção dos planos regionais de EPS e das ações de educativas em saúde (BRASIL, 2009).

A PNEPS fortalece a responsabilidade compartilhada e a gestão participativa, ampliando os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções em equipe para os problemas que dificultam a atenção integral e de qualidade. Há o incentivo à formação de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir das prioridades identificadas pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde (SARRETA, 2009; BRASIL, 2009).

A EPS estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS (integralidade da atenção, humanização do cuidado, reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários do serviço de saúde). Dúvidas e confusões ainda persistem entre os profissionais de saúde ao se tentar colocar em práticas ações de EPS, mesmo após vários anos da implementação da PNEPS. Quando se faz referência à EPS há uma confusão com EC, sendo que muitos entendem que apenas houve substituição dos termos ao se implementar a PNEPS. É importante que os significados sejam conhecidos diante dos objetivos almejados, e que os termos EPS e EC não são antagônicos (SARRETA, 2009).

A EC é considerada um processo permanente de educação, que tem como meta a atualização e capacitação dos indivíduos e grupos, diante das transformações técnicas-científicas, dando complemento a formação básica dos profissionais. A atualização fica sob a responsabilidade do profissional, visando seu aprimoramento individual, não havendo um olhar para a coletividade. É, portanto, um processo desvinculado da instituição e da coletividade, sendo realizada de modo esporádico, com apropriação do saber científico pelo indivíduo, sendo que a responsabilidade deste aperfeiçoamento é atribuída ao profissional (GIRADE *et al*, 2006).

A OMS conceitua a EC como um processo que inclui as experiências posteriores ao

aprendizado inicial, que ajudam o indivíduo a aprender competências importantes para o seu trabalho, sendo que também englobaria as atividades de educação após a graduação, com finalidades de atualização, aquisição de novos conhecimentos, com atividades de duração determinada e por meio de metodologias tradicionais (MASSAROLI *et al.*, 2005).

Na EC não há um espaço de crítica e reflexão sobre a necessidade de cuidado dos usuários, mas sim uma reprodução de abordagens já conhecidas pela racionalidade instrumental. A parte técnica do trabalho é enfatizada nos processos educativos, estando centrada na atuação de cada categoria profissional isoladamente, não considerando o trabalho em equipe, havendo, portanto, uma fragmentação do cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Mancia *et al.* (2004) apresenta um resumo sobre EC e EPS, definindo estas duas terminologias a partir de alguns aspectos chaves, conforme mostra o quadro 1, ficando clara que a proposta principal da EPS são os processos educativos que devem ser direcionados à organização dos serviços partindo de seu estudo e da solução dos problemas identificados, enquanto que a educação continuada visa questões pontuais com direcionamento ao interesse do indivíduo.

Quadro 1: Educação permanente e educação continuada.

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidade	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia de transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudanças

Fonte: Mancia *et al.*, (2004).

A educação permanente faz propostas de mudanças nas concepções e práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços (BRASIL, 2009):

- O ensino-aprendizagem é inserido ao cotidiano e às práticas sociais e laborais, no cenário em que acontece;

- A prática é a fonte do conhecimento, e a problematização é a estratégia educativa;
- O trabalho em equipe interdisciplinar deve ser priorizado;
- Cenários de aprendizagem, que estejam além das salas de aulas e dos muros das unidades de saúde;
- A aprendizagem passa a ter significado, quando o que é aprendido é levado para o cotidiano dos trabalhadores;
- A educação continuada consiste na transmissão de conhecimentos com o intuito de atualizar novos saberes, informações e tecnologias, onde as pessoas são reunidas em uma sala de aula fora do ambiente do trabalho, diante de especialistas que transmitem conhecimentos; diferente da educação permanente que é aquela que além de dar significado ao aprendizado acontece no local de trabalho.

A EPS com suas características próprias se torna uma ferramenta importante para a formação de profissionais para o SUS, o que exige atitudes novas com relação às formas de intervenção no processo saúde-doença-cuidado (FUNESA, 2011).

O conceito de educação permanente foi ampliado e uma nova nomenclatura passa a chamar este processo de educação em saúde como EPS, justificando o uso desta terminologia pelo fato que este processo passou a ser uma política pública destinada ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, onde a formação em recursos humanos deve se adequar às constantes mudanças ocorridas. Surge então a aprendizagem significativa, que prevê que o conhecimento deve ser construído, considerando o novo e o que já está consolidado (MASSAROLI *et al*, 2005).

A EPS aprimora o método educacional em saúde, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço e alcançar a equidade no cuidado no local do trabalho. Desta maneira, a EPS parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para a partir daí formular as estratégias que ajudem a solucionar os problemas; sendo portanto estruturada a partir da problematização, onde a atualização técnico-científica é considerada um dos aspectos da transformação das práticas, porém não sendo o foco central (MASSAROLI *et al*, 2005).

As metodologias ativas sinalizam que o sujeito implicado no processo ensino-aprendizagem tenha maior autonomia em seu processo construtivo. Estas metodologias ativas têm sido um dos pilares da EPS, já que a proposta da política é transformadora, buscando mudanças no processo de trabalho para o trabalho. Entre as metodologias ativas, por se tratar de ações que partirão de problemas reais, a PNEPS aponta para a problematização como proposta de trabalho (BRASIL, 2009; FARIAS, *et al* 2015).

A problematização é o passo inicial que desencadeia uma ação educativa alicerçada pela EPS, sendo o instrumento pedagógico que busca os problemas que surgem no ambiente de trabalho. Os problemas podem vir do usuário, da equipe ou mesmo da gestão, gerando desconforto e dúvidas, que culminarão com a necessidade de ser organizado o trabalho para resolvê-los. O problema deve ser investigado e ter uma sustentabilidade necessária para que a intervenção proposta seja efetiva (MAIA *et al*, 2015).

Para investigar os problemas, a EPS utiliza a proposta do Arco de Maguerez, descrito por Bebel (1998) em cinco etapas, e que de maneira resumida elas acontecem da seguinte forma:

- Primeira etapa: observação da realidade tendo como ponto de partida um tema ou unidade de estudo;
- Segunda etapa: é a reflexão sobre as prováveis causas da existência do problema em análise;
- Terceira etapa: é a da teorização, onde os profissionais buscam informações necessárias à solução do problema;
- Quarta etapa: onde se busca criar possíveis soluções para o problema levantado;
- Quinta etapa: as soluções serão aplicadas à prática do trabalho, buscando mudanças na estrutura e melhoria na qualidade de atenção. É a aplicação à realidade.

Para melhor ilustrar, a figura abaixo exemplifica como este processo acontece na prática:

Figura 4: Arco de Maguerez.



Fonte: Melo; Queluci; Gouvêa (2014, p. 4).

Identificados os problemas, o passo seguinte é averiguar se através de uma ação de educação se pode mudar a realidade, ou seja, um programa de EPS. Por último seria buscar na equipe de saúde o maior número possível de diferentes atores, dando um caráter multiprofissional na solução do problema, e para que a tomada de decisões seja interprofissional, tendo significado para quem dela participar. A EPS pode ser uma ferramenta para a resolução de problemas cotidianos tornando-se um instrumento estratégico de gestão dentro de uma unidade de saúde (MAIA *et al*, 2015).

É comum que um município classifique suas atividades como EPS, porém estas se aproximam mais de uma educação continuada e educação em saúde, ou seja, atividades que se direcionam mais à promoção de saúde e prevenção das doenças. Há pouca participação da equipe multiprofissional, e as metodologias tradicionais são utilizadas com maior frequência (MAIA *et al*, 2015).

A mortalidade materna no município de Jataí, local da pesquisa, encontra-se elevada, sendo um importante problema de saúde pública, merecendo atenção especial de todos aqueles que prestam cuidado à mulher grávida.

Em trabalho realizado por Alberto (2017) que trata da importância da educação permanente na qualificação pré-natal, nas considerações finais foi afirmado que ações de educação permanente dos profissionais que atuam no pré-natal qualificam e edificam a assistência prestada, havendo também o fortalecimento das relações interdisciplinares.

## 4 OBJETIVOS

---

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as práticas e os saberes dos profissionais da área de saúde na Atenção Primária à Saúde no cuidado à gestante, para a elaboração de uma proposta de um programa de Educação Permanente em Saúde como estratégia para redução da mortalidade materna no município de Jataí, Goiás.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o panorama da mortalidade materna no município de Jataí no período de 2011 a 2015;
- Identificar as práticas e saberes que integram o campo comum da atuação no cuidado ao pré-natal da equipe de Estratégia de Saúde da Família;
- Compreender a percepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde em relação ao Trabalho em equipe, Educação Interprofissional, e Educação Permanente em Saúde;
- Elaborar a proposta de um programa de Educação Permanente em Saúde para redução de mortalidade materna no município em estudo, como produto técnico do trabalho desenvolvido.

## 5 METODOLOGIA

---

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no contexto da abordagem qualitativa exploratória. Optou-se por este método em concordância com Minayo (2014), em que as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos.

Em pesquisas exploratórias novos caminhos e espaços são explorados, onde há como objetivo familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido ou mesmo desconhecido, e no final da pesquisa haverá um conhecimento maior sobre o assunto e hipóteses poderão ser geradas (MINAYO, 2014).

Em pesquisas qualitativas o investigador levanta opiniões, significados, crenças e atitudes dos participantes, tornando possível a compreensão de determinada realidade através da visão do outro (VIEIRA, 2009).

A coleta dos dados referente aos saberes dos profissionais sobre trabalho interprofissional, educação interprofissional, educação continuada e educação permanente envolvendo o conhecimento e a prática na assistência pré-natal foi realizada por meio da técnica de investigação qualitativa, o grupo focal.

Foi realizado também um levantamento sobre mortalidade materna no Brasil nos últimos cinco anos (2011 a 2015) para delinear a situação de mortalidade materna no país e no município de Jataí. Os dados secundários referentes à mortalidade materna foram extraídos de informações do Ministério de Saúde (SIM, Sistema de Informação de Mortalidade).

### 5.2 POPULAÇÃO, E LOCAL DO ESTUDO

Em aspectos geográficos Jataí está localizada na Mesorregião do Sul Goiano, e ocupava uma extensão territorial de 7.174.220 quilômetros quadrados em 2016. A população estimada para o ano de 2016 foi de 97.077 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), e com uma densidade demográfica de 13,53 hb/m<sup>2</sup>.

Jataí é a sede da Regional de Saúde II, estando jurisdicionados à unidade dez municípios com uma população total de 215.282 habitantes. São eles: Aporé, Caiapônia,



Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis e Santa Rita do Araguaia.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município Jataí dispõe de quinze unidades de saúde e cinco centros especializados: O Centro de Realibitação, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Hemocentro Regional, a Policlínica Municipal, e o SAE/CTA (Serviço de Assistência especializado para pacientes portadores de HIV-AIDS/ Centro de Testagem e Aconselhamento (SMS – Jataí).

Nossa população de estudo foi constituída por profissionais da área de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do município de Jataí. A referida unidade tem três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e conta com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Na UBS em estudo os profissionais atuantes, no período da pesquisa eram dez agentes comunitários de saúde, um médico ginecologista e obstetra, três médicos clínicos geral, um médico pediatra, quatro enfermeiras, quatro cirurgiões-dentistas, quatro técnicos de enfermagem, um farmacêutico; contando ainda com o apoio matricial do NASF (uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga). Estas informações foram repassadas à pesquisadora pela coordenadora da UBS.

A escolha da UBS guardou relação com o fato da pesquisadora atuar no local como docente da Universidade Federal de Goiás, Regional de Jataí, e considerando que o Mestrado Profissional está voltado para a capacitação dos profissionais, articulando o conhecimento com o campo de atuação profissional.

Os dados secundários referentes à mortalidade materna no Brasil, Sudoeste Goiano e Município de Jataí foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que foi desenvolvido pelo Ministério de Saúde em 1975.

#### *Crêterios de inclusão*

No grupo focal foram incluídos profissionais da área de saúde atuantes na APS da cidade de Jataí, sendo sete da ESF, tr s do NASF, e uma recepcionista (julgamos importante a participa o desta categoria de trabalhador porque o acolhimento inicial do paciente na unidade de saúde é realizado pela recepcionista).

A característica comum existente entre os trabalhadores é o fato de prestarem assistência a mulher grávida e sua família, e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando disponíveis nas datas

propostas no cronograma de trabalhos do grupo focal.

### *Crêterios de exclusão*

Foram excluídos do estudo os profissionais da UBS que estavam afastados de suas atividades no período da coleta de dados por licena maternidade, férias, curso de p s-graduao, interesses particulares ou   disposio para outros  rgoos.

## 5.3 COLETA DE DADOS

### **5.3.1 O grupo focal**

O grupo focal como técnico em pesquisa qualitativa amplia o olhar do pesquisador propiciando maior riqueza de informaoes, conduzindo ao encontro de diferentes percepoes acerca das práticas de Educao em Saúde que traz consigo ansiedade e dúvidas, é considerado um método simples e rápido que ultrapassa a perspectiva individual e chega   uma perspectiva do grupo (CARLINI-COTRIM, 1996).

Morgan (1998), define o grupo focal como uma técnica de pesquisa qualitativa derivada de entrevistas em grupo, onde informaoes são coletadas por meio das interaoes dos participantes, proporcionando a compreensão de percepoes, crenas e atitudes sobre um tema, produto ou servios.

Para Kitzinger (2000) o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicao e interao. Seu principal objetivo é reunir informaoes detalhadas sobre um determinado tema proposto por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo, a partir de um grupo de participantes selecionados.

A modalidade escolhida na pesquisa realizada foi o grupo focal exploratório, que esteve centrado na produo de conteúdo, estando a orientao teórica voltada para a gerao de hipóteses, desenvolvimento de modelos e teorias, enquanto que a prática busca a produo de novas ideias, o reconhecimento de necessidades e expectativas (GONDIM, 2003).

No grupo focal os participantes são sujeitos ativos da pesquisa havendo um novo olhar das posturas profissionais e aproximao entre a pesquisa e os cenários de prática, com ampla mobilizao sobre um tema ou foco específico, tendo sido utilizado como técnica de coleta de dados de Educao em Saúde (MORGAN, 1998).

Essa técnica consiste de pequenos grupos que participam de uma entrevista com um

tópico específico entre trinta minutos e duas horas, na qual o entrevistador deverá estimular os participantes da entrevista para obter suas respostas (FLICK, 2009), e que segundo Pelicioni, (2001), a técnica do grupo focal pode ser utilizada em Saúde Pública com os seguintes propósitos:

- Gerar hipóteses sobre um assunto a partir das concepções dos participantes;
- Avaliar a realidade de um serviço;
- Fornecer um quadro inicial para estudo de algo até então não explorado por meio de pesquisas;
- Servir como diagnóstico preliminar ou mesmo como pesquisa exploratória;
- Obter a interpretação de um grupo sobre resultados quantitativos previamente obtidos;
- Gerar dados para pesquisas quantitativas.

No grupo focal há o entendimento de como são constituídas e definidas as percepções, conceitos e atitudes em torno de um fato, produto ou serviço. O princípio do grupo focal está centrado na interação entre os participantes e o pesquisador, que busca dados a partir de uma discussão focada em temas específicos, daí ser chamado de Grupo Focal (GATTI, 2005).

#### *A preparação do grupo focal*

*Recursos:* O espaço deve ser preferencialmente em local neutro e de fácil acesso, confortável, protegido de ruídos e interrupções externas. Os participantes devem estar em torno de uma mesa, ou dispostos em cadeiras em forma circular. O uso de gravadores é indispensável, e a presença de microfones é útil, o que potencializará a qualidade do áudio no momento da transcrição. Câmaras e notebooks também podem ser usados, o que está condicionado à expressa permissão dos participantes do grupo. Recomenda-se a disponibilização de água, café e um lanche ligeiro para os participantes (TRAD, 2009).

#### *Número de participantes*

*Seleção dos participantes:* Os participantes devem ser capazes de opinar diante das temáticas abordadas na pesquisa, e terem certas características em comum que estão associadas ao tema que estará sendo pesquisado. Coordenações locais de saúde e profissionais que integram a equipe poderão ser solicitadas para o processo de escolha dos possíveis participantes

(TRAD, 2009).

A coleta de dados através do grupo focal tem como riqueza basear-se na tendência humana de formação de atitudes e opiniões na interação com outros indivíduos, onde as pessoas necessitam ouvir as opiniões das outras antes de formular as suas próprias, e com frequência mudam de ideia, ou fundamentam melhor sua posição inicial, perante a discussão em grupo (PELICIONI, 2001).

*Moderador:* O moderador sendo o pesquisador deve conhecer os objetivos da pesquisa para que possa conduzir o grupo de maneira adequada. Ele deverá ter sensibilidade e bom senso para conduzir o grupo mantendo o foco sobre os interesses do estudo, deixando os participantes se manifestarem espontaneamente (TRAD, 2009).

O moderador deve criar um ambiente ideal para que percepções e pontos de vista venham à tona com naturalidade, intervindo de maneira discreta e firme, para que o grupo aborde os tópicos de interesse do estudo de maneira mais diretiva possível. O moderador deve contar com a colaboração de um ou dois colaboradores que anotarão os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa e auxiliarão na observação da comunicação não verbal (PELICIONI, 2001).

### **5.3.2 Aspectos técnicos da coleta de dados**

#### *Os contatos prévios à realização do grupo focal*

Os participantes foram orientados sobre a pesquisa e pesquisadores inicialmente pela coordenação da UBS. Os nomes e telefones dos trabalhadores foram repassados à pesquisadora pela coordenadora da unidade. Pelo fato de alguns trabalhadores exercerem suas atividades fora da unidade de saúde não foram utilizados os telefones fixos.

O convite foi realizado por meio de ligação em telefone celular de cada um dos participantes, em horário comercial, com três semanas de antecedência da data prevista para a realização do grupo focal. Neste primeiro contato a pesquisadora identificou-se informando o nome, a formação profissional e a que programa de pós-graduação estava vinculada, assim como os nomes da orientadora e co-orientadora. Apenas um dos convidados não aceitou o convite, sendo que os demais manifestaram muito interesse na participação da pesquisa.

Em seguida foram dadas informações sobre o projeto de pesquisa, tais como título, objetivos, metodologia, aspectos éticos, e posteriormente convidava o trabalhador para participar. Com a aceitação do convite a pesquisadora orientava sobre o dia, horário e local da

realização da coleta de dados, confirmando os dados de contato do participante como e-mail para comunicações futuras.

A semana que antecedeu a realização do grupo focal a pesquisadora, a co-orientadora e o observador entraram em contato novamente com os participantes lembrando o compromisso assumido, através de ligações por telefone celular, agradecendo a disposição em participar da pesquisa. Neste momento foram lembrados o local, horário e data da realização do grupo focal.

#### *Ambiente para realização do grupo focal*

A sala dos professores do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás Regional de Jataí, campus Riachuelo é de boa iluminação, arejada e confortável. Possui uma mesa oval grande, cadeiras confortáveis e ar condicionado. O ambiente escolhido permitiu a interação entre os participantes e ofereceu o conforto necessário.

Figura 5: Foto da sala dos professores do curso de medicina, UFG, Regional Jataí.



Fonte: Silva (2016).

#### *Horários e datas para a realização do grupo focal*

O dia selecionado para a realização do grupo focal foi de acordo com a disponibilidade dos participantes e colaboradores, e de agendamento da sala de reuniões.

O horário para a realização do grupo foi escolhido levando em consideração o horário de trabalho dos participantes, estratégia esta que facilitou a participação máxima dos profissionais.

O grupo focal aconteceu no dia 17 de outubro de 2016 das treze e trinta horas às quinze

horas e dez minutos, na sala dos professores do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, Regional de Jataí, campus Riachuelo. Estiveram presentes durante a realização do grupo focal: um moderador (pesquisadora), um primeiro observador (co-orientadora), onze profissionais da UBS em estudo (participantes da pesquisa), e um segundo observador (estudante de medicina da UFG, regional de Jataí).

#### *Equipe para a realização do grupo focal*

Para a realização do grupo focal participaram a pesquisadora, a co-orientadora e o segundo observador. A função deste último componente da equipe foi fazer anotações verbais e não verbais dos participantes e manuseio dos gravadores, e que segundo Trad *et al* (2009), a presença de um segundo observador é oportuna na realização de grupos focais.

As questões a serem discutidas pelos participantes devem ser propostas pelo moderador, que não deve impor seus pensamentos. Seu papel é estimular os participantes à livre expressão de seus sentimentos, pareceres e opiniões, deixando-os à vontade para que se comuniquem de maneira espontânea (VIEIRA *et al*, 2009).

A tarefa de condução do grupo focal como técnica de investigação em pesquisas qualitativas exige do moderador habilidades específicas no manejo de discussões em grupo. (TRAD *et al*, 2009).

#### *A realização da coleta de dados*

No dia da realização do grupo focal a pesquisadora, a co-orientadora e o primeiro observador chegaram ao local uma hora antes do horário previsto se encarregando da organização e recepção dos participantes. Todos os convidados compareceram até as treze e trinta horas, horário previamente combinado.

Entre os profissionais da UBS em estudo que participaram do grupo focal tivemos sete da ESF (dois médicos, duas enfermeiras, uma cirurgiã-dentista, uma agente comunitária de saúde, uma técnica de enfermagem), três do NASF (uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga), e uma recepcionista. A duração do encontro foi em torno de uma hora e quarenta minutos, sendo utilizados três gravadores para o registro das falas.

Figura 6: Painel norteador do grupo focal.



