



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO (S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO
DESENVOLVIDO(S) PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

FORTALEZA

2021

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO (S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO
DESENVOLVIDO(S) PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde Pública – Doutorado em Saúde Coletiva - da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N711a Nogueira, Denise Lima.

Avaliação do(s) modelo(s) educacional(is) de formação desenvolvido(s) para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE no período de 2014 a 2018 / Denise Lima Nogueira. – 2021.

243 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Coorientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

1. Avaliação. 2. Modelos Educacionais. 3. Educação Continuada. 4. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 5. Saúde Materno-Infantil. I. Título.

DENISE LIMA NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO
DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM
SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde Pública – Doutorado em Saúde Coletiva - da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto
Universidade Federal do Ceará (UFC) – *Campus* Sobral/CE

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Carmen Emmanuely Leitão Araújo (Suplente Interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, filhos e amado.

AGRADECIMENTOS

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas” (Rm 11:36). Com esse trecho da carta do Apóstolo Paulo aos romanos, agradeço a Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de realização deste sonho.

Aos meus pais, por serem sustentáculo e apoiadores dos nossos sonhos. Quem diria que seria possível, einh? Acreditamos e lutamos.

Ao meu esposo e filhos, pela companhia, amor e compreensão em tantos momentos de ausência. Amo vocês!!!

A minha irmã e sua família, por serem apoio nessa jornada. Sem vocês não teria conseguido!

A minha querida orientadora, Profa. Márcia Machado, pela oportunidade de aprendizado, ensinamentos, parceria... Não tenho palavras para agradecer o quanto aprendi e o quanto levarei dessa caminhada!

A minha co-orientadora, Profa Socorro Sousa. Sua serenidade e sabedoria nos ensinam tanto!!!

Ao Professor Vicente Pinto, pelo exemplo, incentivo, apoio e parceria na caminhada profissional e acadêmica. Gratidão!!!

Aos meus amigos dessa caminhada na vida, pela companhia e palavras de ânimo. Vocês são força e alegria.

Aos Professores examinadores desse trabalho, pela dedicação, conhecimento e partilha de experiências. Muito obrigada!

Aos participantes desta pesquisa e as pessoas que contribuíram para o desenvolvimento desta. Vocês foram fundamentais!

Ao corpo docente do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará por todos os ensinamentos.

À coordenação e ao corpo administrativo do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (Hemison e Dominik), pelo apoio e presteza de vocês durante essa jornada.

“Uma lente não é igual a outra. As lentes variam entre si: côncavas, convexas, planas, assim como variam também as pessoas que as utilizam. Em muitas situações podemos querer ver sem enxergar (tudo), ou enxergar sem ver... depende da distância, da luminosidade, do foco, da abertura da lente, da velocidade da exposição, do enquadramento, e da sensibilidade de cada olhar. O desvelar e o entrecruzar de olhares impõem-se como desafio para a compreensão do homem e do humano...”
(KOMATSU, 2003)

RESUMO

Na Saúde Coletiva, tanto a atenção à saúde como a educação são práticas sociais. Assim, o modo como elas dialogam e inter-relacionam influencia a organização dos serviços de saúde. No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde emergem como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, o Ministério da Saúde objetivando garantir assistência de qualidade à mulher desde o planejamento reprodutivo ao puerpério e à criança desde o nascimento aos 24 meses de idade instituiu a Rede Cegonha. Não obstante, compreendendo que garantir assistência de qualidade à mulher no período gravídico-puerperal e à criança, no âmbito do SUS, exige dos profissionais o desenvolvimento de competências que permitam a prestação de assistência à saúde pautada nos princípios da integralidade e universalidade, esta pesquisa objetivou: avaliar os modelos educacionais de formação para a atenção à saúde materno-infantil na Região de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha. Portanto, foi realizada uma pesquisa avaliativa, qualitativa, do tipo estudo de caso, em Sobral/CE, de junho de 2019 a março de 2020, tendo como unidades de análise documentos, diário de campo e entrevistas com participantes, mediante amostragem teórica e triangulação dos dados. Os documentos compreenderam àqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil de 2014 a 2018. Os participantes compreenderam 14 pessoas, entre os gestores/coordenadores da atenção e da educação na saúde de Sobral/CE e do Ceará e dos serviços de saúde materno-infantil de Sobral/CE. A coleta documental aconteceu por meio de um instrumento pré-definido e a entrevista foi semiestruturada e gravada. As informações das entrevistas foram organizadas e analisadas baseadas na análise temática de conteúdo de Bardin, com suporte do *software* MAXQDA Analytics Pro 2000, e as informações documentais analisadas por meio da análise documental, as quais foram acrescidas as informações oriundas do diário de campo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com protocolo de número 3.355.553. Os resultados das fontes de dados foram apresentados e discutidos de forma orgânica. Estes foram organizados em duas categorias de análise, que se dividiram em subcategorias, convergindo na elaboração de uma proposta modelização da intervenção. A categorização “A Rede

Cegonha no município de Sobral, Ceará, Brasil”, se dividiu em outras três subcategorias de análise e a categoria “Os Processos formativos na e para a Atenção à Saúde Materno-Infantil em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018” se dividiu em seis outras subcategorias. A partir dos resultados das duas categorias de análises, apresentamos uma proposta de Modelo lógico da Formação para a Atenção Saúde Materno-Infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha a fim de contribuir com a compreensão, por parte dos atores envolvidos, da articulação dos elementos e atividades desta para a obtenção dos resultados programados, assim como para orientar tomada de decisão. Isto posto, esta pesquisa permitiu depreender que as práticas formativas é uma das estratégias adotadas para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

Palavras-chave: Avaliação. Modelos Educacionais. Educação Continuada. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

In Collective Health, both health care and education are social practices. Thus, the way in which they dialogue and interrelate influences the organization of health services. In Brazil, Health Care Networks emerge as a strategy to overcome the fragmentation of health care and improve the political and institutional functioning of the Unified Health System (SUS). In 2011, the Ministry of Health, aiming to guarantee quality assistance to women from reproductive planning to the puerperium and to children from birth to 24 months of age, established the Stork Network. Nevertheless, understanding that ensuring quality care for women during pregnancy and childbirth and for children, within the scope of SUS, requires professionals to develop skills that allow the provision of health care based on the principles of integrity and universality, this research aimed: to evaluate the educational models of training for maternal and child health care in the Sobral/CE region, within the scope of the Stork Network. Therefore, an evaluative, qualitative, case study research was carried out in Sobral/CE, from June 2019 to March 2020, having as units of analysis documents, field diary and interviews with participants, through theoretical sampling and triangulation of the data. The documents included those related to the educational processes on maternal and child health care from 2014 to 2018. Participants comprised 14 people, including managers / coordinators of health care and education in Sobral/CE and Ceará and health services maternal and child health in Sobral/CE. Documentary collection took place using a pre-defined instrument and the interview was semi-structured and recorded. The information from the interviews was organized and analyzed based on the thematic content analysis of Bardin, with support from the MAXQDA Analytics Pro 2000 software, and the documentary information analyzed through the documentary analysis, to which the information from the field diary was added. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, under protocol number 3,355,553. The results of the data sources were presented and discussed organically. These were organized into two categories of analysis, which were divided into subcategories, converging in the elaboration of a proposed intervention modeling. The categorization "The Stork Network in the municipality of Sobral, Ceará, Brazil" was divided into three other analysis subcategories and the category "The Training Processes in and for Maternal and Child Health Care in Sobral, Ceará, in

the period of 2014 to 2018” was divided into six other subcategories. Based on the results of the two analysis categories, we present a proposal for a Logical Model of Training for Maternal and Child Health Care in the municipality of Sobral/CE, within the scope of the Stork Network in order to contribute to the understanding, on the part of the actors involved, the articulation of the elements and activities of this to obtain the programmed results, as well as to guide decision making. That said, this research allowed us to conclude that training practices are one of the strategies adopted for the qualification of maternal and child health care in Sobral/CE.

Key-words: Evaluation. Models, Educational. Education, Continuing. Maternal-Child Health Services. Maternal and Child Health.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 - Indicadores de mortalidade materna e infantil do Município de Sobral/CE, de 2007 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	29
Figura 1 – Marcos históricos da educação continuada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	35
Figura 2 - Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial, a partir das formulações de Campos (1994), Paim (2008) e Pires (2008).....	58
Figura 3 – Períodos e Gerações da Avaliação	84
Figura 4 – Estruturação da Rede Cegonha na Região de Sobral/CE.....	86
Figura 5 – Inserção dos Municípios na Rede Cegonha Sobral/CE.....	98
Figura 6 - Principais marcos históricos da saúde materno-infantil no Brasil, Ceará e Sobral/CE a partir da constituição do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	120
Figura 7 - Elementos do modelo lógico	181
Figura 8 - Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020	184

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade infantil no Ceará de 1997 a 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	109
Gráfico 2 - Taxa de mortalidade infantil em Sobral/CE de 1997 a 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	109
Gráfico 3 - Quantitativo dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	139
Gráfico 4 - Quantidade de processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE x nível de atenção à saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	140
Gráfico 5 - Quantidade dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE x Nível de atenção à saúde x Componente Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	141
Gráfico 6 - Número de médicos e enfermeiros capacitados no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	143
Gráfico 7 - Tendência das participações dos médicos e enfermeiros nos processos formativos sobre saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	144
Gráfico 8 - Número de processos formativos realizados para a atenção materno-infantil em Sobral/CE, no período de 2014 a 2018, com definição da estratégia metodológica adotada por componente da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	161

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Terminologias de Educação e Formação na Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	38
Quadro 2 – Principais características das abordagens pedagógicas propostas por Libâneo (1985). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	44
Quadro 3 – Principais características das abordagens pedagógicas propostas por Mizukami (1986). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	45
Quadro 4 – Principais características das abordagens pedagógicas propostas por Luckesi (1990). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	46
Quadro 5 – Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, Periódicos CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	67
Quadro 6 – Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área Atenção à Saúde, Periódicos CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	69
Quadro 7 – Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área Pesquisa, Formação e Educação em Saúde, Periódicos CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.....	76
Quadro 8 - Perfil dos participantes da pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	95
Quadro 9 - Descrição dos documentos analisados para a identificação de informações relacionadas à avaliação dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2020.....	96
Quadro 10 - Responsabilidades dos municípios por componentes da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	100
Quadro 11 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha - Componente Pré-Natal. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020...	156
Quadro 12 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha - Componente Parto e Nascimento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	157

Quadro 13 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha, Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	159
Quadro 14 - Principais características dos modelos educacionais (MIZUKAMI,1986). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	170

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AL	Alagoas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CE	Ceará
CIES	Comissão Permanente de Intergração Ensino-Serviço
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CRAS	Centro Regional de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF	Distrito Federal
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-VS	Escola de Saúde Pública Visconde Saboia
EUA	Estados Unidos da América
GO	Goiás
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH	Norma Operacional Básica/Recursos Humanos

NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PA	Pará
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PASMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PBL	Problem Based Learning
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAISC	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SCMS	Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMSS	Secretaria Municipal da Saúde de Sobral
SUS	Sistema Único de Saúde
TBL	Team Based Learning
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Do que iremos falar? O tema, contextualizado na proposta do estudo a ser realizado	21
1.2	Justificativa e Relevância	28
2	OBJETIVOS	32
2.1	Geral	32
2.2	Específicos	32
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1	Educação e Formação em Saúde	33
3.1.1	<i>Conceitos de Educação e Formação em Saúde</i>	33
3.1.2	<i>Normatização da Educação Permanente em Saúde no Brasil.....</i>	39
3.1.3	<i>Modelos Educacionais para a Educação na Saúde</i>	43
3.2	Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil	50
3.2.1	<i>Breve Histórico da Saúde Pública e da Atenção à Saúde e os Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil</i>	50
3.2.2	<i>Políticas de Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil</i>	59
3.2.3	<i>Rede Cegonha</i>	66
3.3	Sobral, Ceará, Brasil: o lócus da pesquisa	79
4	PERCURSO METODOLÓGICO	81
4.1	Tipo e Abordagem da Pesquisa	81
4.2	Referencial Teórico	82
4.2.1	<i>Abordagem epistemológica da pesquisa qualitativa</i>	82
4.2.2	<i>Avaliação Qualitativa de Serviços e Programas de Saúde</i>	83
4.3	Local da Pesquisa	85
4.4	Unidades de Análise	86
4.5	Período da Pesquisa	88
4.6	Métodos e Procedimentos para Coleta das Informações	88
4.6.1	<i>Primeira Etapa: Pesquisa Documental</i>	88
4.6.2	<i>Segunda Etapa: Entrevista Semiestruturada</i>	89
4.7	Análise, apresentação e discussão das informações	90
4.8	Aspectos Éticos da Pesquisa	92
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	94

5.1	A Rede Cegonha no município de Sobral, Ceará, Brasil	97
5.1.1	<i>Descrevendo a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Sobral/CE</i>	97
5.1.2	<i>Práticas de gestão para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE</i>	108
5.1.3	<i>Desafios na e para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE</i>	121
5.2	Processos formativos na e para a Atenção à Saúde Materno-Infantil em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018	130
5.2.1	<i>Estratégias potencializadoras das práticas formativas em Sobral/CE</i>	130
5.2.2	<i>Descrevendo os processos formativos desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE durante os anos 2014 a 2018</i>	138
5.2.3	<i>Identificação e definição das temáticas dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018</i>	150
5.2.4	<i>Estratégias metodológicas adotadas nos processos formativos</i>	161
5.2.5	<i>Avaliar é preciso</i>	171
5.2.6	<i>Contribuição dos processos formativos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE</i>	175
5.3	Modelo lógico da Formação para a Atenção Saúde Materno-Infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha	180
5.3.1	<i>Teorizando a modelização de uma intervenção</i>	180
5.3.2	<i>O Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha</i>	183
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
	REFERÊNCIAS	191
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	213
	APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTORES E/OU COORDENADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE .	214
	APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –	215

GESTORES E/OU COORDENADORES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE	
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GESTORES/COORDENADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE E PROFISSIONAIS	216
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GESTORES/COORDENADORES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE	219
APÊNDICE F – DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO	222
APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	223
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA COMISSÃO DE PESQUISA DE SOBRAL/CE	224
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE DE SOBRAL/CE	226
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/CE	228
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL NORTE	229
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO COORDENADOR DA PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	231
ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/CE.	235
ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA – INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR.	239

1 INTRODUÇÃO

1.1 Do que iremos falar? O tema, contextualizado na proposta do estudo a ser realizado.

Considerando que é inconcebível a neutralidade, enquanto atitude humana, de um pesquisador frente ao fenômeno que estuda e, a observância ao lugar que ele ocupa no campo (suas práticas), bem como os construtos orientadores, é que discorro aqui a minha posicionalidade, como pesquisadora em Saúde Coletiva, em relação ao objeto “Avaliação dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, Ceará (CE), Brasil”. Para tanto, durante a escrita deste capítulo busquei refletir sobre essa questão à luz da literatura vigente e das experiências vivenciadas durante minha caminhada profissional e acadêmica.

Para o positivismo, a externalidade do observador quanto ao que deve ser observado é a essência do método. Durkheim (2002) ao discorrer sobre as regras do método sociológico afirma que a neutralidade e a objetividade do pesquisador social podem ser mantidas uma vez que ao cientista social caberia observar as manifestações comportamentais exteriores a ele próprio.

Todavia, Schutz (1971), sob a ótica do construtivismo, refere que a importância que os objetos e os contextos possuem para o pesquisador está relacionada com a bagagem de conhecimento desse, cuja relação se fundamenta na bagagem biográfica e reflexiva frente às experiências vividas. Minayo (2014), em sua obra *O desafio do conhecimento*, corrobora com esta questão ao afirmar que a escolha de um tema não se dá de forma espontânea, mas tem sua gênese em um problema de vida prática, uma vez que não existe conhecimento acima ou fora da realidade.

Paralelamente, podemos fazer alusão ao conceito de *posicionalidade* associada à noção de campo de Bardieu (1976). Tomando como referência a noção posicional utilizada na matemática, que traz a compreensão de que a posição ocupada por cada algarismo em um número altera seu valor, a posicionalidade poder ser aqui definida como o lugar que o pesquisador ocupa no campo da pesquisa, frente ao objeto em estudo.

Assim, podemos aludir que esse “neologismo” está relacionado à implicação do pesquisador com o fenômeno pesquisado, levando em conta o contexto social e político em que ele está inserido, e a subjetividade e intersubjetividade dele com o processo de pesquisa.

Nesta perspectiva, fazemos referência também ao conceito de *reflexividade* como “sensibilidade à maneira pelas quais o pesquisador e o processo de pesquisa formataram os dados coletados” (MAYS e POPE, 2009, p.104). Depreendida, portanto, como resultante da reflexão crítica sobre a própria pesquisa e o contexto político e social no qual o objeto em análise se constitui (GREEN e THOROGOOD, 2009).

Relacionada ao estilo de vida, à teoria social, à ética em pesquisa e, geralmente, em pesquisa social qualitativa, a reflexividade pode ter vários significados referentes ao desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e ao processo de pesquisas: meta-análise do processo de pesquisa pelo pesquisador e pesquisado; característica definidora de toda ação humana, onde ação e pensamentos estão sempre relacionados; e, combinação de aspirações reflexivas e reflexividade na prática da vida acadêmica (GOULDNER, 1970).

Guilhemin e Gillan (2004) conceituam reflexividade como o caminho para o pesquisador analisar, questionar e, algumas vezes, se reposicionar nos temas e situações que frequentemente se encontram fora do lugar na prática diária da vida social. Para Bourdieu e Wacquant (2002), o processo reflexivo, baseado na observação do assunto de pesquisa e na reflexão do próprio pesquisador, é importante durante o decorrer da pesquisa, tendo em vista configurar a “consciência e o reconhecimento do pesquisador na construção do conhecimento” (GIBBS, 2009, p. 56)

Desta forma, “ao seguir uma ação reflexiva, o pesquisador é chamado a voltar-se para si mesmo, conhecer os motivos que o encaminharam para este tema ou [...] questão de pesquisa” (OLIVEIRA e PICCININI, 2009, p. 95). Assim, considerando que “a atenção constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico afeta o pesquisador e sua obra” (MINAYO e GUERRIERO, 2014, p. 1104), faz-se necessário o reconhecimento das numerosas matizes que introduzem os questionamentos nas relações intersubjetivas que se dão entre os sujeitos nesse tipo de estudo (SALGADO, 2012).