Fonte: Silva (2016); CAMPOS (2012, p. 01).

Na Figura 6 são observadas palavras que estavam contidas no roteiro do grupo focal, e assim que os participantes foram chegando todos se aproximaram, observaram, sentindo-se acolhidos com a presença de seus nomes, e ficando atentos às palavras expressas (o mesmo ficou durante todo o tempo projetado em uma televisão na sala de reuniões).

Assim que chegavam era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que era lido e assinado por cada um dos participantes, sendo disponibilizado tempo para perguntas e esclarecimentos. Foi recolhida uma via do TCLE que expressava o consentimento dos participantes em fazerem parte da pesquisa, e outra via ficou com o pesquisador.

A gravação do áudio ocorreu após a assinatura do TCLE, e quando todos os participantes se encontravam acomodados em torno da mesa. Após a realização do grupo focal a pesquisadora agradeceu a cada um dos participantes dizendo o quanto fora importante a contribuição dos mesmos na realização da pesquisa.

Para as discussões foi elaborado um roteiro com temas que serviram para nortear a condução do grupo focal, concordante com Gatti (2005) que leva em consideração a flexibilidade deste roteiro, uma vez que os participantes podem não se mostrar motivados com alguns tópicos e que outros assuntos podem surgir durante a discussão por serem de interesse dos participantes e ao tema da pesquisa.

O roteiro utilizado abrangeu os temas Educação Permanente em Saúde, educação permanente como estratégia para redução da mortalidade materna, e práticas em saúde na atenção à mulher grávida, com a seguinte sequência:

### *Educação Permanente em Saúde:*

- A existência no local de trabalho de um programa de educação permanente e se o mesmo é atuante;
- Se são desenvolvidas atividades de educação permanente em saúde no local de trabalho;
- O que se sabe a respeito de educação permanente e educação continuada;
- Como é vista a educação permanente como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS;
- O que pode ser feito para que se estabeleça uma prática de educação permanente na equipe de trabalho;
- O conhecimento da proposta do Ministério de Saúde formalizada em 2004 sobre a adoção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### *Educação Permanente em Saúde para redução da mortalidade materna:*

- Como é vista a proposta da implementação de um programa de educação permanente em saúde como estratégia para a redução da mortalidade materna no município de Jataí;
- Quais seriam as contribuições da educação permanente em saúde para o crescimento pessoal e profissional de cada um dos participantes, em se considerando a assistência à gravidez;
- O papel dos participantes do grupo na assistência primária à saúde em relação à mulher grávida;
- Qual seria o objetivo principal da educação permanente nas práticas de cuidado à saúde das gestantes;
- O que os participantes sabem sobre a razão da mortalidade materna no país e no município de Jataí;
- O trabalho multiprofissional e interprofissional na assistência à gravidez no local do estudo.



### *Práticas em saúde na atenção à saúde da gestante*

- A reação dos participantes da pesquisa quando se deparam com uma mulher grávida com sinais diferentes tais como edema e dor de cabeça;
- A opinião dos participantes do que poderia ser feito para a redução da mortalidade materna ainda na assistência primária à saúde.

### *Registro do grupo focal*

Segundo Gatti (2005), o formato de áudio é melhor maneira para que se faça a gravação do grupo focal.

Na realização do grupo focal foram utilizados três gravadores. Os mesmos foram distribuídos em torno da mesa para poder captar as falas de todos os participantes. Não foram utilizadas câmaras de vídeo. Não havia microfones disponíveis para o uso durante a realização do grupo focal, o que não trouxe prejuízo à qualidade do som. Foi realizado o registro digital, pelo segundo observador, das falas e também das manifestações não verbais dos participantes da pesquisa.

A transferência do registro do áudio para a escrita foi realizada na íntegra pela pesquisadora, com colaboração de um dos observadores do grupo focal.

## 5.4 ANÁLISE DE DADOS

### **5.4.1 A análise de conteúdo**

A análise de Conteúdo Temática proposta inicialmente por Bardin (1979) e revisitada por Minayo (2014) foi a técnica escolhida para a compreensão dos significados dos dados coletados em nossa pesquisa.

Após a transcrição dos dados obtidos no grupo focal todo o texto foi exaustivamente lido, o mesmo acontecendo com o que foi digitado pelo segundo observador (estudante de medicina da UFG, regional de Jataí).

Nesta fase inicial de pré-análise o texto foi recortado em segmentos que continham expressões significativas, que constituíram as unidades de registro, o que deu origem às categorias. As categorias emergiram da análise das frases que continham ideias comuns a um determinado tema.

Minayo (2014) diz que a categorização é o processo onde o texto é reduzido à palavras e expressões significativas, sendo considerada uma etapa delicada, onde uma abordagem rica e densa pode não ser alcançada logo no início da investigação. Na análise temática inicialmente o texto é recortado em unidades de registro, que podem ser frases, palavras, temas considerados relevantes na pré-análise. Após esta fase o pesquisador opta pelas regras de contagem, que podem ser por meio de codificações e índices quantitativos.

A análise de conteúdo temática é uma variação da análise de conteúdo, onde o conceito central é o tema, definido como sendo a “unidade de significação que flui naturalmente de um texto analisado de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1979).

Durante a análise do *corpus constituente* de nossa pesquisa percebemos que estas “unidades de significação” foram emergindo espontaneamente dos textos.

O tratamento e interpretação dos resultados obtidos consiste na última etapa, onde as informações obtidas são colocadas em evidência. O analista, a partir daí propõe as inferências, realiza as interpretações que podem guardar relação com as propostas iniciais ou indicar novas possibilidades teóricas e interpretativas a partir do material encontrado (MINAYO, 2014).

Na identificação das falas foi utilizada a letra P, seguida de algarismo arábico, de acordo com cada um dos profissionais, condizente com a importância dos diferentes olhares de cada profissão no trabalho em equipe interprofissional. Não foi realizada a identificação da categoria do profissional, sendo preservada a identidade nominal.

Em pesquisas qualitativas a opção de método e técnicas para a análise de dados proporciona um diferente olhar sobre os dados coletados, tal fato se deve a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística (CAMPOS, 2004).

A análise de conteúdo como método para a análise de dados do grupo focal busca compreender os participantes do grupo em determinado momento, levando em consideração suas significações ou conteúdo. A análise de conteúdo busca o conhecimento do que está além das palavras, na de outras realidades através das mensagens (BARDIN, 1979; BARDIN 2016).

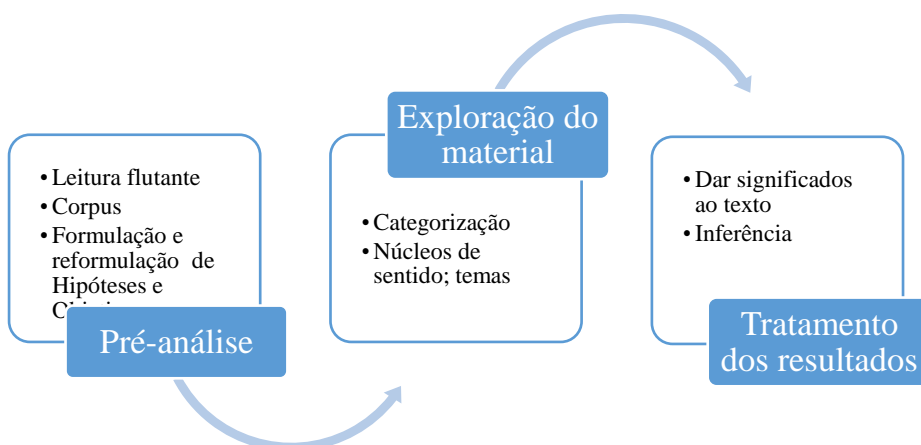
Segundo Bardin (2016), o objetivo da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens colocando em evidência os indicadores que permitam inferir sobre uma realidade diferente da mensagem, na tentativa de compreender o sentido da comunicação, desviando o olhar para um outro significado, uma outra mensagem vista através ou ao lado mensagem inicial, realçando o sentido que se encontra em um segundo plano; e define como sendo análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Esta abordagem levará a deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto).

Os conteúdos latentes trazem significados que organizam e estruturam o modo de vida e trabalho, e que poderão ser categorizados por meio da análise de conteúdo. A análise de conteúdo temática, segundo Minayo (2014), é a forma que melhor atende a investigação qualitativa referente à saúde, e operacionalmente se desdobra em três etapas, como exposto na figura:

- I. Pré-análise.
- II. Exploração do material.
- III. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Figura 7: Figura da análise do material de pesquisa.



Fonte: Silva, 2017.

### I – Pré-análise

É o momento da organização que procura a sistematização das ideias iniciais de maneira a levar a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. Corresponde a um período de intuições, com retomada nas hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando indicadores que orientarão no entendimento do material e na interpretação final. Os objetivos iniciais da pesquisa são retomados frente ao material (MINAYO 2014; BARDIN 2016), sendo dividida em três etapas:

*Leitura flutuante*: que se constitui em um contato abrangente e exaustivo com o material, tomando conhecimento de seu conteúdo. Neste instante o pesquisador entra em contato direto com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A interação entre as hipóteses iniciais e as que surgiram, e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura sugestiva e capaz de ultrapassar as grandes dificuldades iniciais (MINAYO, 2014).

O termo flutuante segundo Bardin (2016), faz comparação com a atitude do psicanalista, quando a leitura vai-se tornando precisa, em função das hipóteses e teorias que sustentam o material.

*A Constituição do corpus*: Segundo Bardin (2016) é o conjunto dos documentos para serem submetidos aos procedimentos de análise.

O material é organizado de maneira que contenha normas de validade ou regras: a pertinência, a homogeneidade, a representatividade, e a exaustividade, onde todos os aspectos do roteiro precisam ser considerados esgotando-se a totalidade do texto (MINAYO, 2014).

*Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos*: A etapa exploratória é retomada, com exaustiva leitura do material e das indagações iniciais. A reformulação das hipóteses significa a possibilidade da tomada de novos rumos interpretativos, ou mesmo a abertura para novas indagações (MINAYO, 2014).

## II – Exploração do material

Concluídas convenientemente a pré-análise, a fase de análise nada mais é do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Fase longa e cansativa consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2016).

A exploração do material consiste em uma operação classificatória que busca alcançar o núcleo de compreensão do texto. O investigador vai ao encontro das *categorias*, que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) afirma que a *categorização* consiste em um processo de redução do texto a palavras e expressões, sendo uma etapa delicada, não havendo a segurança que a escolha das categorias *a priori* leve a uma abordagem densa e rica. O texto deve ser recortado em unidades de registro, que podem ser frases, personagens, palavras, temas, acontecimentos considerados relevantes; em seguida o pesquisador deve escolher as regras de contagem, visto que o entendimento é construído por meio de codificações e índices quantitativos. Por último o

pesquisador realiza a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias, responsáveis pela especificação dos temas.

### III – Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Os resultados iniciais são trabalhados de maneira que se tornem significativos e válidos. O analista pode então propor inferências e fazer interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas emergentes (BARDIN, 2016).

Minayo (2014) disse que as inferências e as interpretações são relacionadas ao quadro teórico inicial, podendo abrir outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Na pesquisa realizada as inferências foram obtidas por meio do confronto entre os resultados encontrados e os existentes no referencial teórico inicial. As leituras e reflexões do corpus constituinte instigaram novas buscas, diante de resultados não contidos nos conhecimentos prévios adquiridos. Frente a um novo dado outro estudo era buscado, no intuito de dar significado aos objetivos do estudo realizado.

Bardin (2016) afirma que na análise de conteúdo o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir (deduzir da maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio; e que inferir significa a realização de uma operação lógica, através da qual é admitida uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições, que já foram tidas como verdadeiras.

As inferências são a razão de ser da análise de conteúdo, dando ao método relevância teórica, onde informações descritivas e isoladas tem pouco valor, até que sejam vinculadas e comparadas a outras teorias. Também deve ser considerado que os resultados obtidos, assim como a confrontação cuidadosa com o material e o tipo de inferências realizadas, podem servir de base a outra análise, em torno de novas dimensões teórica (BARDIN, 2016).

Campos (2004) afirmou que a análise de conteúdo temática é uma importante técnica em análise de dados qualitativos, devendo ser valorizada como meio e não ser a finalidade da pesquisa, considerando a criatividade e a capacidade do pesquisador em lidar com situações que muitas vezes não podem ser atingidas de outra maneira.

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

De início o projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de

Jataí, juntamente com o currículum lattes da orientadora e da pesquisadora para a obtenção da declaração de anuência da SMS/Jataí, que concordou com a execução da pesquisa.

Os participantes do grupo focal foram orientados quanto ao conteúdo e aos objetivos da pesquisa. Após os devidos esclarecimentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE.

O projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa em 06/05/2016, com número CAEE 57097916.2.0000.5083

## 6 REULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos na realização do grupo focal, após transcrição e análise, foram categorizados tendo como base os objetivos estabelecidos neste estudo, sendo selecionadas quatro categorias temáticas: Educação em Saúde, O trabalho em equipe, A assistência pré-natal, e Mortalidade Materna. As subcategorias surgiram embasadas no roteiro de discussão, que visou facilitar condução do grupo focal (Quadro 2).

No decorrer da apresentação dos resultados e discussões as falas transcritas foram representadas pelas letras P, de participantes (foram onze), visando preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

Quadro 2: Categorias e subcategorias emergentes na pesquisa.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Educação continuada e Educação Permanente na visão dos trabalhadores da UBS.</li><li>• EP é destinada aos usuários/comunidade geral.</li><li>• EP como capacitações/treinamentos.</li><li>• Ausência um programa de Educação Permanente no serviço.</li></ul>
2 TRABALHO EM EQUIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• A equipe multiprofissional.</li><li>• O trabalho interprofissional.</li></ul>
3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os profissionais envolvidos.</li><li>• Fragilidades em recursos humanos.</li><li>• Fragilidades em gestão.</li><li>• Fragilidades do usuário (paciente).</li><li>• As fortalezas.</li></ul>
4 MORTALIDADE MATERNA	<ul style="list-style-type: none"><li>• A razão da mortalidade materna e o Comitê de Mortalidade Materna.</li><li>• Captação do risco gestacional na APS.</li><li>• Redução da mortalidade materna na APS e Educação Permanente em Saúde.</li></ul>

Fonte: Silva (2016).

### 6.1 PRIMEIRA CATEGORIA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A categoria EPS deu origem a quatro subcategorias identificadas nas falas dos participantes, e apresenta relação estreita com o objeto do estudo, Educação Permanente em Saúde, e ainda atende aos objetivos específicos da pesquisa:

- Educação continuada e educação permanente na visão dos trabalhadores da UBS.

- A educação permanente é destinada aos usuários/comunidade geral;
- Educação permanente como capacitações/treinamentos;
- Ausência um programa de educação permanente no serviço;

Diversos aspectos emergiram quanto à percepção dos profissionais sobre o tema educação permanente, educação continuada e educação em saúde.

*Educação continuada e educação permanente: visão dos trabalhadores*

Em estudo realizado Sarreta (2009), chama a atenção para o fato de que após uma década da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde persistem dúvidas e confusões entre os profissionais quando se fala em EPS e EC. O mesmo ficou evidente durante a realização do grupo focal, quando percebemos a dificuldade dos profissionais envolvidos na pesquisa em diferenciar o que é educação permanente e educação continuada. A transcrição abaixo deixa clara a ideia da referida dúvida:

*Eu entendo como a “P7” entende, né (pausa). Educação permanente são aqueles treinamentos, aquelas capacitações que os profissionais recebem, e os profissionais está repassando essas informações, né (pausa) dando continuidade ao processo de trabalho, ao trabalho, ao restante do trabalho. (P4)*

Emerge o pensamento que educação continuada é aquela onde os conhecimentos adquiridos são repassados *continuadamente* no local do trabalho, e que educação permanente seria o mesmo que capacitação. Observamos durante toda a discussão a ausência do entendimento de que educação permanente é aquela que acontece no local do trabalho, a partir dos problemas enfrentados no dia a dia dos trabalhadores e da comunidade. Percepção semelhante à nossa pesquisa foi observada por Marcondes *et al* (2016).

Resultados semelhantes aos encontrados em nossa pesquisa descritos acima, foram observados por Barth *et al* (2014), que em pesquisa realizada diz que alguns enfermeiros ainda trazem consigo a carga de um modelo tradicional de educação, onde há uma falta de conhecimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e os conceitos de educação em saúde, tidos como sinônimo por alguns profissionais, o que já fora também dito por Sarreta (2009).

Os resultados finais da pesquisa realizada por Barth *et al* (2014) mostram que os profissionais têm dúvidas sobre o significado e as práticas que envolvem Educação Permanente



em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde, o que pode ser visto em mais falas do nosso grupo de pesquisa:

*[...] essa seria a permanente né? (P<sub>4</sub>)*

*Prá mim é a mesma coisa né, na verdade nomeada educação permanente, e aí são dados os temas e nós às vezes somos convidados a fazer, a falar sobre determinados temas (pausa) não sei [...]* (P<sub>1</sub>)

*Não saberia te falar a diferença, no meu entendimento é esse (pausa) não sei.* (P<sub>9</sub>)

*Entendo que são diferentes, mas não sei te pontuar [...]* (P<sub>4</sub>)

Um dos profissionais envolvidos no estudo definiu de maneira clara sua percepção sobre educação continuada:

*É assim, eu entendo ela assim, a sociedade goiana em ginecologia e obstetrícia tem um calendário de palestras com assuntos relacionados com a especialidade, que geralmente uma vez por mês eles se reúnem num determinado local e convidam os associados para participar (pausa) é como se fosse uma reciclagem, né, e tem o nome de educação continuada.* (P<sub>1</sub>)

A educação continuada de acordo com Costa *et al* (2015), pressupõe uma prática autônoma, com temas de uma especialidade, acontecendo esporadicamente com o intuito da atualização técnico-científica, onde a metodologia utilizada é a pedagogia de transmissão do conhecimento e com aspecto uniprofissional (Quadro 1), o que está de acordo com a fala anterior e a seguinte:

*[...] já tem um calendário assim é (pausa) para o ano todo né, já com os assuntos usando temas já pré-determinados, as pessoas são convidadas para participar (pausa) eu entendo que essa é para a pessoa mais se reciclar, dentro da especialidade médica.* (P<sub>1</sub>)

Foi definido o que é educação continuada nas falas de P<sub>1</sub>, porém quanto à educação permanente há dificuldade da definição, atribuindo a EPS como aquela educação em saúde destinada ao usuário:

*[...] é (pausa) agora a permanente eu realmente vejo dessa forma né, é uma educação assim, que tem um tempo assim, não tem tempo determinado para acontecer, a medida que ela vai acontecendo as pessoas vão pegando esse conhecimento e repassando né, no caso pro (pausa) os usuários do serviço. (P<sub>1</sub>)*

A EPS tem como foco os problemas de saúde e acontece de maneira contínua e em equipe multiprofissional, onde a metodologia utilizada dá significado ao aprendizado, estando centrada na resolução de problemas, propondo mudanças nos cenários de aprendizagem, indo além das salas de aula e dos muros das UBSs (MANCIA et al, 2004).

Em uma determinada fala um dos participantes citou ser a EPS uma prerrogativa de trabalho da ESF:

*Você no âmbito de funcionário tem que ser submetido a treinamentos temporais né [...] com recorte de tempo entre um e outro (pausa) pode ser um coisa aqui, um hoje, outro talvez, com tecnologia (pausa) com programação, com eixos temáticos multidisciplinares [...]. (P<sub>9</sub>)*

A fala não deixa claro o conceito de EPS, e em determinado momento faz comparação entre educação continuada e educação permanente:

*[...] e a continuada, como M<sub>1</sub> falou assim (pausa) uma formação muito mais individual, muito mais é (pausa) muito mais dentro da minha área de formação, que eu recebo um treinamento muito mais técnico, não que a permanente não seja [...]. (P<sub>9</sub>)*

Concluindo seu raciocínio o trabalhador deixa claro não saber a diferença entre educação continuada e educação permanente:

*[...] onde nós vamos né (pausa) não saberia te falar a diferença, no meu entendimento é esse (pausa) não sei [...]. (P<sub>9</sub>)*

E<sub>1</sub> também diz não saber a diferenciar educação permanente de continuada:

*Entendo que são diferentes, mas não sei te pontuar [...]. (P<sub>4</sub>)*

Observamos durante a pesquisa realizada que os profissionais envolvidos não souberam fazer a diferença conceitual entre educação permanente e educação continuada, resultado diferente do que foi encontrado em pesquisa realizada por Paschoal *et al* (2007), que

disseram que os enfermeiros durante as sessões do grupo focal conseguiram diferenciar a educação permanente, como própria ao sujeito, desenvolvida com a formação da pessoa, seu caráter, e relacionada às interações sociais; da educação continuada, realizada por meio de cursos, pós-graduações, sendo planejada, direcionada, aplicada e avaliada como uma educação formal.

Devemos levar em consideração que os enfermeiros no estudo realizado por Paschoal *et al* (2007) tiveram dificuldades para diferenciar os termos educação permanente e continuada no início da pesquisa, no entanto após discutir a terminologia e refletir sobre ela o grupo entendeu haver diferenças entre os termos, como citado no parágrafo anterior.

Finalizamos esta categoria com o trecho de um artigo escrito por Peduzzi (2009), para reflexão:

A EPS, caracterizada pela problematização das práticas de saúde, com participação multiprofissional dos trabalhadores para corresponder às necessidades de saúde da população, pode se articulada à EC, que preconiza os fundamentos técnico-científicos das áreas profissionais específicas para promover o desenvolvimento das instituições.