Por oportuno, e tomando como ponto de partida a reflexividade no desenvolvimento da pesquisa, desde a definição do objeto de estudo até a divulgação dos resultados, emergiram em meus pensamentos as seguintes indagações: Onde estou? De onde falo? Que espaço/posição ocupo neste campo do conhecimento, da Saúde Coletiva?

Para discorrer sobre o assunto, propus discorrer aqui sobre o Campo da Saúde Coletiva e sobre a Educação na Saúde, objeto desta tese, que está situada na intersecção dos campos Saúde e Educação.

Pierre Bourdieu (1983) define “campo” como espaço de luta, de disputa de poderes. Para ele, no campo científico, o que está em jogo é a competência e a autoridade científica, e o funcionamento desse campo produz e supõe uma forma específica de interesse, que pode ser intrínseco e/ou extrínseco ao pesquisador.

Tendo em vista que a Saúde e Educação como campos distintos, possuem uma lógica própria, marcados por tensões e fundamentos onto-epistemológicos específicos e que ações integradas entre educação e saúde visam a intersectorialidade aplicada na prática (MATTOS *et al*, 2018), demonstra a complexidade do objeto em estudo.

Nunes (2009), ao discorrer sobre Saúde Coletiva, apresenta-a como um campo de conhecimentos e práticas que tem sua origem na medicina social/saúde pública e está fundamentada no projeto preventivista. Este apresenta uma crítica ao modelo biomédico, instalando a preocupação com a perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários.

Com estruturação nos anos 1970, o autor afirma que não há um consenso na definição do campo da Saúde Coletiva, uma vez que é marcado por tensões epistemológicas e caracterizado pela interdisciplinaridade. Destarte, apresenta três grandes espaços e formações disciplinares deste: Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia, e Política e Planejamento.

Nesta mesma perspectiva, Paim e Almeida Filho (1998) em seu texto “Saúde Coletiva: uma ‘nova saúde pública’ ou campo aberto a novos paradigmas?” fazem um movimento reflexivo sobre a saúde coletiva como um campo científico e âmbito de práticas, de caráter transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersectorial que se preocupa com a saúde pública enquanto saúde do público.

Expõem que as bases, fundamentos e origem da saúde coletiva na América Latina, têm em conta os diálogos desta com a saúde pública e a medicina social, e os objetos de intervenção dessa: políticas (formas de distribuição do poder); práticas (mudanças de comportamentos; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos/ambientes); e instrumentos (meios de produção de intervenção) (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

A Educação em e na Saúde, ao lado da Gestão em Saúde e da Atenção à Saúde, compreende um núcleo de conhecimento e prática da Saúde Coletiva que teve sua origem, no Brasil, em meados dos séculos XIX e XX a partir da educação sanitária, seguida pelos movimentos de educação popular com Paulo Freire na década de 60, estruturada em três atributos intelectuais e práticos: 1) Educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em serviços de saúde; 2) Educação popular em saúde e ativismo comunitário; e 3) Investigação e docência na saúde (ABRASCO, 2015).

Concernente aos modelos educacionais de formação para a atenção à saúde materno-infantil, é salutar que a formação de profissionais da saúde orientada às necessidades emergentes é tema de discussão e reflexão por pesquisadores dos campos da saúde e da educação. Não obstante, garantir assistência de qualidade à mulher no período gravídico-puerperal e à criança no âmbito do SUS, no Brasil, exige dos profissionais o desenvolvimento de competências que permitam a prestação de assistência à saúde pautada nos princípios de integralidade, equidade e universalidade.

Logo, e em resposta às indagações anteriores, discorro aqui o lugar que ocupo nesse campo a partir de minhas experiências acadêmicas e profissionais.

A minha formação acadêmica, desde a graduação em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) até o processo de Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), foi permeada por vivências significativas nos campos da Saúde e da Educação, fomentando a construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento e de minhas práticas profissionais nesse âmbito.

Em 2007, ingressei no curso de Enfermagem da UVA com o anseio de contribuir significativamente com o fortalecimento de práticas qualificadas e equitativas de saúde. Neste contexto, muito precocemente já demonstrava o

interesse e preocupação com as questões da saúde, refletindo sobre as estratégias de melhoria e atenção à saúde para além do fazer do Enfermeiro, compreendendo o fazer deste em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

Esse primeiro momento, permeado de participação em atividades de extensão e monitoria, além das curriculares, possibilitou-me a aquisição de “lentes” que fomentassem a compreensão do fenômeno saúde em suas interfaces e a indissociação da atenção-gestão-ensino-controle social.

Enquanto graduanda, tive a oportunidade de participar do Projeto de Extensão em Hipertensão e Diabetes e o de Saúde da Mulher. Neste último, pude me aproximar de estudos, vivências e obter informações/conhecimentos que me levaram a fazer reflexões sobre a saúde da mulher e a saúde materna, disparando em mim o interesse pela pesquisa científica.

Destarte, a participação no projeto de extensão e a proposta disciplinar de realizar um artigo sobre o cuidado materno, resultou em minha primeira publicação científica: “Mitos e tabus sobre maternidade precoce para primíparas”. Emergia, portanto, o interesse pela área da Saúde Materno-Infantil. Em ato contínuo, desenvolvi internato de enfermagem em uma maternidade de referência para a região norte do Estado do Ceará.

Paralelamente, a aprovação em seleção pública para realização de estágio extracurricular, remunerado no Serviço de Educação Permanente da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, Hospital de Ensino da Região Norte do Estado do Ceará, fomentou-me a compreensão da importância do processo formativo para a qualificação da assistência e da gestão em saúde e da articulação atenção-gestão-ensino-controle social para o fortalecimento e consolidação das práticas de saúde. Tive, então, a oportunidade de vivenciar a Educação e Formação na Saúde como um eixo estruturante das práticas em saúde, atuando como enfermeira e, a partir de 2013, como coordenadora de Educação Permanente do referido hospital.

Diante disso, posso afirmar que essas experiências foram significativas e delimitaram o percurso de minha atuação profissional, uma vez que desde a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem (2011) venho atuando e pesquisando a formação e a gestão em saúde com ênfase na saúde materno-infantil.

Estar e atuar no espaço da gestão e formação, em nível de graduação e pós-graduação, em saúde materno-infantil, me traz a percepção de que as práticas

em saúde estão fundamentadas no encontro das disciplinas e dos saberes com o contexto social, político, econômico, cultural e nosológico de uma sociedade. Compreensão essa que favorece, frequentemente, a reflexão: Seria possível as ciências biológicas e da saúde, de forma específica e individualizadas, apresentarem respostas aos problemas e necessidades de saúde emergentes? Cientificamente, poderíamos afirmar que não.

Nesta perspectiva, percebi a necessidade de ampliar meus conhecimentos e construções acerca da práxis em saúde; de compreender a atuação da Enfermagem em articulação com as demais disciplinas e saberes para a efetivação das práticas de saúde no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Com isso, propus-me buscar formação especializada nas áreas da Auditoria dos Sistemas e Serviços de Saúde, da Docência na Saúde e Preceptoria no SUS. Precisava apreender conceitos e categorias presentes no cotidiano do serviço de minha inserção. Esses cursos, portanto, acresceram-me conhecimentos sobre a importância da interdisciplinaridade para a efetivação das práticas em saúde e para a integralidade da assistência. Essa última depreendida como um princípio do SUS.

No entanto, é válido reiterar que no atual contexto político, social e econômico do país a integralidade da assistência é um desafio. Poder-se-ia afirmar que, desde a constituição do SUS, a garantia desse princípio é um desafio, exigindo o aporte de recursos financeiros de acordo com as características loco regionais, bem como gestão e formação qualificada e participação social efetiva.

Diante desses posicionamentos, porém não de forma cronológica, no ano 2013, ingressei o Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde da Família (Mestrado) da Universidade Federal do Ceará - *Campus* Sobral/CE. Algo que parecia, aos olhos de alguns atores externos, como contraditório a minha atuação profissional, foi baliza e pilar significativo para a continuidade da minha prática profissional. Assim, enfatizar e compreender o conceito e o cuidado da família para além dos muros da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica à Saúde foi desafiador durante esse processo formativo.

Logo, propus como objeto de dissertação avaliar as práticas de gestão, atenção e ensino-pesquisa de Hospitais de Ensino no Estado do Ceará, já que se configuram equipamentos de saúde responsáveis pela formação de profissionais

para todos os níveis de atenção do SUS e pela atenção à saúde de alta-complexidade.

O produto dessa pesquisa demonstrou, além das contribuições dessa política em cada eixo desses hospitais, a necessidade de fortalecer a articulação dos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde para uma assistência e formação qualificada, resultando na publicação de dois artigos científicos (NOGUEIRA *et al*, 2015; LIRA e NOGUEIRA, 2016).

Vale salientar que, nesse mesmo período, atuei como docente substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Acaraú na área das Políticas Públicas voltadas para a atenção à saúde materno-infantil, dentre outras, bem como participei ativamente da elaboração de um projeto político pedagógico para uma Residência Multiprofissional em Neonatologia para a Região Norte do Estado do Ceará, no âmbito da Rede Cegonha.

Esse programa, portanto, emergiu como uma resposta à necessidade de formar profissionais qualificados para a atuação neonatal no SUS, sob o enfoque da Rede Cegonha, e como produto da articulação entre gestores, docentes, profissionais e pesquisadores dos diversos segmentos de atenção à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Sobral/CE.

Ao ser aprovado pelo Ministério da Saúde, passei a atuar como docente e na coordenação desse programa, comprometendo-me mais uma vez com a formação e qualificação de profissionais para atuação na saúde materno-infantil. Experiência essa que me permitiu a discussão, a reflexão e o fortalecimento da atuação multiprofissional no cuidado neonatal desde o planejamento reprodutivo até aos dois anos de idade da criança.

Em agosto de 2018, iniciei uma nova experiência na docência em saúde, atuando como coordenadora de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Privado no interior do Ceará, com a responsabilidade de conduzir o processo de formação de enfermeiros para atuação crítica, reflexiva, ética e científica no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Diante disso, realizar o Doutorado em Saúde Coletiva na linha de Avaliação de Políticas e Programas de Saúde, com ênfase na Saúde Materno-Infantil e pesquisar a formação dos profissionais para a atenção à mulher e à criança tem sido importantíssimo para a consolidação de minha carreira profissional e acadêmica.

Retomando, portanto, à pergunta sobre o lugar ocupo frente ao objeto em estudo, posso afirmar que me encontro no lugar de construção e reconstrução do conhecimento, na posição do aprender a aprender. Como em um processo de fiar, em meio às tecituras, conjunturas, vou me fazendo, poderia dizer, me refazendo.

1.2 Justificativa e Relevância

Mendes (2010) afirma que, no Brasil, as discussões sobre redes de atenção à saúde são recentes. Estas se configuram uma estratégia fundamental para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, definidas como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente”, cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a). Entretanto, ressalta que, embora existam estudos de casos de experiências sobre as redes de atenção que indicam que elas podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS, inexistem experiências em escalas e avaliações robustas do impacto e da efetividade dessas.

No que concerne à Rede Cegonha, Di Giovanni (2013) afirma que embora os dados demográficos sobre mortalidade infantil apresentem uma contínua redução de 1990 a 2011, a ausência de dados conclusos de 2013, ano de realização de seu estudo, e poder-se-ia acrescentar aqui, a insuficiência de dados conclusos nos últimos cinco anos, impede de apresentar evidências em larga escala sobre as alterações significativas resultantes da implantação da Rede Cegonha na atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal e à criança de 0 a 24 meses.

Ao analisar os indicadores de mortalidade materna e de mortalidade infantil relacionada ao parto, disponíveis no DATASUS, referente ao município de Sobral/CE, que é referência na atenção à saúde no Brasil, no decênio 2007 a 2016 (BRASIL, 2018), verificamos que após o período de implantação da Rede Cegonha houve uma redução dos óbitos maternos e infantis (Tabela 1), todavia ainda se faziam necessários o desenvolvimento de outros estudos que avaliassem os efeitos dessa rede para a atenção à saúde.

Tabela 1 - Indicadores de mortalidade materna e infantil do Município de Sobral/CE, de 2007 a 2016. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020

ANO	Óbito materno (n)	INDICADOR	
		Óbito infantil relacionado ao parto (n)	
2007	3	46	
2008	1	43	
2009	1	60	
2010	-	42	
2011	5	58	
2012	2	47	
2013	3	55	
2014	1	46	
2015	1	29	
2016	1	30	

Fonte: DATASUS (2018).

Revisão integrativa realizada pelos próprios autores, nos Periódicos CAPES, sobre a produção científica relacionada à Rede Cegonha publicada do ano 2011 a 2017, permitiu-nos evidenciar que ainda são poucos os estudos que versam e apresentam resultados referentes a essa RAS e a contribuição dela na atenção à saúde materno-infantil, uma vez que de 18 estudos sobre a temática, 27,8% dos estiveram relacionados ao Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, 61,1% à Atenção à Saúde e apenas 11,1% à Pesquisa, Formação e Educação em Saúde.

De acordo com Brasil (2011a), a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na RAS, sendo definida como “integração de serviços por meio de redes assistenciais” (HARZ e CONTANDRIOPOULOS 2004, p. S331) e como um termo novo no setor da saúde, “designando várias dimensões e sentidos, ora como eixo integrador de serviços, ora como visão holística do sujeito do cuidado ou como ações de atendimento integral de demandas e necessidades” (SILVA e RAMOS, 2012, p. 593).

Frente o exposto, e compreendendo que a efetividade e a eficácia dos serviços de saúde são de ordem multifatorial, podemos afirmar que para o alcance de práticas qualificadas, no setor saúde, fazem-se necessários a alocação adequada de recursos financeiros e o fortalecimento da articulação entre ensino, atenção, gestão e controle social, definida por Ceccim e Feuerwerker (2004) como Quadrilátero da Formação.

No tocante à categoria educação, Gadotti (1993) afirma que ela emerge como um processo de desenvolvimento pessoal, individual, após a segunda guerra mundial, com a compreensão de que essa se estende por toda a vida e não é neutra, interdependente à sociedade. Destarte, em 1968, a Organização das Nações

Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), ao analisar a crise da educação, propôs uma nova orientação a essa, chamada educação permanente, em que os sistemas nacionais de educação deveriam se orientar pelo princípio de que o homem se educa por toda a vida.

Destarte, Miccas e Batista (2014, p. 171) apontam que a educação permanente tem como pressuposto educar no e para o trabalho, em que os “lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica [...]”.

Peduzzi (2013), diante disso, expõe que na Saúde Coletiva, tanto a educação como a atenção à saúde são práticas sociais, reiterando que a Saúde Coletiva contribui expressivamente ao problematizar e investigar o processo saúde/doença e a organização dos serviços, como fenômenos que além de técnico-científicos são intrinsecamente sociais e culturais.

Diante do exposto, e considerando que Gigante e Campos (2016) ressaltam que as formas as quais as organizações de saúde têm incorporado e desenvolvido os processos de educação permanente permanecem como constante possibilidade de campo investigativo, emerge o questionamento: quais modelos educacionais orientam a formação para a saúde materno-infantil no município de Sobral/CE na lógica da Rede Cegonha? Qual tem sido a colaboração/contribuição dos processos educativos de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE para a qualificação das práticas na Rede Cegonha?

Nesta direção, essa pesquisa relaciona-se com o campo da Saúde Coletiva, sendo relevante por avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil, no âmbito da Rede Cegonha, e a contribuição desses para a qualificação das práticas de atenção à saúde na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Tajra (2016) ao realizar estudo sobre a regionalização da Rede Cegonha no Estado do Ceará, aponta que são perceptíveis inconsistências quanto ao potencial assistencial relacionado à saúde materno-infantil, incluindo heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis para a população e redução do número de leitos para atender esta demanda. Conquanto, expõe que o Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha 2012-2015 relacionava a Região de Saúde de Sobral/CE como a única região com nível máximo (nível 6) para o

potencial assistencial da saúde materna e infantil no Estado do Ceará, haja vista desde 2012 até o ano 2016 apresentar esse perfil.

Isto posto, este estudo favorecerá identificar e compreender como as ações educativas para os profissionais inseridos na Rede Cegonha tem contribuído para a atenção à mulher e à criança nessa região de saúde, bem como contribuirá com o fortalecimento e/ ou reorientação das práticas de educação permanente e de atenção à saúde no cuidado à mulher e à criança, na lógica das redes de atenção à saúde, especificamente na Rede Cegonha.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

2.2 Específicos

- Descrever os processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil realizados no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.
- Inferir os modelos pedagógicos adotados pelos processos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.
- Desenhar o modelo lógico de formação para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.
- Identificar a contribuição dos processos educativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil para a qualificação das práticas na Rede Cegonha de Sobral/CE.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Educação e Formação em Saúde

A fim de discorrer sobre a temática Educação e Formação em Saúde, discorreremos sobre alguns questionamentos que a permeiam: O que se configura educação e formação na saúde? Qual(is) política(s) pública(s) fundamentam as práticas de educação e formação na saúde? As práticas de educação e formação na saúde são baseadas em que(ais) tipo(s) de abordagem(ns)/modelo(s) pedagógico(a)s.

3.1.1 Conceitos de Educação e Formação em Saúde

Considerando que educação em saúde e educação na saúde são áreas de conhecimento e práticas relacionadas ao campo da saúde, o uso indistinto desses termos, associados a educação popular em saúde, educação e saúde, educação para a saúde, educação permanente e educação continuada, é evidente entre os profissionais (FALKENBERG *et al*, 2014). Diante disso, proporemos a seguir apresentar uma distinção entre as terminologias ora apresentadas, tomando-se por base as definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Educação em Saúde é o processo educativo que tem por objetivo a apropriação de temas relacionados à saúde pela população a fim de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e diálogo com profissionais e gestores da saúde. Na sociedade civil, a *Educação Popular em Saúde* é promotora da educação em saúde “mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde” (BRASIL, 2012, p. 20).

Como processo político pedagógico, a educação em saúde “requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação” (FALKENBERG *et al*, 2014, p. 848).