*Educação Permanente é destinada aos usuários/comunidade geral*

Identifica a compreensão dos profissionais de saúde participantes da pesquisa sobre o público alvo da Educação Permanente em Saúde.

*Mas tem as palestras também dos pacientes, né [...]. (P<sub>1</sub>)*

*Isso! Ações em saúde, as educações em saúde né, voltado pro paciente também tem. (P<sub>4</sub>)*

Os profissionais envolvidos na pesquisa demonstraram em suas falas entenderem que a EPS é aquela voltada para o usuário. Diante desta constatação observa-se a necessidade de esclarecer as diferenças conceituais entre EPS e educação em Saúde.

Foram citadas por P<sub>1</sub> e P<sub>4</sub> as palestras que são realizadas para os pacientes. Segundo Guerreiro *et al* (2014), as palestras objetivam a educação em saúde e embora tenham o seu valor enquanto estratégia, limitam o aprendizado porque não estimulam a interação entre os participantes, visto que neste modelo há os que ouvem e os que falam, não ocorrendo o diálogo e problematização dos temas.

A EPS é a aprendizagem no local do trabalho, onde o ensinar e o aprender se

incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como base a aprendizagem significativa e a possibilidade da transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2009).

Um dos participantes faz referência às atividades de educação em saúde, que são voltadas para o usuário, não havendo relação com o conceito de EPS citado anteriormente:

*[...] assim eu acho que tem mais voltado pro público, pro usuário, que é uma coisa muito mais consistente (pausa) eu vejo que pro usuário que uma coisa muito mais consistente, muito mais concatenada e organizada [...]. (P<sub>9</sub>)*

A EPS é realizada a partir dos problemas enfrentados no local do trabalho, considerando os conhecimentos e experiências prévias do trabalhador. Considera ainda que a formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautados pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

De maneira diferente no decorrer das falas, observamos que os entrevistados não faziam conexão entre EPS e os problemas existentes no ambiente de trabalho.

Sarreta (2009) disse que a educação em saúde está orientada para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família ou comunidade no contexto de sua vida cotidiana, estando direcionada ao usuário do sistema de saúde, enquanto a EPS é aquela destinada aos profissionais.

O profissional na fala seguinte cita a educação em saúde voltada para o usuário em atividades de prevenção, condizente com Sarreta (2009):

*Ele vai receber orientações que servem também como educação em saúde, e lá também é uma unidade que tem (pausa) umas das prerrogativas é a prevenção, né (pausa) então a prevenção também não deixa de ser voltada para a educação em saúde (pausa) eu penso que seja dessa forma, né [...]. (P<sub>9</sub>)*

A PNEPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, para a formação e desenvolvimento *dos trabalhadores*, pautada nas necessidades de saúde dos usuários/população (TRONCHIN *et al*, 2009, SARRETA, 2009; BRASIL, 2009). P<sub>3</sub> diz ser a educação permanente como sendo as orientações dadas aos usuários do sistema de saúde em suas visitas domiciliares, diferente das citações anteriores:

*No nosso dia a dia a gente a gente leva prá as famílias o conhecimento que a gente aprende, o que ela (se referindo à enfermeira que está ao*

*lado) nos passa para gente passar para as pessoas (pausa) então quando a gente vai fazer as visitas a gente passa orientações que a gente recebeu [...]. (P<sub>3</sub>)*

O agente comunitário de saúde orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, realiza visitas domiciliares e desenvolve atividades educativas em saúde, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários. As pacientes são orientadas quanto à periodicidade das consultas, sendo realizada a busca ativa das gestantes faltosas (BRASIL, 2012).

Observamos consonância entre as atividades desenvolvidas pelo participante da pesquisa com as atribuições destinadas ao ACS, de acordo com o parágrafo anterior; a educação em saúde faz parte da rotina destes trabalhadores, e por meio das falas percebemos o entendimento do mesmo de que EPS como sendo aquela destinada ao usuário.

Dando sequência à percepção dos profissionais envolvidos na pesquisa de ser a EPS aquela destinada ao usuário, o profissional faz referência a uma modalidade de educação em saúde, as rodas de conversa.

*A gente tem uma roda de conversa com elas sobre o assoalho pélvico, sobre a importância do parto natural, para estar estimulando, e também tirar as dúvidas que elas têm [...]. (P<sub>6</sub>).*

Para Nascimento *et al* (2009) as rodas de conversa são usadas como metodologia de educação em saúde em processos de intervenção comunitária, sendo um método de participação coletiva de debates em torno de um tema, com espaços de diálogo, onde os participantes expressam e escutam os outros e a si mesmos. Nestas práticas há o incentivo da autonomia dos sujeitos por meio da identificação do problema, compartilhamento dos saberes e a reflexão sobre ações e atitudes a serem tomadas, o que foi sinalizado na transcrição anterior.

Na fala do participante da pesquisa o tema seria a importância do assoalho pélvico no parto normal, onde em uma roda de conversa dúvidas seriam esclarecidas através do diálogo entre os participantes e o mediador, havendo, portanto, um aprendizado coletivo.

Todas as citações relacionadas às rodas de conversas surgiram quando foi colocado em discussão a percepção dos profissionais sobre EPS, que demonstraram confusão entre os termos: educação em saúde, rodas de conversa e EPS.

Ainda de acordo com Nascimento *et al* (2009), as rodas de conversa permitem que os participantes se sintam acolhidos, trocando saberes e experiências com pessoas que possivelmente tenham a mesma realidade e dúvidas, onde o aprender acontece em coletivo. O

mediador, profissional da área de saúde, possibilita a discussão e aprofundamento e também a participação de todos.

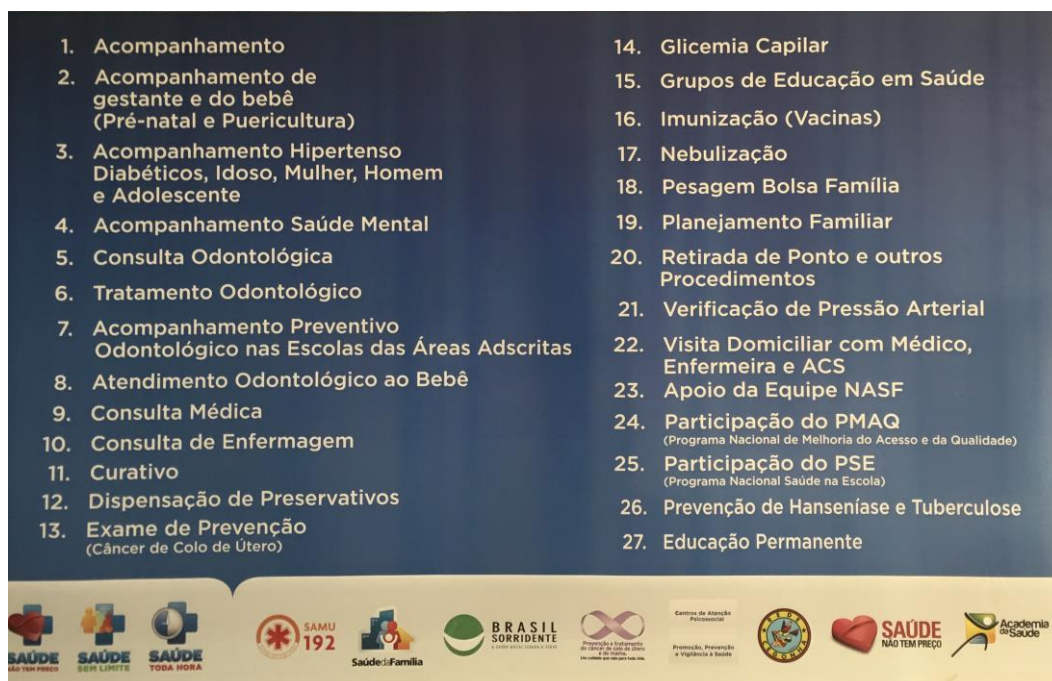
O participante da pesquisa faz referência as rodas de conversa em concordância com o que foi dito por Nascimento *et al* (2009) onde as informações são repassadas de acordo com a necessidade do usuário, diferente, porém dos conceitos de EPS:

*No NASF a gente trabalha muito com prevenção né (pausa) e quando somos convidados a dar uma palestra ou tem uma roda de conversa, uma fala local, e nós falamos sobre um determinado tema mais em caráter informativo, mais de orientação né (pausa) de acordo com a necessidade daquela população, daquele público né [...]. (P6)*

Na entrada da UBS em pesquisa há fixado na parede um painel que enumera todas as atividades realizadas no serviço. O último item citado é Educação Permanente, e quando questionados sobre o mesmo tivemos a seguinte resposta:

*Em relação a esse item né, que você leu na entrada em penso assim, o indivíduo chega lá e lê o que é oferecido ali. Essa educação permanente em saúde eu acredito que sejam as palestras que são oferecidas lá, sobre hipertensão, diabetes né (pausa) para gestantes e tudo mais, além das orientações que ele recebe no atendimento (pausa) ele vai receber orientações que também servem como educação em saúde. (P1)*

Figura 8: Painel da UBS.



Fonte: Silva (2017).

Foi possível perceber nas falas de P<sub>1</sub> e de P<sub>6</sub> que os profissionais entrevistados entendem ser a educação permanente aquela voltada para os usuários, quando na realidade a PNEPS tem como proposta a formação de recursos humanos para o SUS, estando, portanto, direcionada aos trabalhadores da área da saúde.

Durante a realização do grupo focal quando questionados sobre educação permanente, as falas dos participantes de uma maneira persistente convergiam para a educação em saúde voltada para os pacientes, onde os conhecimentos adquiridos pelos profissionais são transmitidos para os usuários do serviço:

*[...] e acaba a gente vai aproveitando as datas assim né (pausa) carnaval e a gente pega mais nas doenças sexualmente transmissíveis, sexo seguro. E aí vem o dia da criança e a gente trabalha mais naquilo, aí vem a semana do idoso e a gente vai pegando essas datas e vai fazendo educação em cima [...]. (P<sub>9</sub>)*

*[...] é (pausa) agora a permanente eu realmente vejo dessa forma né (pausa) uma educação assim, que tem um tempo assim (pausa) não tem um tempo determinado para ela acontecer, e a medida que ela vai acontecendo as pessoas vão pegando o conhecimento e repassando, no caso, pros usuário do serviço. (P<sub>2</sub>)*

Em estudo realizado Marcondes *et al* (2016) buscaram atribuir sentidos de educação permanente em um programa municipal de saúde, onde foram abordados os assuntos educação em saúde e serviço, e educação permanente, com o intuito de entender melhor o conceito de EPS, diferenciando-o de capacitações e educação continuada.

Assim como na pesquisa realizada, as falas dos participantes do estudo realizado por Marcondes *et al* (2016) também mostraram confusão entre os conceitos, pensando em educação em saúde diante da solicitação de definirem EPS: educação em serviço, educação em saúde, educação em família e qualidade de vida.

Na fala seguinte P<sub>7</sub>, em concordância com os participantes da pesquisa realizada por Marcondes *et al* (2016), faz referência à educação em saúde como sendo a EPS:

*A minha parte eu acho que educação em saúde eu posso relacionar aos grupos que faço parte, tenho o grupo de obesidade (pausa) é a reeducação alimentar, assim como a gente tem o grupo de gestantes, das mães que amamentam (pausa) então é nesse sentido de orientação e dar continuidade nessa orientação permanente [...]. (P<sub>7</sub>)*

### *Educação permanente são capacitações/treinamentos*

Nesta subcategoria problematizamos quais seriam as atividades de educação desenvolvidas para os profissionais na UBS em estudo. Várias foram as falas, onde observamos que os profissionais envolvidos na pesquisa entendem educação permanente como sendo capacitações e treinamentos.

*Educação permanente são aqueles treinamentos, aquelas capacitações que os profissionais recebem, e os profissionais estão repassando essas informações né (pausa) dando continuidade ao processo de trabalho, ao restante do trabalho [...]. (P5)*

A capacitação é uma estratégia muito utilizada nos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, ou seja, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, práticas e atitudes que não são oferecidos por outros meios (BRASIL, 2009); em fala de um dos participantes da pesquisa há citação deste tipo de educação, na forma de treinamentos temporais:

*Você no âmbito de funcionário tem que ser submetido a treinamentos temporais, com recorte de tempo entre um e outro. (P9)*

Durante as discussões como observado na fala anterior, há o entendimento de que educação permanente é o mesmo que capacitação, e retornando a Marcondes *et al* (2016) que disse que enquanto as capacitações se limitam à adoção de determinadas rotinas, a EPS pretende rever estas práticas e dar a elas um significado.

É esperado que as capacitações melhorem o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção, em função do processo de produção e, que contribua para o desenvolvimento de novas competências, servindo de substrato para as novas transformações culturais de acordo com as novas tendências (BRASIL, 2009).

Três são as questões associadas à capacitação e educação permanente:

- Nem toda a capacitação implica em um processo de educação permanente embora tenha como objetivo a melhoria do desempenho do pessoal;
- A educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, e o contrário não ocorre, tendo começo e fim, e está direcionada a um grupo específico de trabalhadores;



- Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e, da cultura institucional do serviço de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

Observamos esta tendência à associação entre educação permanente/capacitações nas seguintes falas:

*[...] olha, não necessariamente na saúde coletiva né, a secretaria ela desenvolve núcleos de capacitações, ela faz periodicamente essas capacitações...aí tem referente à saúde do homem, da criança, enfim, os programas em si, hipertensão, diabetes, então tá tendo sempre essas atualizações para os profissionais também [...]. (P4)*

Dentro da lógica de um “modelo escolar” as capacitações, na maioria dos casos consistem na transmissão de conhecimentos, com a finalidade de atualizar novos saberes e informações, ou ainda tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária (BRASIL, 2009).

Os profissionais envolvidos na pesquisa convivem com a concepção de EPS como sendo capacitação.

Os trabalhadores de saúde envolvidos na pesquisa relacionam de maneira equivocada educação permanente e capacitação:

*[...] capacitação é você pegar aquela pessoa que já sabe, ela já é formada e você vai atualizar com conhecimento, atualizar com a prática, uma pós-graduação, uma especialização a mais [...]. (M2)*

A capacitação pressupõe uma pessoa em sala de aula, fora do ambiente de trabalho, diante um ou mais especialistas que transmitem o conhecimento, que uma vez incorporado será aplicado. A intenção e o pressuposto é que este conhecimento seja adicionado à prática do trabalho (BRASIL, 2014).

Nas transcrições são reforçados os pensamentos prévios de educação permanente como sendo capacitação/treinamento.

*[...] porque no programa da saúde da mulher a gente faz uma revisão e às vezes ensina [...]. (P2)*

*Quando eu entrei, quando eu comecei, nós tínhamos quase todos os meses (pausa) nós tínhamos treinamento, eles sempre faziam uma orientação, um treinamento né (pausa) de uns anos prá cá acabou[...]. (P3)*

Entendemos de acordo com as leituras realizadas que as capacitações devem existir e têm importância fundamental para incorporar habilidades e diferentes técnicas que necessitam ser realizadas no trabalho, como por exemplo, aprender uma nova funcionalidade no sistema de informações. No entanto discutir e ver o processo de trabalho, e buscar novas maneiras de (re) organizá-lo produzindo autonomia, vai além das capacitações pontuais (BRASIL, 2014; PEDUZZI, 2009).

#### *Ausência de um Programa de Educação Permanente no serviço*

Ficou claro durante a realização da pesquisa não haver naquela UBS um programa de educação voltado para a formação e reorientação dos profissionais.

*É, com este nome assim não né (pausa) tem essas capacitações (pausa) isso! (P<sub>1</sub>)*

*São mais capacitações (pausa) no programa não, (pausa) na verdade com esse nome, um programa específico de educação permanente, não (pausa) para alguém ficar lá responsável, para estar desenvolvendo esta educação permanente, não! [...]. (P<sub>4</sub>)*

Contrariando a questão da reponsabilidade municipal de educação em saúde, quanto à promoção e gestão de EPS, observamos durante a pesquisa realizada não haver no local do trabalho a prática de um programa de EPS (BRAIL, 2009).

Marcondes *et al* (2016) nas considerações finais de pesquisa realizada dizem que a EPS é uma estratégia necessária para a consolidação do SUS, mas, no entanto, ainda existem dificuldades encontradas na prática, necessidades locais como articulação entre gestão e serviço, falta de adesão dos profissionais; e que o propósito de colocar em prática a EPS ainda está distante da realidade de vários profissionais; considerações estas condizentes com os resultados encontrados em nossa pesquisa.

Apesar da existência do programa de EPS, inclusive sendo citado em um painel na UBS, este não é executado dentro de suas intenções, assim como o que foi observado por Marcondes *et al* (2016).

Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde, devendo apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação de profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em

saúde (BRASIL, 2009; MARCONDES *et al*, 2016).

*Na realidade, uma reunião assim com multiprofissões nós não temos há muito tempo né (pausa) então assim nós não temos é, um calendário, vamos assim dizer, que vamos nos capacitar, vamos falar sobre alguma coisa específica, falar sobre um determinado grupo como estamos falando aqui das gestantes [...]. (P8)*

Não emergiram das falas, como na anterior, a ideia da existência de atividades que envolvam a educação “no trabalho e para o trabalho”. A problematização parece não existir no cotidiano daqueles trabalhadores. Observamos ainda manifestações não verbais de descontentamento durante as narrativas.

Segundo Andrade *et al* (2016), a EPS tem como proposta a criação de espaços coletivos que procura levar os trabalhadores da saúde à reflexão e avaliação de seus atos produzidos no cotidiano, o que possibilitará a transformação das práticas de saúde e educação, pensamentos estes que não surgiram nas falas dos profissionais envolvidos em nossa pesquisa.

Percepção semelhante à pesquisa realizada foi também observada por Maia *et al* (2015) em “Ensino na Saúde”, onde foi dito por vezes um município apesar de classificar suas atividades como EPS, estas se aproximam mais de uma educação continuada e educação em saúde, ou seja, atividades que direcionam mais à promoção de saúde e prevenção de doenças, com pouca participação de equipe multiprofissional, e centrada em metodologias tradicionais em detrimento das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

A ausência de atividades de EPS é reforçada em outras falas, incluindo manifestações verbais e não verbais, tais como atitude de inquietação e fácies de irritabilidade:

*[...] chama por exemplo a enfermeira chefe do lugar X, e ela é responsável por passar para todo mundo, então eu também entendo que isso não é qualificação (referência a educação em saúde), porque se é para qualificar, qualifica todo mundo junto [...]. (P2)*

O plano municipal deve conter em sua agenda a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, com uma estrutura organizacional responsável pela condução da política no âmbito municipal (BRASIL, 2009); o que não tem sido observado no local da pesquisa de acordo com as falas dos participantes:

*[...] era no centro médico, reuniões bem mensais, periódicas, eu participei de vários eventos desse tipo, de educação permanente, e era*

*bastante efetivo, produtivo (pausa) uma discussão muito atual, de trazer muita coisa de científica, não tinha achismo (pausa) muito embasada no que tava acontecendo, o que tinha sido publicado naquele momento, foi um momento muito bom, não saberia dizer quando[...]. (P<sub>9</sub>)*

O profissional fez referências a reuniões que eram realizadas no Centro Municipal de Saúde há vários anos, onde era convidado um palestrante e escolhido um tema de diferentes áreas da saúde. Participavam da reunião profissionais da área de saúde e acadêmicos do quinto ano de medicina da Universidade Federal de Goiás, regional de Goiânia. Eram realizadas palestras de assuntos pontuais, escolhidas aleatoriamente de acordo com a especialidade exercida pelo convidado. Não eram atividades de EPS.

*Chama as enfermeiras e você conversa com as enfermeiras, depois chama os agentes e conversa com os agentes (pausa) não existe um calendário concatenado, organizado, nenhum que possa ser mudado (pausa) existem situações que você precisa de alterar o calendário para que caiba ali um tema de maior relevância (pausa) não existe [...]. (P<sub>9</sub>)*

A fala de P<sub>9</sub> refere ausência de um programa de educação permanente na UBS em estudo.

*Na saúde bucal também eu não me lembro, quanto tempo faz já (pausa) anos, que a gente não tem mais um calendário, já tivemos [...]. (P<sub>9</sub>)*

*Eu não concordo que tenha [...]. (P<sub>2</sub>)*

As falas dos profissionais envolvidos na pesquisa são persistentes quanto à ausência de programas destinados à educação na formação de recursos humanos na UBS em estudo, contrário às orientações de Brasil (2005b).

Na proposta da EPS as capacitações das equipes e as tecnologias a serem utilizadas devem ser direcionadas pela observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e atendam às necessidades dos usuários. Então a reorientação do processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ter como premissa:

*[...] que a educação deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu foco central (BRASIL, 2005b).*

## 6.2 SEGUNDA CATEGORIA: O TRABALHO EM EQUIPE

Na APS o trabalho em equipe busca a interação entre os trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimento e habilidades, para melhor cuidado do usuário do sistema de saúde. Segundo Araújo *et al* (2007) o trabalho em equipe tem como pressuposto a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde doença, e a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias que emergiram das falas dos profissionais envolvidos na pesquisa, e contém relação com o objeto de estudo, pois a assistência à gravidez é realizada por diferentes profissionais da área da saúde:

- O trabalho em equipe multiprofissional;
- O trabalho em equipe interprofissional.