As práticas de educação em saúde, no Brasil, tiveram seu início na metade do século XIX, quando o ensino de higiene teve como alvo principal as famílias da elite, a fim de reproduzir a cultura europeia e urbanizar os hábitos da elite brasileira. Assim, durante o século XIX e meados do século XX, as práticas de

educação em saúde estiveram baseadas na educação sanitária, mediante estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (FALKENBERG *et al*, 2014; SAMPAIO, ZANCUL e ROTTA, 2015).

Neste contexto, movimentos sociais, dentre os quais cita-se o Movimento de Educação Popular, protagonizado por Paulo Freire, na década de 1960, influenciaram as práticas de educação em saúde, incorporando a participação e o saber popular à área, dando lugar a processos educativos mais democráticos (FALKENBERG *et al*, 2014).

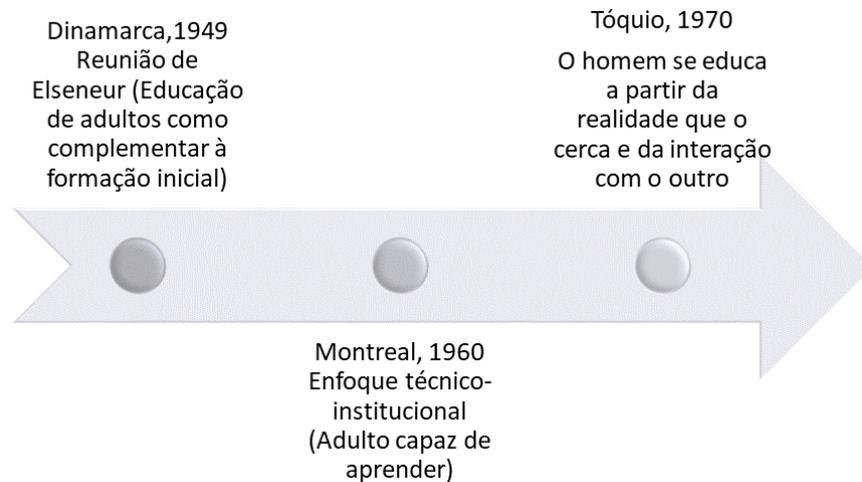
Desta forma, a educação popular é definida como um movimento histórico de mudanças, propostas inicialmente por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira (FALKENBERG *et al*, 2014). Portanto, passou a se constituir estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde emergentes, por meio do fortalecimento dos movimentos sociais e da criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001), tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares (FALKENBERG *et al*, 2014).

Já *Educação na Saúde* compreende a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20). Esta pode ser agrupada em dois tipos: educação continuada e educação permanente (FALKENBERG *et al*, 2014).

Assim, a *Educação Continuada* se refere ao “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (BRASIL, 2012, p. 20). Para Falkenberg *et al* (2014), a educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, com duração definida e uso de metodologia tradicional, caracterizada por estratégias educacionais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, por meio de cursos de caráter seriado e/ou publicações em determinado campo.

A Figura 1 apresenta, destarte, uma linha evolutiva com os três momentos históricos da educação continuada.

Figura 1 - Marcos históricos da educação continuada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaboração própria.

O primeiro grande marco da educação continuada ocorreu em 1949, na Dinamarca, com a reunião de Elseneur, na qual foram discutidos os fins e os métodos da educação de adultos e o papel da cooperação internacional no pós segunda guerra mundial. O enfoque desse encontro era a compreensão de que todo conhecimento sofre transformações, sendo necessário aprender a se capacitar (FALKENBERG *et al*, 2014), contribuindo para a emergência da educação de adultos como complementar à formação (escolar) inicial (FEIO e OLIVEIRA, 2015).

Em Montreal, no ano de 1960, manifestou-se o segundo momento histórico da educação continuada. Este com o tema “A educação de adultos num mundo em transformação”, apresenta o enfoque técnico institucional da formação, trazendo como princípio a capacidade de aprendizagem do adulto e, além da preocupação com os conhecimentos acadêmicos, preocupação com os conhecimentos profissionais práticos. Responsabilizou, portanto, as entidades governamentais pela criação de oportunidades educativas (IRELAND e SPEZIA, 2012; FALKENBERG *et al*, 2014; FEIO e OLIVEIRA, 2015).

O terceiro marco histórico, datado de 1970 ocorreu em Tóquio, e defendeu a ideia de que a educação deveria assumir o desenvolvimento integral do homem, potenciando as suas capacidades e participação no desenvolvimento da

própria comunidade (FEIO e OLIVEIRA, 2015). Caracteriza-se, portanto, pela compreensão de que o homem se educa a partir da realidade que o cerca e, em interação com os outros homens, coeduca-se (FALKENBERG *et al*, 2014).

Em contraposição, a *Educação Permanente em Saúde* (EPS) é definida como ação educativa embasada na problematização do processo de trabalho em saúde e que tem como finalidade a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, referenciadas pelas necessidades das pessoas e das populações, pela reorganização da gestão setorial e ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012).

Conforme Lavich *et al* (2017, p. 2), a EPS “é uma proposta para a formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem e intervêm a partir da reflexão das práticas de saúde”. Baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais, as bases teóricas que a constituem são autonomia, cidadania, subjetividade dos atores e aprender na, pela e para a prática.

Além disso, Costa *et al* (2018) afirmam que a educação permanente garante que o profissional mantenha e desenvolva novos conhecimentos e habilidades, sendo depreendida por Ceccim e Ferla (2009, p.1) ao mesmo tempo, como uma “prática de ensino-aprendizagem” e como “uma política de educação na saúde”.

O termo educação permanente aparece pela primeira vez na França, em 1955, e o final da década de 60 do século XX, “passa a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura (UNESCO), fundamentada na teoria do capital humano, o qual compreende a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país” (LEMOS, 2016, p. 914).

Em 1968, a Unesco, analisando a crise da educação, propõe uma nova orientação pedagógica chamada educação permanente, em que os sistemas nacionais de educação deveriam se orientar pelo princípio de que o homem se educa por toda a vida (GADOTTI, 1993).

Em 1980, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) necessitando utilizar um ‘novo vocábulo’ para implantar as mudanças que o setor enfrentaria devido às demandas de reestruturação do capital, ao fortalecimento do neoliberalismo, aos questionamentos acerca do socialismo e ao desmoronamento

da união do fordismo/taylorismo e do keynesianismo, propõe por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos a Educação Permanente em Saúde (LEMOS, 2016).

Assim, surge como um novo referencial pedagógico, no qual o trabalhador tem maior envolvimento no processo produtivo da saúde, superando o modelo fragmentado, desumanizado, conflitivo e alienante do trabalho (LEMOS, 2016).

“[...] Apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o ‘quadrilátero da formação’.” (FRANÇA *et al*, 2017, p. 1818).

Além disso, Brasil (2004, p. 1) considera a educação permanente como um “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, entre docência e atenção à saúde”, e a partir da Reforma Sanitária, foi ampliado para efetuar “relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social”, agregando aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Em se tratando de *Formação Profissional na Saúde*, esta é definida por Brasil (2012) como processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior. Tem por objetivo propiciar ao estudante ou ao trabalhador, no exercício de sua profissão, o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, e de capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor saúde às necessidades da população do sistema de saúde.

Para Pinheiro e Ceccim (2006, p. 15), a educação dos profissionais da saúde deve ser realizada a partir de dois movimentos contínuos. Por um lado, precisa-se conceber “a formação como educação permanente em saúde”, colocando o dia-a-dia do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença no coletivo “como critério de contemporaneidade dos cursos às necessidades sociais e científicas em saúde”. Por outro lado, deve-se considerar a “centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e

práticas com potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos”.

Neste sentido, Lima *et al* (2017, p. 2) trazem a integralidade para além de um princípio do SUS, definem-na também como um princípio pedagógico que “alicerça o diálogo entre professor e estudante, articula teoria e prática, e ensino e serviço, cria oportunidades para a reflexão sobre a realidade de saúde e instiga mudanças nas práticas”.

Frente ao exposto, e a fim de fomentar uma compreensão didática sobre a temática, propomos aqui agrupar as terminologias ora apresentadas em três macro categorias: 1) Educação em Saúde, compreendendo as práticas de educação em saúde e educação popular em saúde; 2) Educação na Saúde, abrangendo as práticas de educação continuada, educação permanente, as quais configuram-se na educação em serviço; e 3) Formação profissional em saúde (Quadro 1). Logo, e considerando a natureza do objeto em estudo, é na concepção de Educação na Saúde, com ênfase na Educação Permanente em Saúde, que essa tese estará fundamentada.

Quadro 1 - Síntese das Terminologias de Educação e Formação na Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

MACRO-CATEGORIAS	TERMINOLOGIA	POPULAÇÃO-ALVO	OBJETIVOS
Educação em Saúde	Educação em Saúde	Comunidade	Fomentar apropriação de temas relacionados à saúde pela população a fim de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e diálogo com profissionais e gestores da saúde.
	Educação Popular em Saúde	Comunidade	Promover educação em saúde mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.
Educação na saúde	Educação na Saúde	Profissionais da saúde	Fomentar a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde por meio de práticas de educação continuada e educação permanente.