### *O trabalho em equipe multiprofissional*

Segundo Figueiredo (2012), as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas na equipe multiprofissional, sendo valorizada a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe, obtendo-se desta maneira um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Araújo *et al* (2007) disseram que a abordagem integral dos indivíduos/família é facilitada pela soma de distintos olhares dos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, havendo maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Identificamos as várias profissões que compõem a equipe da UBS em estudo, e que dentro de suas atividades laborativas estão incluídas aquelas que prestam cuidados à mulher grávida e sua família.

No início da realização do grupo focal foi solicitado que cada um dos participantes se identificasse pelo nome, dizendo também qual a função exercida na UBS. De forma espontânea todos se manifestaram: a agente comunitário de saúde, as enfermeiras, a cirurgiã-dentista, os médicos, a fisioterapeuta, a nutricionista, a psicóloga, a recepcionista e a técnica de enfermagem.

Em pensamento semelhante ao de Figueiredo (2012), Ellery *et al* (2013) disseram que o trabalho multiprofissional tem o desafio de construir a interprofissionalidade, que é

expressado na integração de saberes disciplinares e na colaboração interprofissional, trazendo resultados importantes para a população e para os próprios profissionais.

Na UBS em estudo são três os profissionais do NASF, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga, que atuam na ESF. De acordo com Figueiredo (2012), o NASF não constitui a porta de entrada do sistema para os usuários e, tem como função apoiar o trabalho das equipes de saúde da família, estando, portanto, vinculado à Atenção Básica.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, e são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada no apoio aos profissionais das equipes da ESF, não se constituindo como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (BRASIL, 2011).

Condizente com estas orientações de Brasil (2012), na UBS em estudo identificamos as diferentes profissões necessárias ao funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), caracterizando o trabalho multiprofissional.

Na subcategoria seguinte buscamos identificar se este trabalho em equipe é apenas um conjunto de pessoas que desempenham uma tarefa, ou se este grupo tem um objetivo comum, tentando alcançá-lo de forma compartilhada, havendo a negociação/discussão entre todos os membros da equipe, o que foi também questionado por pesquisa realizada por Araújo *et al* (2007).

### *O trabalho em equipe interprofissional*

Por vários momentos durante a realização do grupo focal percebemos uma interação espontânea entre os profissionais da UBS em estudo, trazendo de início a ideia da existência de um trabalho em equipe, o que no transcorrer das discussões mostrou-se um pouco diferente.

Estar diante de uma equipe multiprofissional não significa a existência de um trabalho interprofissional, ou seja, os diferentes profissionais podem não “conversar” entre si, o que foi observado em estudo realizado por Borges *et al* (2012), onde foi dito que não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem a mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada.

De acordo com Ellery *et al* (2013), o trabalho interprofissional é o espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais que integram a Atenção Primária a Saúde, ou seja, profissionais da ESF, incluindo o NASF.

Buscamos nas transcrições do grupo focal este compartilhamento de práticas entre os profissionais, e em apenas alguns momentos conseguimos identificar algumas falas que sinalizaram a existência de um trabalho em equipe:

*[...] é pressão alta, entendeu? Porque a agente fala muito, orienta muito sobre isso, aí eu passo prá elas (se referindo às enfermeiras), eu passo prá frente o problema, eu não fico com ele ali [...]. (P<sub>3</sub>)*

Porém, não observamos na fala de P<sub>3</sub> o que fora dito por Araújo *et al* (2007), e também por Ellery *et al* (2013), que na proposta de saúde da família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, onde os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem.

P<sub>3</sub> apenas encaminha a paciente para os demais profissionais, não ficando caracterizado em outras falas a comunicação entre os atores envolvidos no cuidado.

A interprofissionalidade não ficou evidente nos diálogos dos diferentes profissionais envolvidos na pesquisa, diferente do que foi observado em pesquisa realizada por Pereira *et al* (2013), que disseram ter sobressaído nas falas de seu estudo a característica do trabalho em equipe, como colaboração e divisão de responsabilidades, havendo a noção de que no trabalho em equipe os resultados obtidos são maiores do que a soma dos trabalhos individuais, com maior eficiência do atendimento prestado à população.

P<sub>6</sub> recebe a paciente que foi encaminhada com dor lombar e diz entrar em contato com a enfermeira:

*Eu faço atendimento individual, quando ela é encaminhada com lombociatalgia e alguma outra dor, é normalmente na coluna mesmo, e de novo a gente entra em contato com a enfermeira [...]. (P<sub>6</sub>)*

Há no final da fala a ideia de interprofissionalidade, mas quando continuamos na análise da transcrição percebemos que a P<sub>6</sub> faz um trabalho individual com a paciente:

*[...] mas sempre tenta falar do assoalho pélvico, da musculatura do assoalho pélvico, mostrar pra ela pra que serve, a importância dele no parto natural [...]. (P<sub>6</sub>)*

Na presente pesquisa na maioria dos diálogos não observamos a troca de saberes e vivências, havendo apenas o encaminhamento da paciente para diferentes profissionais da

equipe:

*Isso acontece por exemplo, eu chego na casa, na UBS, eu chego lá e vejo que os pés dela tá inchando, o que faço... eu converso com ela (aponta para P<sub>1</sub>), prá poder marcar, pra ele olhar, num tá no dia da consulta mas aí já leva, já passa prá ela, prá ela já passa prá ele, que é o profissional que vai olhar né, a gente faz nesse sentido [...]. (P<sub>3</sub>)*

Para Araújo *et al* (2007) a possibilidade de um profissional se reconstruir na atividade do outro é o que dá objetivo ao trabalho interdisciplinar, onde a prática interprofissional ganha diferentes visões pelos profissionais. P<sub>3</sub> diz encaminhar a paciente para outros membros da equipe, não deixando clara a comunicação e interação entre os diferentes profissionais no cuidado à gestante.

Para Peduzzi *et al* (2013), assim como para Araújo *et al* (2007), o trabalho em equipe é formado por meio da relação mútua e troca de saberes entre os profissionais por intermédio da comunicação e colaboração entre os pares, o que não observamos nas falas dos profissionais envolvidos em nossa pesquisa.

A troca de vivências entre os profissionais da UBS pareceu não existir quando P<sub>4</sub> não sabe se a paciente procura ou não aqueles para os quais ela é encaminhada, o que observamos na fala seguinte:

*Então é, nós primeiramente somos responsáveis pelo início do pré-natal, né (pausa encaminha pro nutricionista, encaminha pro psicólogo, encaminha prá, prá saúde bucal, encaminha prá fisio, se necessário né (pausa) agora se vai também fica de responsabilidade da gestante. (P<sub>4</sub>)*

P<sub>4</sub> diz iniciar o pré-natal e fazer o encaminhamento da paciente para outros profissionais da unidade de saúde, psicólogo, cirurgião-dentista e para o fisioterapeuta, reforçando a ideia da existência de um trabalho multiprofissional, não havendo, entretanto, a identificação de um trabalho em equipe interprofissional.

Percebemos não haver o diálogo na fala de P<sub>4</sub> com os demais profissionais da equipe, o que nos é alertado por Araújo *et al* (2007) que dizem da importância do diálogo como elemento imprescindível para um bom desenvolvimento de um trabalho em equipe, onde um provoca a escuta do outro, havendo um canal de comunicação entre os integrantes desta equipe multiprofissional.

P<sub>3</sub> encaminha a paciente para o atendimento inicial, já orientando a necessidade de o



cuidado ser exercido por uma equipe onde há diferentes profissões, não deixando clara, porém a comunicação entre a equipe:

*[...] na gestante, na minha visita, a gente orienta que tem que fazer, tem que ir ao dentista, que aí depois tem o bebê, tem o dentista do bebê (pausa) aí ela passa pela enfermeira, aí depois tem o médico[...]. (P<sub>3</sub>)*

Quanto ao trabalho de P<sub>8</sub> percebemos não haver uma interação significativa deste profissional com os demais membros da equipe, o que pode ser observado nas falas seguintes:

*No meu caso, na unidade de saúde, é mais quando existe algum tema, quando existe algum tema em específico né, aí nós em conjunto com a equipe de enfermagem fazemos algum, alguma reunião nesse sentido. (P<sub>8</sub>)*

*[...] mas eu tenho mais contato lá no Centro Médico, exatamente quanto a parturiente já está prestes a dar a luz, nós temos contato com esta gestante informando alguma coisa a respeito da unidade, do que ela pode fazer e o que não pode[...]. (P<sub>8</sub>)*

Em trabalho realizado por Anjos Filho *et al* (2017), foram enumerados fatores que dificultam o trabalho em equipe dos profissionais envolvidos na pesquisa realizada, sendo que um deles foi a carga horária diferente entre os profissionais, dificultando o encontro dos integrantes para troca de saberes e práticas, o que é condizente com as falas de P<sub>8</sub> nos parágrafos anteriores e com a fala de P<sub>6</sub> a seguir:

*A gente como NASF, que a gente vai uma vez por semana só na unidade, eles (fazendo referência aos médicos e enfermeiras) tão todos os dias lá né, independente do horário eles tão todos os dias, a gente só uma vez. (P<sub>6</sub>)*

Em vários momentos foi observado através da linguagem corporal e verbal ou mesmo de momentos de descontração a interação entre os profissionais UBS, o que já fora dito anteriormente, o que não caracteriza um trabalho em equipe interprofissional.

P<sub>3</sub> disse encaminhar a paciente para outros profissionais, olhando para cada um deles que estava sentado a sua volta, sorrindo cordialmente, mas não fazendo referência às trocas de informações entre os mesmos:

*[...] aí eu passo prá ela, ou às vezes ligo prá nutricionista (pausa) já*

*marca prá doutora lá (aponta para a médica) a gente já passa assim sabe, eu num fico com o problema lá [...]. (P<sub>3</sub>)*

Foram emergindo várias falas em torno do trabalho multiprofissional, onde os profissionais disseram ser a paciente atendida por uma equipe onde existem diferentes profissões, que segundo eles interagem entre si:

*A pergunta é em relação ao atendimento assim da gestante? Nesse sentido eu acho que ele é interprofissional, porque estabelecidos os problemas elas são encaminhadas prá cada profissional [...]. (P<sub>1</sub>)*

Por mais uma vez fica claro o encaminhamento entre as diferentes profissões, porém não observamos nas falas o diálogo entre a maioria dos integrantes da equipe, que de acordo com Araújo *et al* (2007) é um elemento importante para o trabalho em equipe, onde um escuta o outro e há troca de saberes e informações.

Condizente com Anjos Filho *et al* (2017), observamos nas falas dos profissionais envolvido na pesquisa, que reduzidas ações de educação em saúde, tempo insuficiente para desenvolvimento de reflexões e planejamento do processo de trabalho e organização do serviço são fatores que dificultam o trabalho em equipe:

*Na realidade uma reunião assim com multiprofissões nós não temos há muito tempo, né (pausa) então assim nós não temos assim um calendário que vamos nos capacitar (pausa) falar sobre um determinado grupo como estamos falando aqui das gestantes né (pausa) discutir alguma coisas como equipe multiprofissional, é muito raro acontecer. (P<sub>8</sub>)*

*Não necessariamente no mesmo momento, mas a gente tem esse contato, todo mundo tá sabendo o que está acontecendo [...]. (P<sub>5</sub>)*

*[...] e trabalho com a (referência à enfermeira) com a gestante né, que a gente marca o grupo a cada mês[...].(P<sub>6</sub>)*

Quando novamente questionados quanto à existência ou não de um trabalho em equipe interprofissional emergiram simultaneamente as seguintes falas:

*Sim (pausa) eu acho que sim (pausa). (P<sub>1</sub>)*

*Sim (pausa) com certeza! (P<sub>4</sub>)*

Deduzimos das falas de *P<sub>1</sub>* e *P<sub>4</sub>* não haver concordância quanto ao tipo de trabalho exercido na UBS em estudo. Percebemos por vários momentos que o serviço tem uma equipe multiprofissional voltada à assistência pré-natal, mas não há evidências de existir um trabalho que esteja focado na ótica da interprofissionalidade.

Durante a realização do grupo focal e a transcrição das falas ficou clara a inexistência de um trabalho em equipe interprofissional, percepção semelhante à de Maia *et al* (2013) em estudo realizado na atuação interdisciplinar na Atenção Básica em Manaus, onde observaram que os serviços das UBSs restringem-se a atendimentos rotineiros que fragmentam o atendimento ao usuário através de encaminhamentos entre os profissionais, sem a troca de informações dentro da equipe, criando promoção, prevenção e tratamento em saúde.

Após exaustiva análise do corpus constituinte da pesquisa concluímos ser o trabalho dos profissionais da UBS multiprofissional, não ficando, porém, caracterizada a interprofissionalidade. Em uma fala aleatória percebemos o intuito da troca de informações e saberes, não ficando ainda evidente a comunicação entre os profissionais:

*[...] no outro dia eu passo prá ele (referência ao médico), e sempre ele me dá um norte, o que faz, o que não faz, se encaminha pro alto risco, se não encaminha, aí eu entro em contato com a gestante e a gente tenta solucionar, dar suporte a ela [...]. (P<sub>4</sub>)*

Finalizando esta categoria, e ainda guardando relação com a fala anterior, citamos a importância do trabalho em equipe interprofissional na Assistência Primária à Saúde, dito por Araújo *et al* (2007):

Na construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o atendimento mútuo.

### 6.3 TERCEIRA CATEGORIA: ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL

Em estudo realizado por Viellas *et al* (2014), que teve como objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes de serviço de saúde público ou privado, foi observado que no Brasil houve ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. Segundo a pesquisa desafios ainda persistem, para a melhoria da qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos considerados desfavoráveis.

Desta categoria emergiram de acordo com as falas cinco subcategorias:

- Os profissionais envolvidos no pré-natal;
- Fragilidades em recursos humanos;
- Fragilidades em gestão;
- Fragilidades do usuário (paciente);
- As fortalezas.

#### *Os profissionais envolvidos no pré-natal*

Foram citados quais são os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes e suas funções exercidas na assistência à gravidez.

Segundo orientações contidas no caderno de Atenção Básica “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” (BRASIL 2012), a atenção profissional deve ser integral, promover a saúde, prevenir os agravos e fazer escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado viabilizando o vínculo entre os profissionais e os usuários.

No papel da equipe de Atenção Básica no pré-natal é importante ressaltar que as atribuições dos profissionais: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado de saúde no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (BRASIL, 2012); o que foi identificado em alguns diálogos durante a realização do grupo focal:

*[ ...] na gestante, na minha visita, a gente passa as orientações né (pausa) aí eu olho o cartão da gestante, se ela tá indo realmente nas consultas, se no caso quando falta na minha área, aviso, vou lá, olha você tem que ir, então assim a gente passa as orientações, fala sobre alimentação, orienta que tem que fazer (pausa) aí depois tem o bebê, tem o dentista do bebê, então a gente passa todas as orientações. (P<sub>3</sub>)*

As funções referidas por P<sub>3</sub> são condizentes com às atribuições deste profissional que deve orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar visitas domiciliares, identificar as gestantes e desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para os familiares (BRASIL, 2012).

P<sub>3</sub> mostra o comprometimento do profissional com o seu papel na assistência à gravidez:

*A gente passa todas as orientações, a primeira base, né (pausa) eu chego na casa e vejo que você tá gestante, aí eu já vou e já marco a consulta (pausa) a gente já passa as orientações, tudo certinho, sobre a higiene da casa, o local, entendeu (pausa) a gente faz toda a base primeiro. (P<sub>3</sub>)*

Na fala são citadas outras funções de P<sub>3</sub>, o que é condizente com as atribuições do mesmo na assistência a gravidez, de acordo com Brasil (2012): acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na UBS local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço, e orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas realizando a busca ativa das gestantes faltosas.

Na UBS há o profissional, que faz assistência ambulatorial à gravidez:

*O meu caso são as consultas de pré-natal de baixo risco né (pausa) consultas de acompanhamento, acompanhar a evolução da gravidez, peso, bem-estar fetal, o diagnóstico, o tratamento de alguma intercorrência e orientações[...]. (P<sub>1</sub>)*

Ao profissional médico é atribuída a orientação quanto á importância do pré-natal para a paciente e seus familiares. Deve realizar a consulta de pré-natal de baixo risco, solicitar exames complementares, e orientar o tratamento se necessário, o que foi condizente com a fala de P<sub>1</sub>. Prescrever medicamentos padronizados (ácido fólico e sulfato ferroso), orientar vacinações, avaliar e tratar gestantes que apresentem sinais de risco. Deve ainda desenvolver atividades educativas, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, fazer orientações sobre planejamento familiar (BRASIL, 2012).

Na UBS em estudo além do médico generalista que faz parte de uma das equipes da ESF, há também outro profissional médico que é responsável pelo pré-natal de alto risco:

*Eu faço o pré-natal de alto risco uma vez por semana lá [...]. (P<sub>2</sub>)*

A assistência pré-natal na APS, a consulta é realizada por médico não necessariamente obstetra, e também pelo enfermeiro, de maneira alternada. A primeira consulta de pré-natal é realizada pela enfermeira:

*[...] então é, nós primeiramente somos responsáveis pela, o início do pré-natal né, o cadastro, jogar, cadastrar essa gestante, informar pro sistema do ministério que essa mulher tá gestante né, fazer o acompanhamento também dessa gestante até 32<sup>a</sup>, 34<sup>a</sup> (pausa) depois segue as consultas só como o médico né. (P<sub>3</sub>)*

A consulta do enfermeiro (a) na APS (BRASIL, 2012), consiste em orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação, cadastrar a gestante no SisPreNatal e fornecer o cartão da gestante preenchido de maneira correta, sendo que algumas dessas funções foram citadas anteriormente pela enfermeira.

A assistência ao pré-natal de risco habitual é intercalada com a presença do médico. Nas consultas da enfermagem são pedidos exames complementares, prescritos medicamentos padronizados (sulfato ferroso e ácido fólico), desenvolvidas atividades educativas individuais e em grupos (BRASIL, 2012). Alguns dos cuidados da enfermagem na assistência à gravidez continuam emergentes em outros dizeres:

*E tenta dar suporte a todas que procuram, quando é no pedido dos primeiros exames, o acompanhamento mensal, a ausculta do batimento cardíaco fetal (pausa). (P5)*

De acordo com Martinelli *et al* (2014) e Brasil (2012), na assistência à gravidez a consulta de enfermagem objetiva ainda a orientação quanto à periodicidade das consultas, e a busca ativa das gestantes faltosas. Realiza visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhando o aleitamento e orientação sobre planejamento familiar.

Algumas destas atribuições são citadas nas transcrições anteriores e na seguinte:

*[...] aí vem a questão da orientação quanto ao estado vacinal, coleta do primeiro e segundo teste da mamãe né, se precisa fazer uma coleta a gente é responsável por ir atrás dessa gestante, entrar em contato com essa gestante para coleta do teste da mamãe, né [...] e também uma coisa que eu faço mensal é olhar em toda ficha da gestante por mês [...] e as que estiverem faltosas a gente liga, às vezes consegue contato e, às vezes não. (P4)*

Outro profissional envolvido na assistência à gravidez é o auxiliar/técnico (a) de enfermagem, que verifica peso, pressão arterial, anotando os dados no cartão da gestante, fornece medicação prescrita, aplica vacinas, verifica e realiza cadastro da gestante no SisPreNatal. Deve informar à equipe sinais de alarme encaminhando a gestante para a consulta médica ou de enfermagem, e também realiza visitas domiciliares durante a gestação e puerpério (BRASIL, 2012):

*No meu caso é mais na parte técnica né (pausa) passa pelo médico, às vezes pelo enfermeiro, aí vai para lá, a gente faz coleta de sangue, a gente pesa, pressão arterial (pausa) e aí (pausa). (P10)*

Ainda conforme as orientações de Brasil (2012), fazendo parte da equipe da ESF, o cirurgião dentista realiza a consulta odontológica de pré-natal de gestação de risco habitual avaliando a saúde bucal da gestante, solicita exames complementares e orienta o tratamento se houver necessidade, faz adequação do meio bucal realizando o controle da placa, identifica os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez. Desenvolve atividades educativas, realiza busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência.

De acordo com estudo realizado por Silveira *et al* (2016), em cuja pesquisa procuram avaliar os motivos da não adesão da gestante ao tratamento odontológico, o que é condizente com as observações de Brasil (2012), destaca-se a necessidade de planejamento da equipe, definindo um fluxo de agendamento, atividades educativas e integradas a outras ações que garantam o acesso da gestante à consulta odontológica:

*Eu recebo a gestante quanto ela me procura, faz o repasse do meio bucal (pausa) e que tá com um problema muito pontual, às vezes dor, tira dor. Fazemos orientação em grupo quando somos requisitados (pausa) nós não temos um grupo de saúde bucal fazendo um trabalho de pré-natal. (P<sub>9</sub>)*

Nas falas de P<sub>9</sub> percebemos que as consultas são mais de caráter curativo, não havendo um acompanhamento programado para as gestantes, diferente das observações realizadas por Silveira *et al* (2016), assim como as orientações do Brasil (2012).

As orientações ou atividades educativas para as gestantes exercidas pelo profissional da UBS em estudo, são desenvolvidas em grupo ou individual:

*Fazemos orientação individual daquela gestante também, pega do seio, importância da adequação do meio bucal, importância do tratamento periodontal básico naquela fase da gestação, para assegurar a saúde do bebê (pausa) é isso. (P<sub>9</sub>)*

Na conclusão de seu estudo, Silveira *et al* (2016), disseram que as gestantes compreendem o tratamento odontológico como aquele limitado a procedimentos cirúrgicos e restauradores, não valorizando a promoção de saúde, o que foi condizente com a fala do profissional envolvida na pesquisa.

Silveira *et al* (2016) afirmaram ainda que os profissionais devem motivar e promover a saúde, oferecendo um cuidado técnico assistencial apropriado minimizando os riscos para a mãe durante a gestação.

A equipe da UBS participante da pesquisa, além dos profissionais já citados conta com

uma nutricionista, e uma fisioterapeuta e uma psicóloga, através do NASF; e de acordo com estudo realizado por Silva *et al* (2012), que avalia os desafios e as potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária no município de São Paulo, os referidos autores afirmaram que o NASF visa apoiar as ações das equipes de saúde da família, contribuindo para ampliar a resolutividade, buscando a integralidade do cuidado.

O psicólogo dá privilégio à construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se um apoio às equipes da ESF de acordo com os pressupostos de Figueiredo (2012). Foram citadas funções exercidas por este profissional na UBS:

*No meu caso, na unidade de saúde é mais quando existe algum tema, quando existe algum tema em específico né, aí nos em conjunto com a equipe da enfermagem fazemos algum (pausa) alguma reunião nesse sentido. (P8)*

Com relação ao trabalho exercido pelo psicólogo integrante do NASF, foi citado com maior frequência aquele realizado em torno de educação em saúde para o usuário, e também na internação hospitalar no momento do parto:

*[...] tenho mais contato lá no centro médico, exatamente quando a gestante, é no caso a parturiente, está prestes à dar a luz, nós temos contato com esta gestante informando a respeito da unidade (pausa) às vezes alguma dúvida (pausa). (P8)*

A nutricionista e a fisioterapeuta falam sobre o trabalho exercido:

*Na minha parte eu faço avaliação nutricional, a gente pergunta muito sobre suplementação, a importância da alimentação nessa fase da gestação (pausa) então eu faço mais nesse sentido, tento é fazer com que ela absorva o máximo de importância de qualidade de alimentação. (P7)*

*[...] mas sempre tento falar do assoalho pélvico, mostrar para ela o que é, para que serve, a importância dela e no parto natural, a gente também ensina os exercícios para ela saber na hora do parto é (pausa) o momento dela contrair, o momento dela relaxar para facilitar a passagem do bebe[...]. (P6)*

A portaria nº 648 de 28 de março de 2006 do Ministério de Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, aponta que a existência de uma equipe multiprofissional é necessária para a implantação das equipes de saúde da família, devendo esta ser composta por,



no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e odontólogo. Estes profissionais fazem parte da composição da equipe na UBS em estudo, havendo também o apoio matricial (NASF) de uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga, o que é condizente com a referida portaria do Ministério de Saúde.

### *As fragilidades em recursos humanos*

Durante a realização do grupo focal em vários momentos foi abordada a qualidade da assistência prestada às gestantes, quanto ao atendimento pelos profissionais envolvidos no pré-natal.

Em estudos realizados por Viellas *et al* (2014), e por Carvalho *et al* (2015), foi demonstrado que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, com valores elevados em praticamente todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, porém, atenção especial deve ser dada à qualidade da assistência prestada, onde vários aspectos devem ser abordados, inclusive o preparo do profissional que está prestando esta assistência.

A fala seguinte sinaliza pontos frágeis quanto à consulta realizada:

*Eu acho que falta também, um pouquinho de, de vamos assim dizer, “felling”, de tato, de perspicácia às vezes de quem tá ali. Porque por exemplo eu vi gestante ser encaminhada com pré- eclampsia e, a única coisa que ela tem é edema, ela não tem pressão alta! A paciente chega lá louca, transtornada, achando que vai morrer de eclampsia, né (pausa). (P2)*

O profissional referiu que no atendimento pré-natal há falhas simples como a aferição inadequada da pressão arterial, levando a um erro diagnóstico e transtornos emocionais para a paciente.

No Brasil, na maioria dos locais, a principal causa de morte materna é a pré- eclampsia e eclampsia, conforme citações de Mendes *et al* (2013) e de Brasil (2012). A medida da pressão arterial, realizada de maneira correta pode captar este risco precocemente ainda na APS.

Durante a realização do pré-natal na assistência primária à saúde, várias são as oportunidades de medida da pressão arterial, desde o acolhimento até as consultas intercaladas entre médico e enfermeiro. É inadmissível não ser feito o diagnóstico de hipertensão arterial, quando temos o técnico de enfermagem, o enfermeiro e o médico medindo corretamente a pressão arterial.

De acordo com Zugaib (2008) e Mendes *et al* (2013), um pré-natal adequado, com controle frequente da pressão arterial é uma estratégia importante no combate à mortalidade materna, o que pode ser realizado de rotina na consulta inicial do pré-natal e nas consultas de retorno, e as alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves maternas e fetais, e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal.

Nos países em desenvolvimento a hipertensão gestacional é a principal causa de morte materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo (BRAISL, 2012).

Ainda dentro das fragilidades em recursos humanos observamos uma fala que faz referência a um exame realizado de rotina na consulta de pré-natal: a medida da altura do fundo uterino:

*[...] ou ao contrário, você mede uma altura uterina da paciente, você mede e tá lá no percentil bem abaixo (pausa) não, tá tudo certo (pausa) e eu não sei o que. (P<sub>2</sub>)*

De acordo com orientações de Brasil (2012), a palpação obstétrica tem como objetivos identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional, identificar a situação e a apresentação fetal. Quando há desvios na curva de altura do fundo uterino, é necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

Ainda em relação ao exame clínico obstétrico, Nunes *et al* (2016) disseram que a aferição da pressão arterial, peso e estatura, índice de massa corpórea e altura do fundo uterino realizados durante o pré-natal são importantes para prevenir, identificar e corrigir anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna e/ou fetal.

O profissional que citou a inadequada medida da altura do fundo uterino é responsável pelo pré-natal de alto risco na UBS em pesquisa. Esta é uma medida simples que quando realizada de maneira correta, pode detectar riscos na evolução da gravidez, tanto para a mãe, quanto para o feto, condizente com estudo realizado por Nunes *et al* (2016) e Brasil (2012).

Observamos portando que procedimentos simples e que deveriam estar sendo realizados de rotina são feitos de maneira inadequada, ou mesmo não são realizados. O mesmo profissional da fala anterior continua dizendo:

*Então falta isso, falta também, acho muito de acabar de saber analisar um exame correto. (P<sub>2</sub>)*

O profissional fez referência à dificuldade na análise do resultado de exames laboratoriais. São vários os exames complementares solicitados na primeira consulta de pré-natal e nas consultas subsequentes. No caderno de Atenção Básica, “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco”, Brasil (2012), e também de acordo com Peixoto (2014), são oferecidas orientações quanto às condutas a serem tomadas frente aos resultados de exames complementares de rotina, por exemplo: quando a contagem de plaquetas está abaixo (trombocitopenia), e os níveis séricos das enzimas hepáticas (transaminases) aumentado, temos que pensar em uma hipertensão gestacional grave, que é importante causa de mortalidade materna.

Os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem ser capazes de interpretar os resultados dos exames complementares solicitados.

É preocupante a fala de um funcionário do serviço que diz não haver profissionais aptos ao exercício da assistência de pré-natal e parto qualificados, e segundo Carvalho *et al* (2015) e Kooffman *et al* (2005), um pré-natal adequado, com qualidade é essencial para a redução da mortalidade materna, seja por causas diretas, como indiretas.

Carvalho *et al* (2015) disseram ainda que não menos importante que o número de consultas pré-natais e a sua qualidade é também *a qualificação dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal*.

A fala abaixo denuncia esta importante fragilidade na assistência à gravidez no serviço em estudo:

*Não temos profissionais capacitados pro alto risco, tanto na obstetrícia, tanto na pediatria, tanto na enfermagem, tanto na técnica de enfermagem, não tem! A gente não tem essa capacidade (pausa).  
(P<sub>2</sub>)*

À medida que foram surgindo as falas que colocaram em evidência as dificuldades em recursos humanos enfrentadas na assistência pré-natal, maior necessidade percebemos da importância de um programa de educação interprofissional, como estratégia para melhoria desta assistência, o que é concordante com estudo realizado por Carvalho *et al* (2015), que assinalou a importância da EPS da equipe multiprofissional responsável pelo cuidado à gestante, para que o atendimento seja pautado em saberes científicos e tecnologias capazes de prevenir/reduzir a morbimortalidade materna.

### *Fragilidades da gestão*

De acordo com Peixoto (2014), falar de assistência pré-natal é falar de investimento no futuro, por isso a garantia de acesso a este benefício deveria ser a preocupação de todos os gestores da saúde, sendo que este atendimento de qualidade prestado à gestante de risco habitual nas UBSs é o principal fator na prevenção para evitar que gestações de risco habitual se transformem em gestações de alto risco.

Em vários momentos foram realizadas referências às dificuldades de realização de exames complementares:

*Falta agilidade no resultado do exame, falta acesso para realizar mais exames (pausa). (P<sub>2</sub>)*

Orientações do Brasil (2012) dizem que na primeira consulta de pré-natal, além de uma anamnese detalhada, do exame físico geral e gineco-obstétrico, são solicitados exames complementares básicos, que aliados à avaliação clínica definem o estado atual da paciente, sendo um momento oportuno para se captar algum risco gestacional, como por exemplo o diabetes gestacional.

É comum que a paciente faça os exames complementares, porém o acesso ao resultado é demorado, e quando chega a paciente já se encontra na fase final de gravidez, perdendo então a oportunidade de um tratamento adequado que poderia diminuir os riscos de complicações materna e fetal:

*Então eu acho que falta agilidade no resultado do exame né (pausa) por exemplo, essa última consulta de pré-natal, no último dia que fui no postinho, sem ser esta quarta, na quarta passada, recebi uma toxoplasmose IgG e IgM positivos, a paciente tinha colhido com oito semanas, é(pausa) então dava tempo de fazer uma VDI e descartar que teria sido na gravidez, o resultado chegou para ela com 28 semanas! (P<sub>2</sub>)*

Quando P<sub>2</sub> disse que dava tempo para fazer uma VDI ela se referiu ao teste de avidéz para toxoplasmose, que é um exame complementar que orienta se a doença é antiga ou se aconteceu recentemente.

Na infecção por toxoplasmose o diagnóstico é feito pela detecção de IgM em mulheres previamente negativas, e a soroconversão é o método para confirmar a doença aguda. Diante um resultado IgG e IgM positivos é feito o diagnóstico de uma provável infecção aguda e, deve

ser afastar IgM residual solicitando teste de avidéz para os anticorpos IgG (PEIXOTO, 2014).

O objetivo da propedêutica complementar durante a pré-natal é proporcionar o nascimento de uma criança saudável, com risco mínimo para a mãe e seu concepto. Quanto mais cedo o problema for diagnosticado, maiores serão as possibilidades de solução (PEIXOTO, 2014).

Concluindo o caso citado por  $P_2$ , e de acordo com Peixoto (2014), o atraso no acesso ao resultado do exame impossibilitará o tratamento da paciente em tempo hábil de se evitar a transmissão vertical (para o feto), o que poderá trazer sequelas graves no recém-nascido. Observamos desesperança verbal e não verbal no momento da fala seguinte:

*[...] não dá tempo de fazer mais nada, é tratar e rezar o pai nosso [...].*  
( $P_2$ )

Ainda guardando relação com os exames complementares realizados durante o ciclo gravídico outras falas emergiram:

*Porque a gente sabe que tem alguns exames que tem que ser repetidos com certa periodicidade, sorologias que tem que ser feitas bimensais, é combs indireto mensal, a urocultura pelo menos uma no início da gravidez, e a gente não tem!* ( $P_2$ )

Observando o Quadro 3 as sorologias para toxoplasmose e sífilis são repetidas no I, II e III trimestres de gravidez. Sorologias para toxoplasmose, HIV e hepatite B são repetidas no I e II trimestres da gestação, é que é condizente com a fala de  $P_2$ .

Quadro 3: Exames recomendados de acordo com o trimestre de gestação.

PRIMEIRO TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCEIRO TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipagem sanguínea (ABO/Rh) e teste de combs indireto se indicado</li> <li>• Hemograma completo</li> <li>• glicemia de jejum</li> <li>• urina I e urocultura</li> <li>• Sorologias: rubéola, toxoplasmose, sífilis, citomegalovirus, hepatite B,</li> <li>• Hepatite C e HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo</li> <li>• Teste oral de tolerância à glicose</li> <li>• Sorologias: toxoplasmose e Sífilis</li> <li>• USG morfológico de II trimestre com Doppler colorido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo</li> <li>• Sorologias: toxoplasmose, hepatite B e HIV</li> <li>• Urina I e urocultura</li> <li>• Cultura seletiva para streptococo hemolítico</li> <li>• USG obstétrico com Doppler</li> <li>• Cardiotocografia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH</li> <li>• Parasitológico de fezes</li> <li>• Colpocitologia oncológica e USG morfológico.</li> </ul>		basal
--	--	-------

Fonte: Peixoto (2014).

O hemograma deve ser realizado nos três trimestres da gravidez, de acordo com Peixoto (2014), o que não ocorre segundo a fala de P<sub>2</sub>:

*[...] então falta agilidade, falta disponibilidade dos exames, que as meninas sabem, hemograma faz um na gravidez, e quando ainda tá fazendo, porque parece que o aparelho ficou estragado um tempão! (P<sub>2</sub>)*

Os exames de urina de rotina e urocultura devem ser realizados no primeiro e segundo trimestres de gestação, de acordo com Teixeira (2014), o que não é observado no serviço de acordo com as falas dos profissionais que estão envolvidos na assistência pré-natal:

*Eu tive gestante que passou a gravidez inteira sem fazer urocultura e eu entrava com antibiótico empírico para ela (pausa) tô com dor, passava antibiótico (pausa) fazer o quê? Tá errado? tá (pausa) mas eu vou fazer o quê? (P<sub>2</sub>)*

O exame de ultrassonografia, que faz parte dos exames complementares realizados durante o pré-natal, também foi citado durante as discussões:

*É, pelo menos um ultrassom, o Ministério de Saúde preconiza pelo menos um ultrassom que seja em torno de 20 semanas, que é o período ideal para datar e o morfológico. Eu nunca vi um ultrassom morfológico das pacientes do SUS! (P<sub>2</sub>)*

A ultrassonografia é um exame complementar que de acordo com Teixeira (2014), deve ser realizado uma vez no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação. De acordo com Zugaib (2008), devem ser realizados quatro exames: dois no primeiro trimestre, um no segundo trimestre e outro no terceiro trimestre. De acordo com o Ministério de Saúde (2012) no pré-natal de risco habitual não existe a indicação da realização do exame, podendo ser feito um no primeiro trimestre de gestação.

É deduzido da fala de P<sub>2</sub> que não são realizados exames de ultrassonografia de acordo com as orientações atuais, e que as pacientes recorrem ao serviço privado para realizarem o

exame:

*[...] minhas pacientes que tem é porque algumas pagam particular, porque eu explico a importância, que as vezes elas economizam e fazem [...]. (P<sub>2</sub>)*

Viellas *et al* (2014) fizeram observação contrária à fala de M<sub>2</sub>, quando em estudo realizado assinalaram que 98% das puérperas referiram ter realizado exame de ultrassonografia no pré-natal, sendo que a menor proporção foi observada na região Norte e as maiores nas regiões Sul e Sudeste.

Foi observado nas atitudes de P<sub>2</sub> protesto verbal e não verbal, quando durante a fala a mesma assumia uma atitude de inquietação frente aos recursos materiais fornecidos pelo poder público, deixando evidente a insatisfação frente à gestão:

*[...] então falta a questão dos exames que são essenciais sim!, falta o ultrassom que é essencial sim! (pausa) ah, tô com dor, passava antibiótico, fazer o quê?, tá errado?, tá!, então eu vou fazer o que? (P<sub>2</sub>)*

Deduzimos da fala anterior que há situações em que são tomadas condutas indevidas em consequência da indisponibilidade da realização de exames complementares rotineiros, e outro profissional diz concordar quanto aos problemas de gestão:

*O que P<sub>2</sub> falou, tem razão, mas esta é uma parte técnica que tem a ver com recursos da secretaria [...]. (P<sub>1</sub>)*

As falas anteriores P<sub>2</sub> e P<sub>1</sub> fazem referência à indisponibilidade de recursos financeiros para a realização de exames complementares, gerando prejuízos na qualidade da atenção à gestante, o que é condizente com estudo realizado por Nunes *et al* (2016), onde foram destacados como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização de exames laboratoriais de rotina, as prescrições e orientações durante as consultas.

Viellas *et al* (2014) são concordantes com Nunes *et al* (2016) quando ressaltam que o principal objetivo dos exames de rotina no pré-natal é a identificação de intercorrências, com intervenções oportunas para preservar a saúde da mulher e do feto.

## *Fragilidades do Usuário*

Percebemos que os profissionais envolvidos no cuidado com a gestante e sua família por várias vezes citaram a falta de compromisso da paciente para com o serviço de saúde:

*É, parece que existe uma dificuldade em entender que aquilo que elas têm direito de ter, que elas têm tudo que elas têm direito no posto de saúde, só que elas vêm como obrigação, como dever. (P<sub>8</sub>)*

Investigando a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015, em relação ao acesso e assistência prestada, Nunes *et al* (2016) disseram serem necessárias políticas de saúde de incentivo para maior qualificação das consultas realizadas, e que envolvam maior vínculo entre os profissionais e as pacientes. Observamos durante a realização do grupo focal insatisfação dos profissionais quanto à falta de vínculo da paciente com o serviço:

*[...] nós temos um obstáculo importante muito forte que é o paciente, o usuário hoje é um obstáculo importante para nós e pro SUS [...]. (P<sub>9</sub>)*

De acordo com estudo realizado por Gonçalves *et al* (2008) e concordante com Nunes *et al* (2016), a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e pelo serviço guarda relação com a adesão das mulheres ao pré-natal, e esta adesão é essencial para a diminuição dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que é de conhecimento que 98% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, como melhorar a qualidade do cuidado perinatal e garantir o acesso ao serviço da saúde.

A fala seguinte reporta a falta de adesão da paciente ao serviço de saúde, segundo o profissional da UBS em estudo, trazendo prejuízo ao desfecho final da gravidez, de acordo com o que foi dito por Gonçalves *et al* (2008):

*[...] o que realmente falta um pouco seria a falta de consciência do paciente no papel dele também, porque ele também tem o papel dele né (pausa) ele tem o compromisso de ir aos atendimentos, de fazer o que é informado prá ele, de comparecer para fazer os exames né, e nem sempre eles levam isso tão a sério. Muitas vezes o desenlace é ruim, mas, também, nem sempre por culpa da equipe que atendeu, às vezes do próprio paciente [...]. (P<sub>1</sub>).*

Nunes *et al* (2016), em estudo realizado citaram a importância de ações de educação



em saúde realizadas por profissionais ou grupos de discussão, mesmo antecedendo a consulta, como importantes durante o pré-natal. Estas ações teriam como objetivo a promoção e prevenção primária à saúde, onde as mães têm a oportunidade de compartilhar questionamentos, além do importante estabelecimento de vínculo com os profissionais.

A falta de adesão da paciente aos serviços prestados na UBS parece incomodar vários profissionais participantes da pesquisa, não apenas quanto à assistência em saúde, mas também quanto à educação em saúde, e outras atividades que não guardam relação direta com a consulta pré-natal, como citado por Nunes *et al* (2016) no parágrafo anterior. A fala seguinte sinaliza o descomprometimento do usuário com o serviço:

*[...] a última unidade que eu fui convidada a dar uma palestra, falando de prevenção do suicídio, por exemplo, que foi o tema de setembro, que seria com gestantes num posto de saúde, não compareceram (pausa) nenhuma gestante compareceu [...]. (P8)*

Analisando as falas anteriores observamos que é atribuída ao usuário do sistema de saúde, pelos profissionais envolvidos na pesquisa, a falta de comprometimento com o serviço e com ele mesmo, o que persiste:

*Mas falta principalmente interesse deles (pausa) a gente até anota lá, paciente avisada, fulana seu exame liberou, e a fulana não vai, aí ela perde [...]. (P11)*

*[...] porque do ano passado para cá estão autorizando os ultrassons obstétricas, então até duas, tem paciente que até chegou a fazer duas, só que elas perdem, elas não vão lá (pausa) elas não vão (pausa) ah, passou, então não faz. (P11)*

*[...] o hemograma tá liberado agora de três em três meses, só que elas não vão fazer, elas não vão fazer [...]. (P11)*

Nas falas são feitas referências à não realização, assim como desconsideração quanto aos resultados dos exames, decorrentes da falta de interesse da própria usuária.

De acordo com Brasil (2012), a construção de vínculo com compromisso entre os profissionais e os usuários ao longo do tempo, pressupõe a longitudinalidade do cuidado e a continuidade da relação clínica, o que não observamos quando enfermeira cita a falta de vínculo entre a paciente e o serviço prestado.

*[...] eu acho no mais vai do interesse da própria gestante também, né (pausa) também tem a questão da outra parte, nos fazemos a nossa parte e a gestante tem que fazer a parte dela. (P5)*

Durante as discussões percebemos não apenas nas falas, mas também na linguagem corporal de muitos dos participantes a insatisfação em relação ao descaso do usuário com o serviço de saúde. Os profissionais apontam que o descompromisso do usuário limita a qualidade do atendimento.