	Educação Continuada	Profissionais	Fomentar a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador.
	Educação Permanente em Saúde	Profissionais	Transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho mediante ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde.
Formação Profissional em Saúde	Formação Profissional em Saúde	Profissionais e estudantes da saúde	Propiciar o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da saúde às necessidades da população do sistema de saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil (2012)

3.1.2 Normatização da Educação Permanente em Saúde no Brasil

Conforme já referido, proposta da educação permanente em saúde surgiu na década de 1980 como iniciativa para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde (MICCAS e BATISTA, 2014), em resposta às necessidades de saúde e às mudanças nos modos de produção de saúde.

No Brasil, a reforma sanitária foi imprescindível para a promulgação de políticas públicas de saúde e de formação no campo da saúde, legitimadas e normatizadas a partir da criação do SUS na Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 200, inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenação da formação na área da saúde.

Neste contexto, a 11ª Conferência Nacional de Saúde ao propor ao Conselho Nacional de Saúde a necessidade de implementar “Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS”, considerando as necessidades sociais e de saúde e as realidades institucionais de cada loco região, fomenta, no ano de 2003, a aplicação desse documento como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Diante disso, e convicto da necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho no SUS, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de

Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2005). Vale salientar que com a criação do DEGES, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS no que tange à ordenação da formação de pessoal para a saúde e à educação permanente do pessoal inserido no SUS (BRASIL, 2003).

Diante disso, e a fim de fomentar a consolidação do SUS, vários programas de formação em saúde foram criados, entre os quais podemos citar: Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina, e depois, em saúde.

Ao observar que essas formações apresentavam capacidade limitada na produção de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, o DEGES - órgão responsável pela proposição e formulação das políticas referentes à formação, ao desenvolvimento profissional, à educação permanente dos trabalhadores da saúde e à capacitação dos movimentos sociais e da população - adotou uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar o desafio de se constituir em eixo transformador, em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes, e em recurso estruturante do fortalecimento do sistema: a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (BRASIL, 2004).

Essa política emerge como uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, “colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde” (BRASIL, 2003, p.3). A partir disso, a implementação das diretrizes constitucionais do SUS passa a ser objetivo central e a educação em serviço, sob o conceito da educação permanente, ganha estatuto de política pública governamental (BRASIL, 2003).

Assim, em 2004, como resposta à demanda apresentada na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde institui a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (PNEPS), por meio da Portaria nº198/GM de

2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Para o Ministério da Saúde do Brasil (2004), a condução dessa política se daria de forma locorregional mediante um Colegiado de Gestão, configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, composto por atores envolvidos na formação e no desenvolvimento do SUS. Tendo como função propor seu plano diretor, os Pólos de Educação Permanente em Saúde, realizariam as atividades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores baseados na situação epidemiológica e nos problemas de saúde característicos de sua região de implantação, com financiamento oriundo dos recursos do Orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

Esses, de acordo com Miccas e Batista (2014, p.179), configuravam-se espaços para a identificação de necessidades e construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento em saúde, “na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS”.

Nesse contexto, o governo federal assumiu os desafios de, com a definição dessa política, articular necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas mediante a elaboração de projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.8) traz a relação da proposta da PNEPS com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e da construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede SUS, levando em conta que

“Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia (sic!) de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações”.

Em 2007, objetivando traçar novas diretrizes para a implementação da Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS nº 1996 de 2007. Essa portaria traz que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve ser realizada por Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); definiu as responsabilidades de cada esfera do governo no âmbito da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007); e “reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática” (GIGANTE e CAMPOS, 2016, p. 753-754).

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas na Lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS. Regidas por um Colegiado de Gestão Regional, as CIES assumem o papel de indutor de mudanças e promovem o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, objetivando superar a tradição de se organizar um *menu* de capacitações/treinamentos pontuais, que não se voltam para a resolução de processos de trabalho (BRASIL, 2007).

Para tanto, de acordo com Brasil (2007), o financiamento da PNEPS se dava por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e compunha o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações. Contudo, “uma década após a implantação da política foram identificadas discontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento”, tendo em vista a suspensão do repasse automático de recursos para operacionalização das ações de educação permanente (FRANÇA *et al.*, 2017, p. 1818). Fato que coloca em questão a operacionalidade dessa política e o desenvolvimento de ações de qualificação profissional para o setor saúde mediante às necessidades de saúde emergentes e à inovação tecnológica em saúde.

Em 2018, após 14 anos de implantação da Política Nacional de Educação Permanente, o DEGES lança o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 3.194 de 28 de novembro de 2017, a fim de “fortalecer as ações de EPS no território brasileiro, dar centralidade aos processos de gestão da PNEPS na lógica do modelo de atenção à saúde e reconhecer as contribuições dos principais atores nesse processo” (BRASIL, 2018, p. 6). Portanto, apresenta como objetivo geral:

“[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).” (BRASIL, 2018, p.10).

Este programa prevê aos estados e Distrito Federal (DF) “incentivo de custeio para a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, e aos municípios e DF incentivo para a execução de ações de EPS pelas equipes de Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2018, p. 7), compreendendo o valor de R\$ 11.000,00 (onze mil reais) para os municípios que possuem até três Equipes de Atenção Básica, acrescido o valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) por cada uma a cinco equipes para os municípios que tiverem número superior de equipes.

Já para os estados e DF, o repasse do incentivo será de acordo com o número de regiões de saúde, considerando uma a dez regiões de saúde R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), 11 a 20 regiões de saúde R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), 21 a 30 regiões de saúde R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), e acima de 31 regiões de saúde R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

3.1.3 Modelos Educacionais para a Educação na Saúde

Em se tratando da educação na saúde e educação no e para o trabalho, sob o enfoque da educação permanente e da educação continuada, apresentamos como uma premissa para o alcance de seus objetivos a compreensão dos modelos educacionais adotados pela Educação Permanente em Saúde para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e mudanças nas práticas de saúde.

Vale salientar que além da nomenclatura modelos educacionais a qual optamos adotar nesta pesquisa por sua usualidade e familiaridade locorregional, os termos tendências pedagógicas, abordagens pedagógicas e modelos pedagógicos emergem na literatura científica como sinônimos (MENEZES e MENEZES, 2014; PERES *et al*, 2014; FERNANDES e MEGID, 2012).

Por modelo pedagógico, entende-se “um sistema de premissas teóricas que representa, explica e orienta a forma como se aborda o currículo e que se concretiza nas práticas pedagógicas e nas interações professor-aluno-objeto de conhecimento” (BEHAR, 2009, p.2). Concernente às classificações e agrupamentos das tendências pedagógicas que abordam o processo de ensino-aprendizagem, vários autores têm se dedicado ao estudo dessas (PERES *et al*, 2014).

Libâneo (1985) aponta as Tendências Liberais e Tendências Progressistas como duas grandes linhas de pensamento pedagógico no Brasil (LUCKESI, 1994). Mizukami (1986) descreve as abordagens tradicional, comportamentalista, humanista, cognitivista e sociocultural. Enquanto, Luckesi (1994) apresenta três tendências pedagógicas da educação na sociedade, a saber: Educação Redentora, Educação Reprodutora e Educação Transformadora.

Quadro 2 - Principais características das abordagens pedagógicas descritas por Libâneo (1985). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Abordagens Pedagógicas	Principais Características
<p>Liberal (LIBÂNEO, 1985)</p>	<p>- Apresenta 4 tendências: tradicional, renovada progressista, renovada não-diretiva e tecnicista.</p> <p>- <i>Abordagem liberal tradicional:</i> Os conteúdos referem-se a valores tradicionais acumulados pelas gerações, “transmitidos” para os alunos. O processo é centrado no professor que apresenta relação autoritária com os alunos. A aprendizagem é mecânica e receptiva.</p> <p>- <i>Abordagem liberal renovada progressista:</i> As experiências vividas, os desafios cognitivos e as situações problemáticas constituem-se como conteúdo de ensino, valorizando mais o processo de aquisição do saber do que o próprio saber em si. Relação democrática entre professores e alunos, focando a resolução de problemas e o respeito às regras do grupo.</p> <p>- <i>Abordagem liberal renovada não-diretiva:</i> O processo de desenvolvimento das relações e das comunicações é destacado por meio do incentivo da facilitação para que os alunos busquem, por si mesmos, os conhecimentos, por meio de pesquisas baseadas em seus interesses pessoais. O professor é um facilitador e utiliza-se de técnicas de sensibilização para aprimorar o relacionamento interpessoal. A aprendizagem é considerada como uma forma dos alunos modificarem suas próprias percepções.</p>