*[...] porque você programa, você faz (pausa) chega lá, de vinte e cinco vão duas (pausa) quando duas vão! quando vão duas! (pausa) a gente precisa conseguir que ela entenda que isso é para o bem dela. (P6)*

Não observamos durante as discussões no grupo focal o que foi escrito por Nunes *et al* (2016), que afirmaram ser necessário ir além de valores numéricos exigidos para uma boa assistência pré-natal, devendo-se levar em consideração a qualidade destas consultas, assim como o tempo e atenção despendidos, as orientações, o acolhimento e o vínculo, sendo tudo isto primordial para avaliar a eficácia da assistência pré-natal.

A transcrição seguinte reporta a falta de atenção ou desconsideração da paciente quanto à importância da assistência pré-natal:

*[...] é também no fim das contas né, pelo jeito que é o SUS, a paciente fazendo o pré-natal ou não fazendo, fazendo exame ou não fazendo, o parto dela tá garantido, o salário prá ajudar ela tá garantido, tudo tá garantido (pausa) se ela recebe bolsa família (pausa). (P2)*

Contrário à observação feita e declarada insatisfação de M<sub>2</sub>, Peixoto (2014) diz que para que a paciente tenha um bom desfecho no final de sua gravidez o número de consultas recomendado é igual ou superior a seis e, o risco gestacional tem que estar sendo avaliado em cada consulta, sendo a assistência pré-natal considerada um conjunto de medidas benéficas que tem como objetivo propiciar o desenvolvimento de uma gravidez saudável.

Dando sequência à subcategoria fragilidades do usuário observamos que alguns outros participantes concordaram com a observação de M<sub>2</sub>, onde a paciente independente de fazer pré-natal ou não, tem a assistência ao parto garantida no SUS. Foi dito também que a paciente se importa mais com os benefícios recebidos (bolsa família, licença maternidade) do que com a assistência pré-natal:

*[...] porque o paciente em si, ele às vezes precisa até ser amedrontado por um agente de saúde, dizendo se você não for, você vai perder a bolsa família (pausa). (P8)*

Por várias vezes foi citada a palavra “barganha”, como referência ao fato de que a paciente por várias vezes só comparece ao serviço para atendimento se houver “algo em troca”:

*[...] sim, mas aí se você fala que vai ser é uma palestra, e que todo mundo que sair de lá vai ganhar uma laqueadura (pausa) aí [...]. (vários risos e murmúrios). (P2)*

*[...] ou vai ganhar um ultrassom [...]. (P9)*

*[...] porque em educação e saúde você tem que oferecer simplesmente o seu conhecimento (pausa) mas muitas vezes para você prender, para a pessoa retornar, para não faltar você tem que oferecer muito mais que isso, oferecer um pacote de fraldas. (P7)*

Viellas *et al* (2014) disseram que em estudo realizado quase 90% das puérperas referiram ter sido atendidas pelo mesmo profissional durante o pré-natal, indicando a continuidade da assistência, que é importante para criação de vínculos entre o profissional e a gestante; e que a realização da consulta por diferentes profissionais tem sido associada à má qualidade do pré-natal.

Em falas transcritas abaixo observamos a não adesão da paciente ao tratamento quando a mesma é atendida por profissionais diferentes, o que está de acordo com Viellas *et al* (2014):

*Aí eu vou pegar a ficha da paciente, ta lá (pausa) faltou três consultas, porque a gente sempre anota se ela não vai, paciente faltou na consulta médica (pausa) e ela sempre quer ser atendida por um determinado médico (pausa). (P11)*

*As consultas marcadas comigo das gestantes ela vão sem saber o que é (pausa) e elas falam tem consulta, e chega lá tô eu (pausa) oi gente! (P7)*

Dentro das diretrizes da Atenção Básica à Saúde temos o estímulo à participação dos usuários para que seja ampliada sua autonomia na construção do cuidado à sua saúde, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde; porém na transcrição seguinte vemos a desesperança do profissional quanto ao descaso da paciente com sua própria saúde e do filho que está sendo gerado:

*[...] paciente faltou na consulta médica, a gente vê que ela tá lá fora fumando, a gente vê que ela chegou com bebida, então a gente fica sem saber o que fazer (pausa) às vezes a gente fala com ela: mas mãe tem o nenenzinho, e ela pega e sorri para você e fica assim, e daí, né! (P11)*

Várias discussões giraram em torno do vínculo da paciente com o serviço de saúde, onde os profissionais atribuíram falhas no atendimento em decorrência da falta de vínculo entre o usuário e o serviço. Conforme orientações do Ministério de Saúde (2012), o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, gerando o processo da corresponsabilização pela saúde, sendo construído ao longo dos anos e, que carrega em si um potencial terapêutico.

#### *As fortalezas*

Foram citadas as qualidades do serviço no cuidado da gestante, segundo a visão dos trabalhadores da UBS:

*Eu vejo assim (pausa) ah, ah, eu já trabalho com né, no SUS aqui em Jataí há onze anos, desde o início trabalho com pré-natal eu percebo que, o que é oferecido para as pacientes nas UBSs é um serviço bom, eu classifico como bom (pausa) eu acredito que basicamente o que se oferece é suficiente, né. (P1)*

De acordo com o olhar do profissional a assistência à gravidez no local do trabalho é satisfatória, classificando como bom, e ainda diz:

*Eu vejo que o que é ofertado para o próprio paciente, já em si, poderia evitar muitos problemas [...]. (P1)*

Um serviço de pré-natal bem estruturado deve captar precocemente a gestante na comunidade em que está inserida, e também fazer com que ela se mantenha motivada a manter seu acompanhamento pré-natal, para que bons resultados sejam alcançados (BRASIL, 2012). Nas falas seguintes P<sub>3</sub> é concordante com P<sub>1</sub>, quando faz referência às qualidades da assistência pré-natal prestada:

*[...] sim, porque no meu entender é feito quase tudo, né. Porque a gente busca ela, vai pro médico, elas são bem atendidas, faz o pré-natal. (P3)*

*É porque é feito a base. A gente busca, elas são consultadas duas vezes no mês, uma pelo enfermeiro, outra pelo médico (pausa) já é feito tudo ué (pausa) tem a base, porque a base é bem feita [...]. (P<sub>3</sub>)*

Durante a transcrição do grupo focal percebemos a dificuldade dos profissionais envolvidos na pesquisa em pontuar a efetividade da assistência pré-natal prestada na UBS em estudo, e que alguns dos trabalhadores envolvidos na pesquisa consideram ideal a assistência à gravidez prestada na APS, o que não é coerente quando se considera a elevada RMM no município em estudo.

#### 6.4 QUARTA CATEGORIA: MORTALIDADE MATERNA

A elevada razão da mortalidade materna no município de Jataí é o problema que dá objetivo à pesquisa realizada. Procuramos identificar os saberes dos profissionais envolvidos no cuidado à gravidez quanto à mortalidade e a razão da mortalidade materna no município de Jataí. Esta categoria foi dividida em três subcategorias:

- A razão da mortalidade materna e o CMM;
- A captação do risco gestacional na APS;
- Redução da mortalidade materna na APS e EPS.

##### *A razão da mortalidade materna e o Comitê de Mortalidade Materna*

Os dois temas foram abordados em conjunto levando em consideração que os Comitês de Mortalidade Materna (CMM) se mostram uma política importante, tanto para se conhecer as dimensões verdadeiras do problema em cada região, como também para discussão junto aos serviços de saúde de referência à gestante e à rede básica que realizam o pré-natal, sobre o tipo de atenção que tem sido prestado às gestantes, como foi enfatizado em estudo realizado por Mendes *et al* (2013).

Quando foi colocado em discussão no grupo focal o conhecimento do que é a RMM observamos que alguns dos participantes não sabiam o correto significado do termo:

*Porque ocorre a mortalidade? (pausa) é?(pausa) seria nesse sentido assim? (P<sub>3</sub>)*

P<sub>3</sub> questiona ser a razão da mortalidade materna a causa ou motivo da morte materna,

ou seja, o porquê as pacientes grávidas morrem, demonstrando desconhecer o que significa o termo.

A razão da mortalidade materna é definida como o número de óbitos maternos, por 100.000 nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (LAURENTI *et al*, 2008)), conceito este diferente da concepção da  $P_3$  .

*É um número por mil, num é? (P<sub>2</sub>)*

*Cem mil nascidos vivos, né (pausa) é, seria o número de óbitos maternos por cem mil nascidos vivos? (P<sub>1</sub>)*

Os profissionais nas falas acima sinalizaram algum conhecimento do significado do termo RMM, não definindo de maneira precisa a etimologia da palavra.

Foi colocado em discussão o conhecimento do termo pela pesquisadora, porque um dos objetivos específicos da pesquisa é a EPS como proposta para redução da mortalidade. O desconhecimento do termo RMM já prenuncia a necessidade de medidas educativas que qualifiquem os profissionais envolvidos no cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

O fato de terem ocorrido duas mortes maternas no ano, como o que aconteceu em 2013, dá a impressão de ser baixa a mortalidade materna, porém a atenção deve ser dada ao fato de que em Jataí naquele ano nasceram 1503 crianças, de acordo com informações do DataSUS (2014), o que deduz uma RMM de 133 mortes/100.000 nascidos vivos.

Quando questionados sobre o número de mortes maternas ocorridas no município, os participantes não souberam informar a prevalência destes óbitos apesar da relevância do tema, além de desconhecerem os dados do DataSus (2015), que mostraram ter ocorrido sete mortes maternas no período de 2011 a 2015. Os profissionais das falas seguintes, mesmo estando atuantes na assistência à gravidez e parto, não souberam precisar o número de mortes maternas ocorrido no período estudado:

*Agora quanto, ao número exato na cidade de Jataí, eu não sei precisar, né [...]. (P<sub>1</sub>)*

*Eu sei que é pouco [...]. (P<sub>2</sub>)*

A RMM no município de Jataí, de acordo com dados do Brasil DataSUS (2015), apresentou-se elevada quando comparada com os dados do Brasil e Goiás. No ano de 2015 a

RMM em Jataí foi de 141,54 mortes/100.000 nascidos vivos, enquanto a média nacional foi de 54,9 mortes/100.000 nascidos vivos, dados estes não condizentes com as falas de  $P_1$  e  $P_2$ .

O reconhecimento da real magnitude da mortalidade materna é um dos grandes desafios para que ocorra a sua redução. Não saber o número de mortes maternas em um determinado local sinaliza para a subnotificação/subinformação, ou mesmo desconsideração da relevância do tema (DIAS *et al*, 2015).

Segundo dados do IPEA (2015) a razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta que fora estipulada para 2015 de 35 óbitos/100.000 nascidos vivos. Estando a RMM em Jataí muito acima do esperado, os profissionais envolvidos na pesquisa por meio de suas falas atestaram desconhecer a realidade local.

Dando sequência a estas falas, observamos com clareza que os profissionais envolvidos na pesquisa, desconhecem a RMM no local do trabalho.

*Agora para as mães propriamente dito, felizmente não lembro. (P<sub>1</sub>)*

Quando os profissionais envolvidos na pesquisa dizem ser pouco o número de mortes maternas ocorridas no município, atestam o desconhecimento dos dados do IPEA, (2014), que diz ser a RMM brasileira de 141 mortes/100.000 nascidos vivos em 1990, exatamente igual à de Jataí em 2015, que foi de 141 mortes/100.000 nascidos vivos.

Diante de dados que tanto chamaram atenção, foi colocado em discussão a existência ou não de um CMM no município, que segundo Mendes *et al* (2013), conhecer os fatos, identificar os problemas assistenciais e propor soluções são muito importantes para que ocorram mudanças que se fazem necessárias para a redução mais rápido do indicador.

Os CMMs, foram definidos como órgãos de natureza multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência (BRASIL, 2007). A existência de um CMM no município de Jataí foi mencionada durante a discussão do grupo focal:

*[...] é porque eu fiz parte muito tempo da comissão de óbito fetal da secretaria. (P<sub>2</sub>)*

O CMM foi mencionado como uma “comissão de óbito fetal”, da Secretaria Municipal de Saúde. A implantação destes comitês contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos, e conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre a mortalidade materna (BRASIL, 2002). Não houve coerência quando o

profissional disse fazer parte da comissão de óbito fetal (que também investiga as mortes maternas) com o desconhecimento da real situação da RMM no município de Jataí.

Nas transcrições abaixo os participantes apontaram algumas das atividades desenvolvidas pelo CMM, onde as mortes materna e neonatal são investigadas com reuniões mensais que acontecem na Secretaria Municipal de Saúde.

*Nós fazíamos reuniões mensais para discutir os casos (pausa) é, os óbitos que ocorrem, as causas. O que eu percebia é que ocorre muito óbito de fetal né, de bebês. (P<sub>1</sub>)*

*Sim (pausa) porque o pessoal lá da secretaria que cuida dessa parte, eles são bem atuantes. (P<sub>2</sub>)*

De acordo com as falas de  $P_1$  e  $P_2$  os óbitos maternos ocorridos no município de Jataí sempre são alvo de investigação; contrário aos dizeres de Brasil (2007) quanto aponta que no Brasil ainda há dificuldades na identificação dos casos de morte materna, devido ao preenchimento inadequado das declarações de óbito e ao grande número de sub-registros destes óbitos.

Nas transcrições seguintes outras falas sinalizaram não estar de acordo com os subregistros/subnotificações que ocorrem em vários municípios brasileiros:

*[...] é, às vezes o paciente pode ir a óbito lá, né (pausa), (se referindo a Goiânia), então assim, elas entram em contato, vão atrás né, eles fazem a revisão do prontuário, dos atestados de óbitos, né! Então assim, até que subnotificação acredito que não aconteça muito aqui, porque a comissão é bem atuante, né. (P<sub>1</sub>)*

*Eu sei que sempre que tem óbito né, sei que investiga, que vai atrás. (P<sub>2</sub>)*

A subinformação e o subregistro das declarações de óbito dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna. O preenchimento incorreto da declaração do óbito gera subinformações quanto à causa da morte. Profissionais da saúde desconhecem a maneira correta de preencher da declaração de óbito, e não dão a real importância a este documento. O subregistro é a omissão do registro do óbito em cartório (BRASIL, 2012).

Emergiu, porém, em outro momento a falta de informação quanto a um óbito ocorrido no município, o que é condizente com o que foi escrito no parágrafo anterior:



*Sim (pausa) uma morte materna no ano de 2015, mas não sabe é, isso é, no índice lá não justificou a causa da morte materna (pausa) mas teve uma morte materna! (P<sub>4</sub>)*

Mendes *et al* (2013), concluíram que o conhecimento dos fatos, a identificação dos problemas e a proposta de soluções são importantes para desencadear as mudanças necessárias para a redução da mortalidade materna, conclusão esta que se aplicada no município de Jataí contribuirá para a redução deste indicador (RMM).

Foi ainda citada de maneira aleatória por um dos participantes uma morte materna ocorrida no município em estudo no ano de 2016:

*Esse ano teve também, esse ano teve que eu ouvi falar [...]. (P<sub>3</sub>)*

Guardando relação com esta fala, em pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde foi constatado um óbito materno, ainda não investigado, no ano de 2016; óbito este referido pela ACS. Apesar de o período investigado ser de 2011 a 2015 citamos este óbito mais como alerta quanto às subnotificações e subregistros.

Quanto ao CMM citado foi realizada uma pesquisa, onde foi constatado que em Jataí, em 02 de agosto de 2011 foi criado o grupo técnico com o intuito de apontar medidas para a prevenção de morte materna e infantil, através da PORTARIA SMS nº 002. Composto este grupo estão representantes dos segmentos organizados da sociedade civil, sendo realizadas reuniões mensais.

Uma das atribuições deste comitê é descrever o perfil da mortalidade materna, infantil e fetal no município de Jataí. O grupo atua na prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal, com caráter eminentemente educativo, não punitivo, e visa analisar os casos ocorridos e apontar medidas de intervenção para a redução dos casos, bem como a superação de eventuais limitações, de forma a garantir o cumprimento de suas atribuições (SMS JATAÍ, 2015).

#### *Captação do risco gestacional na assistência primária*

Várias falas sinalizaram as práticas e os saberes dos trabalhadores frente aos sinais considerados de risco na gravidez.

De acordo com Zugaib (2008), a redução da mortalidade materna e perinatal é um desafio para o Brasil, que ainda apresenta altas taxas de ocorrências. Várias estratégias têm sido propostas para que este cenário se modifique, e a *identificação dos fatores de risco no pré-natal*

é uma medida simples, mas de grande valia.

De acordo com estudo realizado por Carvalho *et al* (2015), que aborda a prevenção da mortalidade materna no pré-natal, a identificação precoce dos fatores de risco, ainda na assistência primária, tem um grande impacto na redução da morbimortalidade materna:

Um acompanhamento pré-natal efetivo tem um grande impacto na redução da morbimortalidade materna desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, nos quais devem ter qualidade suficiente para identificar precocemente os fatores de risco para a mulher e controlá-los oportunamente.

Um dos participantes da pesquisa chama a atenção para o edema gestacional como sendo um sinal de alarme na evolução da gravidez. Apesar de edema de membros inferiores isoladamente não representar um risco à evolução da gestação, como observado no caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), válida é a observação, pois se associado ao edema temos a hipertensão arterial estaremos diante de uma das principais causas de morte materna, que é a pré-eclampsia.

*Isso acontece por exemplo eu chego na casa, na UBS, eu chego lá e vejo que os pés dela tá inchando, o que eu faço, eu converso com ela, ela conversa com ele, prá poder marcar, prá ele olhar. (P<sub>3</sub>)*

Dando sequência ao seu raciocínio, quando fez a observação do edema gestacional como sendo um sinal de alarme, P<sub>3</sub> faz referência à hipertensão arterial, sabidamente um importante fator de risco gestacional:

*[...] é pressão alta entendeu, porque como a gente fala muito, orienta muito sobre isso, aí eu passo prá elas ( se referindo às enfermeiras), eu passo prá frente o problema, eu não fico com ele ali. (P<sub>3</sub>)*

A fala da P<sub>3</sub> é condizente com a orientação de que o risco gestacional identificado precocemente possibilitará redução da morbimortalidade materna-infantil, e que o acolhimento com classificação de risco gestacional pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado (BRASIL, 2012; ZUGAIB, 2008; CARVALHO *et al*, 2015).

De acordo com Rosenberg *et al* (2006), pacientes consideradas com gravidezes de alto risco têm chances de complicarem 5,3 vezes mais, com possibilidades de morte, senão acompanhadas em um bom serviço de assistência pré-natal, onde ocorra o reconhecimento do risco gestacional desde o início do pré-natal e em todas as consultas de acompanhamento.

Durante o estudo realizado, observamos que os profissionais envolvidos na pesquisa e que prestam assistência pré-natal demonstraram em suas falas entender que a hipertensão arterial é um fator agravante na evolução da gravidez, sendo, portanto, considerado por eles de risco.

*Ou por exemplo, na minha consulta de acompanhamento né, igual aconteceu esses dias, a gestante com obesidade né, apareceu apresentando pico hipertensivo [...]. (P5)*

*[...] até mesmo quando passa no posto de enfermagem, se a gente vai verificar uma PA, aí a gente vê alguma coisa diferente, estranha, a gente comunica com a enfermeira, aí ela comunica com o médico. (P10)*

Os fatores de risco podem ser identificados na assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde, que compõem a equipe multiprofissional e interdisciplinar estejam em alerta a todas etapas da história clínica e do exame físico, que podem ser realizadas na visita domiciliar, quer seja pela ACS (como observamos nas falas da ACS, da técnica de enfermagem e da enfermeira), pela enfermeira ou médico (BRASIL, 2012).

Carvalho *et al* (2015) também disseram que a identificação precoce dos riscos obstétricos, assim como a intervenção em tempo oportuno, são possíveis com a realização de um pré-natal de qualidade.

Foi observada a preocupação dos profissionais envolvidos na pesquisa frente a algum sinal que possa ser considerado de risco para a evolução da gravidez:

*As meninas da recepção sempre são treinadas nesse sentido assim, (pausa) de perceber algo de diferente de não deixar o paciente ir embora sem pelo menos, pelo menos o enfermeiro no posto, nem que seja pelo menos medir a pressão. (P1)*

Em outro momento surgiu a ideia do risco gestacional como sendo aquele relacionado a complicações de gestações anteriores:

*[...] tipo pacientes que tiveram outras gestações anteriores que tiveram história de complicação (pausa) tiveram história de pré-eclâmpsia, tiveram um histórico de infecção no local de incisão, se foi cesárea, um intercorrência neste sentido. (P4)*

O que observamos durante os diálogos quanto à captação do risco gestacional foi um

direcionamento maior à hipertensão arterial, não sendo citados outros fatores de risco gestacional.

Há marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação tais como: dependência de drogas ilícitas ou lícitas, fumo, álcool, exposição à riscos ocupacionais, idade materna maior que 35 anos, baixa estatura e baixo peso, complicações em gestações anteriores (diabetes, hipertensão arterial, síndromes hemorrágicas, prematuridade, óbito fetal) e doenças materna pré-existentes (BRASIL, 2012).

Praticamente não foram citados outros fatores de risco gestacional além da pré-eclampsia, daí deduzidos uma maior necessidade de estudos em torno da assistência pré-natal como estratégia para redução da mortalidade materna, ou seja, *atividades educativas em saúde* voltadas para os profissionais que cuidam da mulher grávida. Observações semelhantes foram ditas por Mendes *et al* (2013) em estudo realizado sobre a evolução da mortalidade materna no estado de São Paulo desde o ano de 1960:

Medidas como a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; *classificação de risco da gestante*, como por exemplo, a identificação adequada da pré-eclâmpsia; *ações de educação permanente para a qualificação de médicos e enfermeiros para a atenção pré-natal*, ao parto e às emergências obstétricas, entre outras, podem trazer benefícios substancial à atenção prestada às mulheres.