	<p>- <i>Abordagem liberal tecnicista:</i> Os conteúdos são estabelecidos e ordenados em sequências lógicas e psicológicas, elaborados por especialistas valorizando a instrução programada e a utilização de livros e outros materiais didáticos. O ensino é centrado no controle das condições que cercam o aprendiz, havendo a valorização dos materiais didáticos. A aprendizagem significa a modificação do desempenho face aos objetivos estabelecidos, condicionando o processo por meio de respostas desejáveis.</p>
Progressista (LIBÂNEO, 1985)	<p>- Apresenta 3 tendências: libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos.</p> <p>- <i>Abordagem progressista libertadora:</i> Enfatiza a obtenção de níveis maiores de consciência crítica por meio da atuação de professores e alunos mediados pela realidade na qual estão inseridos, a fim de buscarem a transformação social. Nos conteúdos, há os “temas geradores” que são extraídos da problematização prática da vida dos educandos e que devem relacionar-se ao processo de ensino e aprendizagem. O diálogo é valorizado tanto entre professor e alunos e entre alunos e todos são considerados como sujeitos do ato do conhecimento. Aprender é um ato de realidade concreta e deve haver a aproximação crítica da realidade do educando por meio de problematização de situações, reflexões e críticas.</p> <p>- <i>Abordagem progressista libertária:</i> Prioriza a transformação da personalidade dos alunos em um sentido libertário e autogestionário, não havendo conteúdos predeterminados, mas partindo do interesse dos alunos elaborando-se conhecimentos que resultam de experiências vividas pelo grupo, levando à descoberta de respostas às necessidades e da vida social. Valoriza-se as experiências vividas pelos alunos como discussões, realização de assembleias, etc. O professor é um orientador, aconselhando os alunos e misturando-se a eles para uma reflexão mútua. O saber é valorizado em sua perspectiva prática.</p> <p>- <i>Abordagem progressista crítico social:</i> Preparar o aluno para o mundo adulto e suas contradições, fornecendo-lhe um instrumental de conteúdos por meio da socialização para uma participação organizada e ativa na democratização da sociedade. Uso de métodos participativos baseados em uma relação direta com as experiências dos educandos. O professor é um mediador, um intervencionista numa relação dialógica com os alunos. A aprendizagem deve ser significativa aos alunos.</p>

Fonte: LUCKESI (1994).

Quadro 3: Principais características dos modelos educacionais descritos por Mizukami (1986). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Modelos Educacionais	Principais Características
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - Teórico: Snyders; - Ensino centrado no professor, caracterizado pela transmissão; - O professor é o agente e o aluno ouvinte; - Os conteúdos tem que ser aprendidos e os modelos imitados.
Comportamentalista	<ul style="list-style-type: none"> - Teórico: Skinner; - Ensino composto por padrões de comportamento que podem ser modificados com o treinamento;

	- O professor planeja e desenvolve o sistema de ensino-aprendizagem e o aluno controla o processo da aprendizagem.
Humanista	- Teóricos: Rogers e Neils; - O ensino é o produto de personalidades únicas, respondendo a circunstâncias únicas, em uma espécie de relacionamento; - O professor é um facilitador da aprendizagem, e esta depende de como o professor se relaciona com o aluno. O aluno é responsável pelos objetivos referentes à aprendizagem.
Cognitivista	- Teóricos: Piaget e Bruner; - O conhecimento é produto da interação entre homem e mundo, sujeito e objeto; - O ensino é baseado na proposição de problemas; - Cabe ao professor criar condições para que os alunos possam estabelecer reciprocidade intelectual e cooperação ao mesmo tempo moral e racional; - O conhecimento progride mediante a formação de estruturas. Tudo o que se aprende é assimilado por uma estrutura preexistente e provoca uma reestruturação.
Sociocultural	- Teórico Paulo Freire - O conhecimento é elaborado e criado pelo homem a partir da interação com o mundo e seu contexto sócio, político, histórico e cultural; - Educação problematizadora/conscientizadora, onde a relação professor-aluno é horizontal; - O professor cria condições para que, juntamente com o aluno, a consciência ingênua seja superada e que estes possam perceber as contradições da sociedade e grupos em que vivem.

Fonte: MIZUKAMI (1986).

Quadro 4: Principais características das abordagens pedagógicas descritas por Luckesi (1994). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020

Abordagens Pedagógicas	Principais Características
Educação redentora	A educação atua sobre a sociedade como uma instância corretora dos seus desvios, tornando-a melhor e mais próxima do modelo de perfeição social harmônica idealizada. A visão da educação é "não-crítica".
Educação reprodutora	A educação é um elemento da própria sociedade, determinada por seus condicionantes econômicos, sociais e políticos — portanto, a serviço dessa mesma sociedade e de seus condicionantes. A visão da educação é crítica e reprodutivista.
Educação transformadora	A educação como mediação de um projeto social. A educação serve de meio, ao lado de outros meios, para realizar um projeto de sociedade; projeto que pode ser conservador ou transformador.

Fonte: LUCKESI (1994).

No que concerne à educação na saúde, no e para o serviço, Brasil (2018, p. 9) reitera que a educação permanente em saúde consiste em uma “abordagem educacional que ocorre no cotidiano do trabalho e que carrega em suas bases teóricas estratégias pedagógicas que se utilizam da aprendizagem significativa, com vistas a alcançar a transformação das práticas profissionais”. Assim, além de uma política pública, a educação permanente em saúde corresponde a uma prática de

ensino-aprendizagem, apoiada no conceito do ensino problematizador e nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

As metodologias ativas compreendidas como “um modelo de formação profissional mais condizente com os princípios e necessidades de saúde”, apresentam métodos que ancoram-se na pedagogia crítica, proposta por Paulo Freire, que se utiliza de situações-problema para aquisição de conhecimentos e habilidades (MESQUITA, MENESES e RAMOS, 2016, p. 474). Desta forma, no campo da formação profissional em saúde, estão fundamentadas em duas abordagens problematizadoras: pedagogia da problematização e aprendizagem baseada em problemas (MESQUITA, MENESES e RAMOS, 2016).

Para Berbel (2011), as metodologias ativas utilizam experiências reais ou simuladas para desenvolver o processo de aprender, a fim de fomentar condições de solucionar os desafios oriundos das atividades da prática social, alicerçadas no princípio da autonomia do educando.

Conforme Gigante e Campos (2016), a problematização tem como ponto de partida para a produção do conhecimento a análise crítica do cotidiano, a horizontalidade entre educador e educando, a prática dialógica e o conceito de aprendizagem significativa de Paulo Freire. Miccas e Batista (2014) a definem como a aprendizagem baseada na ação-reflexão-ação, caracterizada pelo compromisso e auto-implicação fundamentada a partir do conhecimento dos participantes e da aprendizagem significativa, uma vez que sua prática acontece no serviço e há apropriação efetiva do território.

De acordo com esses autores, a problematização encontra nas formulações de Freire “um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que atribuirão significado às aprendizagens e levar em conta as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos” (MICCAS e BATISTA, 2014, p. 174).

Semelhantemente, Cardoso *et al* (2017, p. 1493) expõem que para Davini (1995) “a pedagogia problematizadora permite maior integração entre os profissionais, e entre os profissionais e a comunidade, na busca de soluções”. Assim, atua tanto na esfera profissional como na afetiva, fortalece os compromissos sociais e profissionais, desenvolve a consciência do grupo e contribui para o fortalecimento das identidades profissionais.

A aprendizagem significativa, considerada quando o conhecimento construído leva em conta aquele previamente adquirido pelo aprendiz, “sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre a realidade vivida no cotidiano, de profissionais reais, em ação na rede de serviços de saúde” (CARDOSO *et al*, 2017, p. 1493).

Logo, tendo como base o ensino problematizador e a aprendizagem significativa de Paulo Freire, a educação permanente é contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, haja vista não existir a educação de um ser que sabe para outro que não sabe, mas a troca e o intercâmbio entre ambos. Exige o estranhamento de saberes e a desacomodação com os saberes e práticas vigentes a fim de entrar em um estado ativo de perguntação, propiciando uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber (CECCIM e FERLA, 200?).

Portanto, ao retomar às abordagens filosóficas da educação propostas por Mizukami (1986), tomamos como referência e fundamento às práticas de educação permanente em saúde o modelo educacional sociocultural, difundido no Brasil na década de 60 do século XX por Paulo Freire, embora restrito aos movimentos de educação popular, educação de jovens e adultos e colégios experimentais (FERNANDES e MEGID, 2012).

O modelo sociocultural, conforme Fernandes e Megid (2012, p. 645) “parte sempre do que é inerente ao povo, procurando trazer para o interior do processo educacional os valores inerentes às camadas populares”.

Nessa abordagem, Mizumaki (1986) afirma que o homem desenvolve a cultura, podemos dizer o conhecimento, à medida em que ao se integrar nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre ela e emite respostas aos desafios que encontra. A educação é problematizadora, a fim de favorecer o desenvolvimento da consciência crítica e da liberdade como estratégias para superar as contradições da educação bancária (FERNANDES e MEGID, 2012). A relação aluno-professor é horizontal, baseada no diálogo; nela, o professor deve estar engajado em um trabalho transformador procurando levar o aluno à consciência, desmistificando a ideologia dominante, valorizando a linguagem e a cultura (GUTH *et al*, 2012). A avaliação do processo consiste na autoavaliação e/ou avaliação mútua e permanente da prática educativa por professores e alunos (FERNANDES e MEGID, 2012).

Bittencourt, Cunha e Batista (2017) ressaltam que nesse tipo de abordagem é perceptível a tendência interacionista, em que o homem é o sujeito da educação, sem negar a imprescindibilidade da interação homem-mundo, sujeito-objeto. A educação é um processo de conscientização, onde o professor assume o papel de agente de transformação social, na medida em que constrói uma relação dialógica com seus alunos.