O início imediato da assistência pré-natal, com a captação precoce das gestantes com avaliação de riscos pode também ser facilitado através da utilização dos meios de comunicação, visitas domiciliares e *atividades educativas em saúde*. O serviço deve proporcionar rapidez e eficiência no atendimento, pois para se vincular ao serviço a gestante precisa perceber uma qualidade que corresponda à sua expectativa (BRASIL, 2012; MENDES *et al*, 2013).

#### *Redução da mortalidade materna na Assistência Primária e Educação Permanente em Saúde*

A proposta da implementação de um programa de EPS como estratégia para redução da mortalidade materna foi aceita com entusiasmo pela maioria dos participantes, que ficaram exaltados diante das discussões, o que pode ser visto nas falas abaixo:

*De uma forma bastante positiva! (P<sub>9</sub>)*

*Seria muito bom! (P<sub>1</sub>)*

*Eu vejo positiva! (P<sub>2</sub>)*

Foi percebido na fala dos participantes um sentimento de emoção, e o desejo de mudanças no cotidiano do trabalho. Neste momento percebemos no rosto de cada um a expressão de alegria:

*Necessário! (P<sub>4</sub>)*

*Urgente (pausa), premente, devia (pausa), já tivemos, não há. (P<sub>9</sub>)*

*Então eu acho fundamental. Eu acho assim, quero que dê muito certo este trabalho, quem sabe aí a gente inspire novos ares aí, venha uma coisa nova, um pouco diretiva, como fazer educação (pausa) legal. [...] Eu queria assim do fundo do coração que houvesse melhora. Eu sonho por um SUS melhor, porque eu trabalho nele! (P<sub>9</sub>)*

A emoção sobrepunha qualquer outro sentimento naquele instante, diante da possibilidade de mudanças que trouxessem melhorias no local do trabalho.

Deduzimos das transcrições anteriores e das seguintes o desejo de transformações no local do trabalho, em se tratando do tema educação em saúde:

*Não é simplesmente você chegar lá e montar e colocar dez slides no PowerPoint e dar aula, prá isto tem qualquer um de nos aqui, na sua área tem capacidade técnica para isso, não é isso, isso não é educar! Educar é sensibilizar, é diferente, é você ter tempo de criar uma estratégia! (P<sub>2</sub>)*

O profissional P<sub>2</sub> fez referência à necessidade de mudança do modelo educacional onde a metodologia da transmissão do conhecimento, é substituída por modelo que sensibilize, e que se tenha tempo de criar novas estratégias. Massaroli *et al* (2005), Peduzzi (2009), e Andrade *et al* (2016), afirmam que a EPS tem no trabalho seu objeto de transformação com o intuito de melhorar a qualidade do serviço, observando a realidade e as necessidades existentes, formulando estratégias que ajudem na solução destes problemas.

As falas dos profissionais envolvidos na pesquisa sinalizaram o desejo de mudanças no cenário da educação em saúde no local do trabalho, concordantes com os autores citados no parágrafo anterior.

Diante do problema, a RMM elevada no município de Jataí, e a proposta de um programa de educação em saúde para os profissionais que contribua para sua redução,

percebemos o quanto os trabalhadores se mostraram receptivos à ideia.

*Ah, sim (pausa) faz bastante tempo, mas eu não me lembro quando, mas eu acho seria fundamental se a gente colocasse novamente, talvez estaríamos menos perdidos, né [...]. (P9)*

Nesta fala é feita referência às atividades de educação em saúde para os profissionais realizadas há vários anos pela Secretaria Municipal de Saúde, e que atualmente não mais têm acontecido. Observamos também a consciência do desconhecimento em torno dos temas EPS e mortalidade materna, o que é sustentado na fala seguinte:

*Há muito tempo tenho pensado demais nessa questão de educação, porque na saúde bucal nos não evoluímos mais, nós paramos, e certamente na mortalidade materna [...]. (P9)*

Percepção semelhante à nossa pesquisa foi observada por Andrade *et al* (2016), onde em estudo realizado analisaram que a reflexão dos profissionais de saúde sobre a realidade do dia a dia do trabalho propiciou uma discussão em torno da EPS, e em consequência o início de um processo de mudança de suas práticas. Os trabalhadores da UBS em estudo manifestaram também este desejo de mudanças, para que o cotidiano das equipes de saúde da família se torne melhor.

## 7 CONCLUSÕES

---

A RMM no município de Jataí no período em estudo foi maior que a média regional e nacional, estando acima das 35 mortes por cem mil nascidos vivos, que era o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Além de estar elevada houve ainda um aumento progressivo destes dados, sendo que no ano de 2011 a RMM foi de 71 mortes, e no ano de 2015 houve o dobro destas mortes, subindo para 142 mortes por cem mil nascidos vivos.

A assistência pré-natal é realizada por equipe multiprofissional, não havendo, no entanto, a caracterização de um trabalho interprofissional. Os profissionais envolvidos no cuidado à gravidez conhecem parcialmente o seu papel na Assistência Primária à Saúde, existindo, porém, pontos frágeis na qualidade da assistência pré-natal tais como: medidas inadequadas da pressão arterial e altura do fundo uterino, dificuldades na análise de resultados dos exames laboratoriais, e pouco conhecimento dos fatores de risco na evolução da gravidez.

A captação do risco gestacional como estratégia para redução da mortalidade materna não é prática comum dos profissionais, sendo que a hipertensão arterial é um dos únicos dados considerado de risco e que chama a atenção dos envolvidos na assistência à gravidez.

As fragilidades na formação de recursos humanos e de gestão na assistência pré-natal associados à razão da mortalidade materna aumentada no município, sinalizam para a necessidade de mudanças no cenário do cuidado à gravidez.

Para que a qualidade da assistência pré-natal melhore, atenção deve ser dada à realização de todos os procedimentos considerados eficazes para a redução de desfechos desfavoráveis, desafio este que há como ser transposto através de políticas públicas atuantes, e programas de educação que tragam mudanças nos cenários da saúde.

Ficou evidente por meio dos resultados a falta de conhecimento e a ausência da prática de Educação Permanente em Saúde no cotidiano da equipe de saúde da família, além do desconhecimento do programa e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A percepção dos profissionais em torno da educação em saúde se limita à educação voltada para o usuário, às capacitações e à educação continuada. Infere-se a necessidade de fortalecer o cenário da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde no município de Jataí, como ferramenta na formação de recursos humanos em saúde, preparando o profissional para promover mudanças na realidade onde atua, e que as unidades de saúde se tornem espaço de ensino e aprendizagem significativos.

Os valores elevados da mortalidade materna no Brasil, na região Centro-Oeste, e

especialmente em Jataí, local do trabalho e pesquisa, devem ser prioridade em saúde pública. Um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, em equipe multiprofissional e com atuação interprofissional, desde o planejamento familiar e durante todo o ciclo gravídico-puerperal devem ser pauta na atuação dos profissionais envolvidos no cuidado à gravidez.

Um programa de Educação Permanente em Saúde que possa trazer mudanças no cenário da mortalidade materna do município de Jataí é a proposta para diminuir o triste final de uma história, onde retornam para casa uma criança sem o amparo da mãe, uma família sem saber o que fazer diante desta realidade, e uma equipe de saúde que carrega consigo a culpa por não ter conseguido evitar este desfecho trágico.



## REFERÊNCIAS

---

---

- ALBERTO, V; NUNES, C.B. **A importância da Educação Permanente na qualificação do Pré-Natal.** 2017. Disponível em: <<http://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/view/306>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
- ANDRADE, RS; CALDAS, LB; FALCÃO, ML; GOES, PS. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e educação permanente. **Trabalho Educação em saúde**, Rio de Janeiro, v.14 n.2, p.505-521, maio/agosto. 2016.
- ANJOS FILHO, N.C; SOUZA, PORTELA, A.M. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface. Comunicação em Saúde.** 2017; 21(60) 63-76.
- ARAÚJO, M.B; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** 12 (2):455-464, 2007.
- BARBOSA, Denise; VIANA FILHO, Everaldo Pianes. Pré-Natal de qualidade e redução da morbimortalidade materna: uma revisão. **XXVII Jornada Científica do Internato do Curso de Medicina do UNIFESO**, v. 1, n. 1, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.
- \_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARTH, P.O; AIRES, M; SANTOS, JL; RAMOS, FR. Educação Permanente em Saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** [Internet]. 2014 jul/set; 16(3): 604-11.
- BORGES, M.J.L; SAMPAIO, A.S; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(1): 147-156, 2012.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488>> Acesso em: 10 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica.** Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Brasília – DF – 2012. Editora do Ministério de Saúde. 318 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica.** Gestação de Alto Risco. Editora do Ministério de Saúde, 2012. 302p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa humanização do pré-natal e nascimento. Brasília DF.** Editora do Ministério de Saúde, 2002. 22p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 68p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde, departamento de ações programáticas e estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3.ed Brasília: Ministério de Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério de Saúde**. Agenda 2014/Secretaria executiva. 1.ed., 1 reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):611-4.

CAMPOS, Lília. **Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos**. 2012. Disponível em: <<http://liliacamposmartins.blogspot.com.br/2012/06/nenhum-de-nos-e-tao-bom-quantos-todos.html>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAPES. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>>. Acesso em 31 jul. 2017.

CARLINE-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, 30 (3): 285-93, 1996.

CARVALHO, M. L et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 178-184, abri. mai. jun. 2015.

DATASUS. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

DIAS, J.M.G; OLIVEIRA, A.P.S; CIPOLOTTI, R; MONTEIRO, B.K.S.M; PEREIRA, R.O. Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**, 25(2): 168-174, 2015.

ELLERY A.E, PONTES R.J, LOIOLA F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: em cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (2): 415-437, 2013.

FARIAS, P.A.M; MARTIN, A.L.A.R; CRISTO, C.S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.143-150, mar. 2015.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. Curso de especialização em Saúde da Família, UMA-SUS, UNIFESP, 2012.

FILIPPI V, RONSMANS C, CAMPBELL OM, GRAHAN WI, MILLS A, BORGHI J, et al. **Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action**. *Lancet* 2006; 368: 1535-41.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Educação

Permanente em Saúde no Estado de Sergipe – **Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Aracaju: FUNESA 2011.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília; Liber Livro, 2005. 77p.

GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40 n.1 p. 105-10 ago. 2015.

GONÇALVES, R; URASAKI, M. BM; MERIHI, M.A.B. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v 61, n 3, 2008.

GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paidéia, 2003, 12 (24), 149-161.

GUERREIRO, E.M; RODRIGUES, D.P; QUEIROZ, A.B.A; FERREIRA, M.A. Educação em Saúde no ciclo gravídico puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014, vol 67, n.1, pp 13-21.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud**. Whashington: Organization Pan Americana da la Salud, 1994.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em :<[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

JOWETT, M. **Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of costa effectiveness**. Internacional Programme, Centre for Health Economics. University of New York. Health Policy (53), 201 -228. Elsevir, 2000.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica na cidade de São Paulo. **Rev Bra Saúde Matern Infant**, Recife, v 5, n. 1, p. 23-32, 2005.

LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 283-292, dez. 2008.

MAIA, D.B; SOUZA, E.T.G; GAMA. R.M; LIMA, J.C; ROCHA, P.C.F; SASSAKI, Y. **Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional**. Saúde e Transformação Social., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.1, p. 103-110, 2013.

MAIA, L.G.; MENEZES, I.H.C.F.; SOUZA, L.M. Trajetória de Recursos humanos no SUS e

a política nacional de educação permanente em saúde. In: COSTA, N.M.S.C.; PEREIRA, E.M.S.P, organizadores. Ensino na Saúde. Programa de pós-graduação em ciências da saúde, linha de pesquisa Ensino na Saúde. UFG, 2015. In: COSTA, N.M.S.; PEREIRA, E.R.S. **Ensino na Saúde**. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, linha de pesquisa Ensino na Saúde. UFG, 2015.

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação Pemanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF, v. 57, n.5, p 605-610, set/out., 2004.

MARCONDES, F.L; FONSECA, P.I.M.N; SILVEIRA, P.G; TAVARES, C.M.M. Desvelando os sentidos da Educação Permanente em um programa municipal: estudo sociopoético. **Journal Health**, 2016; 1(1): 40-52

MARTINELLI KG, SANTOS NETO ED, NOGUEIRA SG, OLIVEIRA AD. Adequação do Processo da Assistência Pré Natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** 2014 36 (2): 56-64.

MARTINS-COSTA S, SOARES HB, RAMOS JG. **Avanços e perspectivas para redução da mortalidade materna**. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamerica; 2009. p 91-116. (Sistema de Educação continuada à distância, v.3)

MARTINS-COSTA S. **Mortalidade materna**. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2004. p 177-192. (Sistema de Educação continuada à distância, v.3).

MASSAROLI, A; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em:<<http://abennacional.org.br>> Acesso em: dez.2016.

MELO, M. C.; QUELUCI; G.C.; GOUVÊA, M. V. Preceptorial de enfermagem na residência multiprofissional em oncologia: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Vol 13, No 4 (2014). Disponível em: <[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4567/html\\_316](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4567/html_316)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MENDES, J.D.V; OSIANO, V.L.R.L. A mortalidade materna no estado de São Paulo, Brasil. Secretaria do Estado da Saúde. **Grupo Técnico de Informação em Saúde**. BEPA 2013;10(114):17-29.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo. Hucitec, 2014.

MORGAN, D. L. **The Focus Group Guidebook**. Thousand Oaks: Sage, 1998.

NASCIMENTO, MAG. **Prática de ensino**. In: SILVA, Cícero N.M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodologias de ensino-aprendizagem em geografia. 10º Encontro Nacional de Ensino em Geografia. Porto Alegre, 2009. 1 poster.

NUNES, J.T; GOMES, K.R.O; RODRIGUES, M.T.P, MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, 24 (2):252-261. 2016.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª Revisão. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health situation in de Americans: basic indicators 2008**. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, F.M; MEIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço par enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007; 41(3):478-84.

PEIXOTO, S. **Manual de Assistência Pré-Natal**. 2.ed. São Paulo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.

PEDUZZI M., NORMAN JI, GONÇALVEZ G. C, MARCELINO S.J.A, SOUZA GC. Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem USP**; 2013; 47(4):977-83.

PEDUZZI, M. et al. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo**. Interface (Botucatu), Botucatu, v.13, n.30, set. 2009, p. 121-134.

PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 35.2 (2001): 115-121.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia de saúde da família: um estudo sobre modalidade de equipes. **Interface** (Botucatu), v17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

PROAGO –**Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed Panamerica; 2004. p 177-98 (Sistema de Educação continuada a distância, v.2).

ROSENBERG, D; GELLER S.E; STUDEE, L; COX, S.M. **Disparities in mortality among high risk pregnant women in Illinois: a population based study**. Ann Epidemiol.2006; 16:26-32.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo, Editora UNESP, 2009. 248 p.

SILVA, A.T.C., AGUIAR, M.E., WINCK,K., RODRIGUES,K.G.W., SATO, M.E., GRISI, S.J.F.E., BRENTANI,A., RIOS, I.C. **Núcleos de apoio à Saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária no Município de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11): 2076-2084, nov,2012.

SILVEIRA, J.L.G.C; ABRAHAM, M.W; FERANDES, C.H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Revista Atenção Primária à Saúde 2016** out/dez; 19(4): 568-574.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; 37(12): 549-551, dez, 2015.

SZWARCWALD CL, ESCALANTE JJ, RABELO NETO DL, SOUZA JUNIOR PR, VICTORA CG. Estimação da razão da mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad Saúde Pública**, 30 Sup: S71-S83, 2014.

TRAD, LENY A. BOMFIM. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis (Rio J.)** 19.3 (2009): 777-796.

TRONCHIN DMR, MIRA VL, PEDUZZI M, CIAMPONE MHT, MELLEIRO MM, SILVA JAM, SILVA AM, SOARES JMS. Educação Permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem USP, 2009**; 43(Esp 2): 1210/5.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals**. New York: United Nations 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org>.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 4-14.

VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B.D; GAMA, S.G.N.; FILHA, M.M.T; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015** – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.

\_\_\_\_\_. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010**. Geneva 2012.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 1.ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

## PRODUTO TÉCNICO

---

O mestrado profissional, regulamentado pela Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009, é um tipo de Pós-Graduação *stricto sensu* que está voltado para a capacitação de profissionais nas diferentes áreas de conhecimento e atuação, diante do estudo de técnicas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho. Consequentemente os novos cursos na modalidade de Mestrado Profissional devem conter na estrutura curricular a articulação entre o conhecimento atualizado, domínio da metodologia pertinente e aplicação orientada para o campo de atuação profissional específico (CAPES, 2011).

O trabalho final do curso deve estar vinculado a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno, e concordante com a natureza desta área e finalidade, podendo ser apresentado em diferentes formatos (CAPES, 2011).

Diante do exposto quanto aos objetivos do mestrado profissional e dos resultados encontrados em nossa pesquisa, a proposta será a realização de um curso nos moldes da Educação Permanente em Saúde.

O projeto tem como título: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REORIENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PARA A REDUÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA.**

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A MORTALIDADE MATERNA

A organização mundial de Saúde define morte materna, como expresso na Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID 10), como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. É considerada morte materna tardia aquela que compreende do 42º dia até um ano do pós-parto.

No Brasil poucas são as publicações quando se trata de mortalidade materna, mesmo diante da magnitude do assunto no cenário nacional. Cada óbito materno precisa ser entendido como uma falha no sistema de saúde e como uma violação aos direitos humanos de reprodução

(MARTINELLI *et al.*, 2014; SZWARWALD *et al.*, 2014).

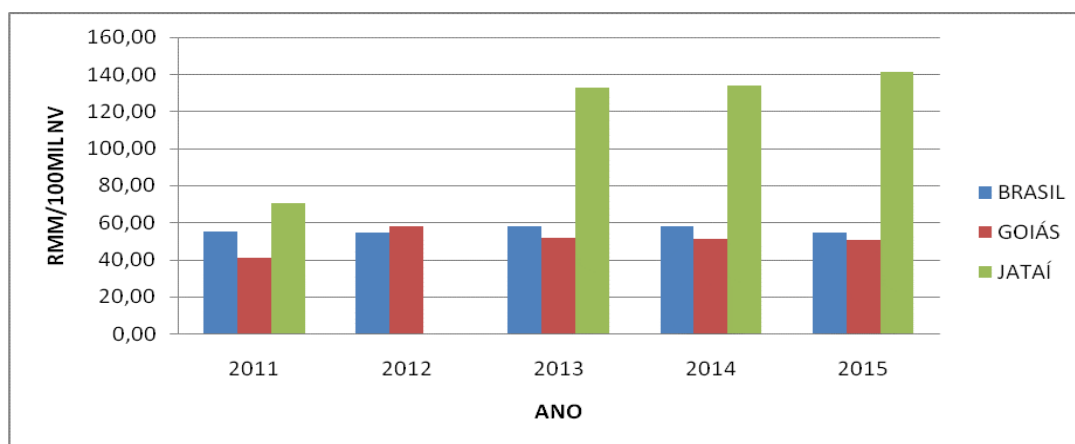
Atualmente a mortalidade materna global está situada em torno de 210 mortes por 100.000 nascidos vivos. Para o ano de 2030, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODM) estas mortes devem ser reduzidas por pelo menos dois terços, o que poderá ser atingido desde que se implemente uma agenda de trabalho abrangente e que vá além da mortalidade em si. No caso do Brasil a meta é que se reduza para 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 2030 (SOUZA, 2015).

A razão de mortalidade materna (RMM) é entendida como sendo o número de mortes maternas por cem mil nascidos vivos, de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, sendo que este indicador reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher, e entre os principais fatores que dificultam a diminuição da RMM no Brasil são citados segundo Martinelli *et al* (2014) e Brasil (2002):

- Sistema de Saúde ainda desestruturado e de difícil acesso;
- Falta de preparo dos profissionais de Saúde para lidar com situações de risco;
- Qualidade da assistência pré-natal ainda aquém do que é considerado satisfatório de acordo com o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento, e Rede Cegonha;
- Sub-registros e não notificações dificultando o estudo das causas e o planejamento de estratégias de prevenção;
- Inoperância ou mesmo inexistência dos Comitês de Mortalidade Materna em muitos estados e municípios.

Na figura abaixo está demonstrada a RMM no Brasil, no estado de Goiás e no município de Jataí no período em estudo (2011 a 2015).

Figura 1: Gráfico RMM no Brasil, no Estado de Goiás e no município de Jataí.



Fonte: DataSUS (2015).



O município de Jataí apresentou sete mortes maternas no período de 2011 a 2015, sendo que a RMM no período em estudo foi maior que a média regional e nacional, estando acima das 35 mortes por cem mil nascidos vivos, que era o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Além de estar elevada houve ainda um aumento progressivo destes dados, sendo que no ano de 2011 a RMM foi de 71 mortes, e no ano de 2015 houve o dobro destas mortes, subindo para 142 mortes por cem mil nascidos vivos.

A mortalidade materna pode ser evitada em até 26% dos casos por meio de um controle de pré-natal qualificado, de acordo com Jowett (2000). O trabalho interprofissional na assistência primária à saúde tendo como base uma educação interprofissional, por meio de uma Política de Educação Permanente em Saúde pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, contribuindo assim para a redução de mortalidade materna.

## 1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – EPS

No Brasil são identificados três tipos de formação profissional: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional. A uniprofissional é a mais frequente e ocorre entre estudantes de uma mesma profissão. Na multiprofissional há estudantes de diferentes profissões, não havendo, porém, interação entre eles. Na interprofissional acontece uma aprendizagem compartilhada, com interação de estudantes e/ou profissionais de áreas distintas, promovendo o trabalho em equipe integrado e colaborativo, com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, melhorando o cuidado à saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Os princípios da Educação Interprofissional se aplicam na graduação de diferentes profissões da saúde e também para a Educação Permanente dos profissionais que compõem uma equipe de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2013. PILLIP *et al.*, 2006).

A EPS é entendida como sendo a aprendizagem no trabalho onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, possibilitando a transformação das práticas profissionais, sendo entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e organizações (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é coordenada pelo Ministério de Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, tendo sido criada em 13 de fevereiro de 2004, e que teve como destaque a reafirmação dos princípios da EPS, considerando os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2009).

A EPS estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a

qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores de SUS (integralidade da atenção, humanização do cuidado, reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários do serviço de saúde) (SARRETA, 2009).

Importante que sejam feitas diferenças conceituais entre Educação Permanente e Educação Continuada. Na educação continuada: o público-alvo geralmente são profissionais de uma mesma formação acadêmica, com temas de estudo relacionados às especialidades, acontecendo de maneira esporádica por meio de uma pedagogia de transmissão de conhecimento, ficando sob a responsabilidade do profissional sua atualização técnico-científica. Na educação permanente: acontece com profissionais de diferentes formações, com foco nos problemas existentes no local do trabalho, por meio de uma pedagogia centrada na resolução de problemas (MANCIA *et al.*, 2004).

A EPS pressupõe a aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que faz sentido para o indivíduo, levando em consideração os conhecimentos que a pessoa já possui e os novos conhecimentos adquiridos, fazendo interlocução com problemas enfrentados no dia a dia de seu trabalho. A problematização faz com que a aprendizagem tenha um significado, levando às reflexões sobre determinadas situações, ideias e fenômenos, compreendendo os processos e propondo soluções (NUNES *et al.*, 2008).

A EPS pode ser uma ferramenta para a resolução de problemas cotidianos tornando-se um instrumento estratégico de gestão dentro de uma unidade de saúde (COSTA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2013).

Em nossa pesquisa, nas considerações e conclusões finais assinalamos;

- A assistência pré-natal é realizada por uma equipe multiprofissional, não havendo, entretanto, a caracterização de um trabalho interprofissional. Os profissionais envolvidos no cuidado à gravidez conhecem seu papel na Assistência Primária à Saúde, existindo, porém, pontos frágeis na qualidade da assistência pré-natal;
- A captação do risco gestacional como estratégia para redução da mortalidade materna não é prática comum dos profissionais, sendo que a hipertensão arterial é um dos únicos dados considerado de risco e que chama a atenção dos envolvidos na assistência à gravidez;
- Para que a qualidade da assistência pré-natal melhore, atenção deve ser dada à realização de todos os procedimentos considerados eficazes para a redução de desfechos desfavoráveis, desafio este que há como ser transposto por meio de políticas públicas atuantes, e programas de educação que tragam mudanças nos cenários da saúde;

- Ficou evidente por meio dos dados colhidos a falta de conhecimento e a ausência da prática de EPS no cotidiano da equipe de saúde da família, além do desconhecimento do programa e da PNEPS;
- Um programa de EPS que possa trazer mudanças no cenário da mortalidade materna do município de Jataí é a proposta para diminuir o triste final de uma história, em que retornam para casa uma criança sem o amparo da mãe, uma família sem saber o que fazer diante desta realidade, e uma equipe de saúde que carrega consigo a culpa por não ter conseguido evitar este desfecho trágico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Orientar os profissionais de saúde da Assistência Primária à Saúde do município de Jataí, através de um Programa de Educação Permanente em Saúde, na atenção integral à saúde da mulher grávida, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Sensibilizar as equipes de saúde da família quanto à importância do ensino-aprendizagem significativos no cenário do trabalho;
- Promover o conhecimento dos profissionais envolvidos no cuidado à gravidez sobre a assistência pré-natal de qualidade, e identificação do risco gestacional;
- Identificar no local de trabalho as demandas e necessidades dos serviços no atendimento às gestantes nas áreas adscritas;
- Contribuir com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família no reconhecimento da importância de uma atuação interprofissional no cuidado à gravidez;
- Despertar nos profissionais o interesse e o conhecimento da prática da EPS como estratégia para redução da mortalidade materna no município de Jataí.

### **3 METODOLOGIA DO CURSO**

Problematização, Flipped Classroom, aulas expositivas dialogadas, leituras de artigos e textos, rodas de conversa, TBL, mapa conceitual, e outras metodologias ativas.

### **4 CARGA HORÁRIA E DURAÇÃO**

O curso será realizado em dezesseis semanas, e terá carga horária total de quarenta e oito horas, com atividades presenciais intercaladas por momentos de teoria e prática/problematização.

### **5 PLANO DE AÇÃO**

O plano de ação consiste na realização de algumas etapas para garantir a sensibilização dos profissionais de saúde.

- Realização de reuniões para discussão de temas relevantes: Apresentação do projeto; processo do trabalho em saúde, gestão e gerência em saúde, trabalho em equipe, comunicação e relações interpessoais, valorização profissional, assistência pré-natal, EPS, mortalidade materna;
- O curso será oferecido para trinta e dois participantes, sendo que o público-alvo será profissionais atuantes na APS, e que façam parte da ESF e NASF, tendo como característica comum prestarem assistência a mulher grávida e sua família. Os participantes serão divididos em quatro grupos de oito alunos cada um, e será observado o caráter multiprofissional das equipes.

Todos os temas serão trabalhados de forma dinâmica e tendo como objetivo a construção coletiva do conhecimento.

### **6 ESTRUTURA DO CURSO E CRONOGRAMA**

O curso de formação em EPS para a equipe multiprofissional da ESF e NASF que prestam assistência à mulher grávida será estruturado em quatro etapas ou fases, com encontros presenciais, intercalados por momentos de teorização com de prática/problematização.

Os encontros presenciais, terão como estratégia as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, onde haverá a possibilidade de discussões e sucessivas aproximações ao objeto

de estudo, com ampliação dos conhecimentos sobre EPS, trabalho em equipe, assistência pré-natal e mortalidade materna. Textos e artigos serão encaminhados previamente aos participantes para que os mesmos tenham conhecimentos prévios, o que enriquecerá os diálogos.

Os momentos de prática/problematização terão o propósito de propiciar as práticas de EPS, baseados nos problemas identificados no local de trabalho da equipe da ESF/NASF, e serão discutidos na semana.

Em se considerando os princípios da EPS não haverá um roteiro rígido para ser seguido, sendo que o cronograma norteará as atividades, podendo a qualquer momento ser modificado de acordo com problemas que surjam no local de trabalho de cada equipe. O Quadro 1 especifica o que será realizado em cada etapa.

Na última etapa haverá a avaliação dos participantes por meio da construção prévia de um mapa conceitual, que será apresentado em duas semanas (duas equipes/semana). Durante todas as etapas os alunos/profissionais estarão sendo submetidos à avaliação formativa. Serão fornecidos certificados aos participantes do curso, mediante participação em no mínimo 75% da carga horária.

Quadro 1: Cronograma de execução de atividades.

<b>ETAPAS/TEMAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA/48 hs</b>
<p><b>1ª ETAPA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 semanas: 3 hs/semana.</li> <li>• 1ª sem: Apresentação do Plano do curso.</li> <li>• Roda de conversa com problemas identificados durante a semana no local de trabalho.</li> <li>• O Trabalho em Equipe Multiprofissional e o Trabalho em Equipe Interprofissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro semanas com discussões e aproximações com o objeto de estudo, intercalada com práticas de EPS com bases nos problemas identificados por cada equipe no local de trabalho.</li> <li>• Total de 12 horas mensal.</li> </ul>
<p><b>2ª ETAPA: Teoria/problematização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 semanas: 3 hs/semana.</li> <li>• Roda de conversa com problemas identificados durante a semana no local de trabalho.</li> <li>• Educação Interprofissional, Educação Permanente em Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro semanas com discussões e aproximações com o objeto de estudo, intercalada práticas de EPS com bases nos problemas identificados por cada equipe no local de trabalho.</li> <li>• Total de 12 horas mensal.</li> </ul>
<p><b>3ª ETAPA: Teoria/problematização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 semanas: 3 hs/semana.</li> <li>• Roda de conversa com problemas identificados durante a semana no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro semanas com discussões e aproximações com o objeto de estudo, intercalada com práticas de EPS com bases nos problemas identificados por</li> </ul>

local de trabalho. <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Pré-Natal de Risco Habitual e captação do risco gestacional.</li> </ul>	cada equipe no local de trabalho. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de 12 horas mensal.</li> </ul>
<b>4ª ETAPA: Teoria/problematização</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 semanas: 3 hs/semana.</li> <li>• Roda de conversa com problemas identificados durante a semana no local de trabalho.</li> <li>• Mortalidade materna e Educação Permanente em saúde.</li> <li>• 2 semanas: 3hs/semana. Avaliação Mapa conceitual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duas semanas com discussões e aproximações com o objeto de estudo, intercaladas com práticas de EPS com bases nos problemas identificados por cada equipe no local de trabalho.</li> <li>• Duas semanas: Mapa conceitual (2 grupos/semana).</li> <li>• Total de 12 horas mensal.</li> </ul>

O curso de formação em EPS para a equipe multiprofissional da ESF e NASF que prestam assistência à mulher grávida será estruturado em quatro etapas ou fases, com encontros presenciais, intercalados por momentos de teorização com de prática/problematização.

Os encontros presenciais, terão como estratégia as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, onde haverá a possibilidade de discussões e sucessivas aproximações ao objeto de estudo, com ampliação dos conhecimentos sobre EPS, trabalho em equipe, assistência pré-natal e mortalidade materna. Textos e artigos serão encaminhados previamente aos participantes para que os mesmos tenham conhecimentos prévios, o que enriquecerá os diálogos.

Os momentos de prática/problematização terão o propósito de propiciar as práticas de EPS, baseados nos problemas identificados no local de trabalho da equipe da ESF/NASF, e serão discutidos na semana.

Em se considerando os princípios da EPS não haverá um roteiro rígido para ser seguido, sendo que o cronograma norteará as atividades, podendo a qualquer momento ser modificado de acordo com problemas que surjam no local de trabalho de cada equipe. O quadro 1 específica o que será realizado em cada etapa.

Na última etapa haverá a avaliação dos participantes por meio da construção prévia de um mapa conceitual, que será apresentado em duas semanas (duas equipes/semana). Durante todas as etapas os alunos/profissionais estarão sendo submetidos à avaliação formativa. Serão fornecidos certificados aos participantes do curso, mediante participação em no mínimo 75% da carga horária.

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

A proposta apresentada não foi pensada apenas como aquisição de conhecimentos, mas também é esperado que se consiga promover uma transformação da consciência e da prática de sujeitos do processo, resultando em um compromisso dos participantes com as diretrizes e metas para redução da mortalidade materna.

## 8 REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 68p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília DF. Editora do Ministério de Saúde, 2002. 22p.

CARVALHO, M. L et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 178-184, abri. mai. jun. 2015.

FILIPPI V, RONSMANS C, CAMPBELL OM, GRAHAN WI, MILLS A, BORGHI J, et al. **Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action**. Lancet 2006; 368: 1535-41.

JOWETT, M. **Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness**. International Programme, Centre for Health Economics. University of New York. Health Policy (53), 201 -228. Elsevir, 2000.

LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 283-292, dez. 2008.

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação Pemanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília – DF, v. 57, n.5, p 605-610, set/out., 2004.

MARTINELLI KG, SANTOS NETO ED, NOGUEIRA SG, OLIVEIRA AD. Adequação do Processo da Assistência Pré Natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2014** 36 (2): 56-64.

NUNES, J.T; GOMES, K.R.O; RODRIGUES, M.T.P, MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, 24 (2):252-261. 2016.

PEDUZZI M., NORMAN JI, GONÇALVEZ G. C, MARCELINO S.J.A, SOUZA GC. Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem USP**; 2013; 47(4):977-83.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia de saúde da família: um estudo sobre modalidade de equipes. **Interface** (Botucatu), v17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo, Editora UNESP, 2009. 248 p.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; 37(12): 549-551, dez, 2015.

SZWARCWALD CL, ESCALANTE JJ, RABELO NETO DL, SOUZA JUNIOR PR, VICTORA CG. Estimação da razão da mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad Saúde Pública**, 30 Sup: S71-S83, 2014.



## ANEXOS

### Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa intitulada “Educação Permanente em Saúde como Estratégia para Redução da Mortalidade Materna em Jataí-GO”. Meu nome é Juliete Teresinha Silva, sou a pesquisadora responsável, médica e docente do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, Regional de Jataí, aluna de pós-graduação do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, e estou sendo orientada pela Doutora Fátima Maria Lindoso Silva Lima, professora do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde. Após ler com atenção esse documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas ao final desse documento que está em duas vias, e que também será assinado pelos responsáveis pela pesquisa. Uma das folhas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, Juliete Teresinha Silva, via e-mail ([juliete.med@hotmail.com](mailto:juliete.med@hotmail.com)) e inclusive sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico (64) 99958-9122 Vivo. Se persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa é intitulada “Educação Permanente em Saúde como estratégia para redução da mortalidade materna em Jataí-GO”, que tem como objetivo avaliar a proposta de um programa de Educação Permanente em saúde a partir da percepção das práticas e saberes dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher grávida na atenção primária, na cidade de Jataí, como estratégia para diminuição da mortalidade materna no município. O termo de consentimento estará sendo aplicado pela mestrande e pesquisadora responsável, Juliete Teresinha Silva. A coleta de dados será realizada por meio de grupo focal a fim de identificar as práticas e atitudes relativas ao tema. Estaremos discutindo sobre práticas de saúde na assistência à gravidez e educação em saúde, o que muito contribuirá para a melhoria do seu ambiente de trabalho. A reunião acontecerá preferencialmente em local neutro, o debate será gravado integralmente e ninguém será identificado pelo nome nesta gravação. Os participantes do grupo focal terão acesso a estas gravações através de uma solicitação prévia.

Desconfortos, riscos físicos e psicossociais potenciais são considerados mínimos, tais como por exemplo, cansaço e indisposição. Os riscos relacionados ao constrangimento ou desconforto em participar de algum tópico do grupo focal, serão sanados com a não necessidade de emitir sua opinião, o que não acarretará prejuízo na sua participação na pesquisa.

A sua participação será muito importante e, você poderá não ser beneficiado de uma maneira direta; porém, estaremos fazendo um estudo que envolve educação em saúde, trabalho em equipe multiprofissional na assistência à mulher grávida e possibilidades da melhoria nesta assistência através de uma educação permanente que deve ser iniciada nas Unidades Básicas de Saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade materna, o que o beneficiará de maneira indireta. Informações obtidas a partir dessa pesquisa poderão ajudar em outras pesquisas, promovendo assim o melhor entendimento dos fatores relacionados à qualidade da assistência pré-natal e morte materna.

Compensações e custos: As entrevistas semi estruturadas que serão realizadas não envolvem nenhum custo ou compensação ao participante.

Você poderá deixar de participar desse estudo caso você queira a qualquer momento, e sua desistência não implicará em nenhuma penalidade. Você terá a garantia, a qualquer tempo, de que receberá as informações relacionadas aos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive esclarecimentos a respeito de qualquer dúvida que tiver no decorrer do estudo. Os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo

Caso se sinta lesado, poderá pleitear junto aos Órgãos competentes, indenizações, que serão concedidas por determinação legal, caso seja comprovada a ocorrência de eventuais danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

Os resultados do trabalho comporão a dissertação de mestrado da pesquisadora e serão divulgados em eventos científicos junto a Secretaria Municipal de Saúde e à Universidade Federal de Goiás, além de publicados em revista científica

---

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado Educação permanente em saúde como estratégia para redução da mortalidade materna em Jataí-GO. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Juliete Teresinha Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, bem como dos possíveis riscos e benefícios dela decorrentes relacionados a minha participação. Informo ter mais de dezoito anos de idade, e destaco que a participação minha nesta pesquisa é de caráter voluntário. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito

Jataí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do(a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Participante sem letramento.

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica



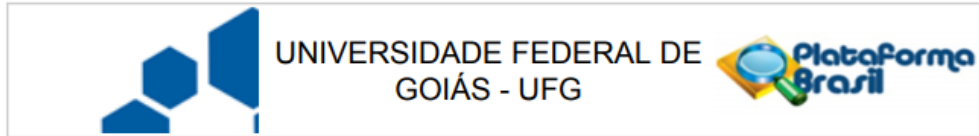
---

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

Rua 235, Quadra 28, Setor Universitário Sn/ Telefones: (62) 3209 6247 e (62) 3209 6161. CEP: 74605.020.  
Goiânia - GO

## Anexo 2: Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM JATAÍ - GOIÁS.

**Pesquisador:** Juliete Teresinha Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57097916.2.0000.5083

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás - UFG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.653.217

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem qualitativa em educação na saúde. Primeiro será feito um levantamento sobre mortalidade materna no Brasil de 2005 a 2015 para delinear a situação de mortalidade materna em nosso país e na região de Jataí. De posse destes resultados será traçado um plano de ação para o desenvolvimento desta pesquisa, voltada ao programa de Educação Permanente relacionado à assistência ao pré-natal para Jataí. Os dados, secundários, serão extraídos de informações do Ministério de Saúde (SIM – Sistema de Informação de Mortalidade). A coleta dos dados referentes à percepção dos profissionais sobre Trabalho Interprofissional, Educação Interprofissional, e Educação permanente serão obtidos através de entrevistas por meio de grupo Focal.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Avaliar a percepção e as práticas dos profissionais da área de saúde na Atenção Primária, na cidade de Jataí, para a elaboração de uma proposta

de um programa de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para redução da mortalidade materna no município.

**Objetivo Secundário:**

-Descrever o panorama da mortalidade materna no município de Jataí no período de 2011 a 2015

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

- Identificar as práticas e saberes que integram o campo comum da atuação no cuidado ao pré-natal da equipe de Estratégia de Saúde da Família.
- Avaliar a percepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária com relação ao conhecimento sobre Trabalho Interprofissional, Educação Interprofissional, e Educação Permanente.
- Estabelecer proposta de uma Educação Interprofissional, por meio de um projeto de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para redução da mortalidade materna no município de Jataí.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos são mínimos (expor suas opiniões, podendo gerar conflitos entre os participantes, cansaço, indisposição). Os riscos relacionados ao constrangimento ou desconforto em participar de algum tópico do grupo focal, serão sanados com a não necessidade de emitir sua opinião, o que não acarretará prejuízo na sua participação na pesquisa. Para minimizar tais riscos de conflito, as pessoas que aceitarem participar do grupo focal serão orientadas sobre a dinâmica da atividade, sobre a importância de respeitar a opinião e o momento da fala de cada participante.

Benefícios: Compreender a importância da interprofissionalidade a partir do trabalho coletivo, trazendo como o maior benefício o aprimoramento da interprofissionalidade no seu local de trabalho. Ainda, o participante poderá não ser beneficiado de uma maneira direta; porém, o estudo que envolve educação em saúde, trabalho em equipe multiprofissional na assistência à mulher grávida e possibilidades da melhoria nesta assistência através de uma educação permanente que deve ser iniciada nas Unidades Básicas de Saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade materna, o que o beneficiará de maneira indireta. Informações obtidas a partir dessa pesquisa poderão ajudar em outras pesquisas, promovendo assim o melhor entendimento dos fatores relacionados à qualidade da assistência pré-natal e morte materna.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um levantamento no sistema SIM do Ministério da Saúde seguido de grupo focal, com 10 profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Jataí, referente a percepção dos profissionais sobre Trabalho Interprofissional, Educação Interprofissional e Educação permanente.

Apresentam nova carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí com o título: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM JATAÍ - GOIÁS. Consta data para coleta de dados de setembro a dezembro de 2016.

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



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

Folha de rosto: Adequada;

Termo de Compromisso: Título da pesquisa não confere com o título informado nas informações básicas no sistema e no projeto anexado. Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, devidamente assinado. TCLE: Adequado

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

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste comitê.

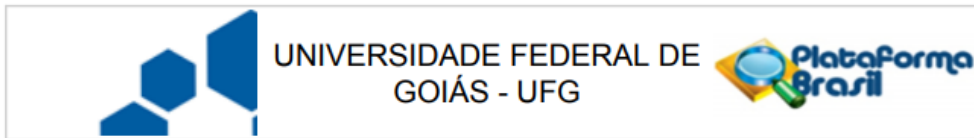
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para julho de 2017.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_696176.pdf	27/07/2016 17:01:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	27/07/2016 16:58:46	Juliete Teresinha Silva	Aceito
Outros	ANUENCIApdf.pdf	25/07/2016 18:12:43	Juliete Teresinha Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/06/2016 16:16:04	Juliete Teresinha Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_doc.docx	16/06/2016 16:11:28	Juliete Teresinha Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	16/06/2016 16:09:47	Juliete Teresinha Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.PDF	19/05/2016 21:37:17	Edlaine Faria de Moura Villela	Aceito

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.653.217

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 28 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**João Batista de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

Página 04 de 04