Diante disso, Gigante e Campos (2016) afirmam que a educação permanente em saúde surge como possibilidade de prática educativa inovadora. Inovação entendida “como tensão, ruptura e transição paradigmática, reconfiguração de saberes e poderes engendrando novas subjetividades” (PINHEIRO e CECCIM, 2006, p. 18).

Nesta perspectiva, a educação permanente como prática inovadora possui uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, e propicia a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade do enfrentamento criativo das situações de saúde, e melhora permanentemente a qualidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2003).

Podemos afirmar que esse modelo, portanto, vai de encontro ao modelo hegemônico de ensino na saúde, centrado na abordagem clássica do ensino, onde a transmissão da informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos se sobrepõem às demais práticas, servindo muito mais à reprodução dos referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes do que à construção singular do conhecimento (PINHEIRO e CECCIM, 2006).

Os autores acima expõem que Camargo Jr. (2003), “não se tratando de impor uma teoria ou um modelo para a atenção, gestão ou formação, [...] propõe que a integralidade seja tomada na condição de um ideal ‘regulador’”, e que deve estar para as práticas de saúde e de ensino da saúde como uma orientação constante (PINHEIRO e CECCIM, 2006, p. 21).

3.2 Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil

3.2.1 Breve Histórico da Saúde Pública e da Atenção à Saúde e os Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil

Com a finalidade de fomentar reflexão e debate sobre a atenção à saúde materno-infantil no Brasil, propomos inicialmente tecer um diálogo sobre uma história da Saúde Pública e da Atenção à Saúde no Brasil, tomando como referência as obras literárias “Uma História da Saúde Pública” de Rosen (1994) e “Saúde e Previdência” de Braga e Paula (2006), e os modelos assistenciais vigentes no Brasil desde a década de 20 até os dias atuais.

Destarte, Rosen (1994) ao discorrer sobre uma história da Saúde Pública, desde a Idade Antiga até a Era Bacteriológica, traz como conceitos norteadores: Saneamento e Habitação, Limpeza e Religiosidade, Doença e Comunidade. De acordo com o autor, ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. A ênfase relativa sobre o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras e em volume suficiente, a assistência médica, o alívio da incapacidade variou no tempo, contribuindo, suas inter-relações, para o que conhecemos hoje como Saúde Pública (ROSEN, 1994).

Para o autor, a enfermidade é inerente à vida e por toda parte o homem se esforça para enfrentar essa realidade do melhor modo possível. Portanto, afirma que conhecer as mudanças relacionadas à incidência e prevalência das enfermidades é essencial para a compreensão dos problemas de saúde e das teorias e práticas relativas à enfermidade no curso da História.

Assim, na concepção de saúde e comunidade no Mundo Greco-Romano, a falta de saúde estaria relacionada à desarmonia entre o homem e o ambiente. De acordo com os relatos, as relações causais entre fatores de meio físico e doença é o sustentáculo teórico para a compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas até o final do século XIX, quando as novas ciências da Bacteriologia e da Imunologia se instituíram (ROSEN, 1994).

Os romanos assumiram o legado da cultura grega, aceitando a Medicina e as ideias sanitárias helênicas, acrescentando concepções de engenharia e

administração, contribuindo muitíssimo com a organização dos serviços médicos ao invés de com a teoria e práticas médicas (ROSEN, 1994).

O mundo medieval, as condições e os padrões de saúde variaram muito. A Roma Oriental (Império Bizantino) conservou a tradição e a cultura grega, tornando-se a sede da cultura médica da Europa. Em contrapartida, nesse período a doença era vista pelos religiosos e a igreja como uma punição pelo pecado, e entre os limites do corpo e da alma se moviam a Higiene e a Saúde Pública.

Os mosteiros eram o último refúgio do saber. O conhecimento de saúde e higiene sobrevivente se preservou em claustros e igrejas, sendo usado na organização e nas regras das comunidades monásticas. Os problemas de saúde pública resultavam da circunstância de ser a cidade incapaz de acomodar, no interior de suas paredes fortificadas, uma população crescente (ROSEN, 1994).

Neste mesmo período, com o advento da peste, lepra e morte negra, criou-se a quarentena, a qual inicialmente durava 30 dias, estendendo-se posteriormente aos 40 dias. Para a comunidade daquela época, no quadragésimo dia se dava a separação entre as formas agudas e crônicas das doenças (ROSEN, 1994).

No início da Idade Média, os médicos, em geral, eram clérigos. A partir do século XI, os leigos começaram a entrar na profissão, desenvolvendo aí uma nítida separação entre médicos e cirurgiões. Emerge, com isso, os primeiros hospitais (ROSEN, 1994).

Embora percebamos avanços na saúde pública durante esse período, é no Renascimento que a Saúde Pública nasce como a conhecemos hoje. A partir de então, percebe-se o desaparecimento da civilização medieval e sua transformação em mundo moderno. Nesta fase, a ciência natural se caracterizava pelo uso crescente do método experimental e pela disposição para tratar matematicamente os fenômenos (ROSEN, 1994).

O período do Iluminismo e Revolução Industrial (1750 – 1830) foi decisivo na evolução da Saúde Pública, devido ter sido o momento em que foram lançadas as fundações do movimento sanitário do século XIX. Esse período foi caracterizado por um ávido impulso de fazer os resultados da ciência e da Medicina alcançar o público, envidando-se esforços para esclarecer o povo sobre os assuntos de saúde e higiene (ROSEN, 1994).

Emerge o cuidado com as crianças e a mortalidade infantil, esforços para aperfeiçoar a obstetrícia e reduzir a mortalidade materna; abre-se espaço para a

Saúde Ocupacional, e para a reforma da atenção à demência e do sistema penal. Criam-se, assim, os dispensários, iniciando a oferta dos cuidados médicos nos lares; além do mais percebe-se a necessidade de se investir em reformas de hospital e em estrutura; e os primeiros registros e difusão da vacinação pelo mundo (ROSEN, 1994).

Durante o Industrialismo e o Movimento Sanitário, a assistência aos pobres era realizada pela freguesia e há o advento da concepção sanitária de Chadwick. Para este, o montante de despesas com medidas de prevenção seria menor que o custo das doenças constantemente geradas (ROSEN, 1994).

Como consequência, é criada no século XIX uma Comissão Real para Investigação da Situação das Cidades Grandes e dos Distritos populosos. É criado o Conselho Geral de Saúde, representando um marco na história da Saúde Pública, e evidencia-se os primeiros passos para uma organização internacional de saúde (ROSEN, 1994).

Com a Era Bacteriológica, emergem as questões relacionadas à existência de micróbios causais e um solo firme para o estudo das doenças contagiosas. Desenvolve-se em meados do século XIX, o Serviço Laboratorial de Saúde Pública, o qual ofereceu um sistema científico para a execução do programa de Saúde Pública (ROSEN, 1994).

No Brasil, conforme Figueiredo e Porto Junior (2017), o início do processo de saúde se deu a partir do século XIX com a vinda da família real portuguesa. Contudo, a montagem do setor saúde somente teve início na década de 20 do século XX, no momento de crise da sociedade brasileira decorrente da crise do padrão de exportador capitalista e crise do Estado. Neste período, como o auge da economia cafeeira e conseqüentemente da aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, a saúde pública cresce como questão social no país, e a atenção à saúde passa a ser considerada uma das atribuições do Estado Nacional (BRAGA e PAULA, 2006).

Em 1923, a reforma de Carlos Chagas tenta ampliar significativamente o atendimento à saúde por parte do poder central, e favorece a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como atribuições federais: “o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; as atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais” (BRAGA e PAULA, 2006, p. 45-46).

Além do mais, nesse mesmo ano, são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas aos seus trabalhadores de acordo com a contribuição desses, garantindo os seguintes benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes dos empregados; e auxílio pecuniário para funeral. Os demais assalariados tinham que recorrer à assistência médica limitadamente oferecida pelos serviços públicos, aos serviços dos profissionais liberais, e a outras formas de medicina (BRAGA e PAULA, 2006).

Na década 30, emerge e toma forma uma política nacional de saúde, embora de caráter restrito devido à limitação na amplitude de sua cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional, organizada centralmente em saúde pública e medicina previdenciária.

A medicina previdenciária surge de fato nesse período com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categoria profissional, os quais posteriormente seriam unificados com a criação, em 1967, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Diante disso, podemos afirmar que no início do século XX, podem ser identificados: o modelo assistencial sanitário campanhista de saúde pública, ao qual se atribuía a capacidade de romper o 'círculo vicioso da pobreza', considerando a relação doença-pobreza (BRAGA e PAULA, 2006; FERTONANI, 2015); e o modelo clínico liberal ou médico assistencial privatista, baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população (FERTONANI *et al*, 2015).

Todavia, vale salientar que foi no ano de 1930 que foi criado o Ministério da Educação e da Saúde, organizado no Departamento Nacional de Educacional e no Departamento Nacional de Saúde, que em 1953 constituiu o Ministério da Saúde. Assim, ao Departamento Nacional de Saúde cabia o combate a endemias, o controle da formação de técnicos em saúde pública e a institucionalização das campanhas sanitárias.

O modelo sanitarista, conforme os autores acima, era estreito e equivocado, uma vez que tinha como responsabilidade romper o círculo vicioso da pobreza, na lógica de que solucionado o problema da doença a pobreza estaria resolvida, e além de que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), financiado

pela Fundação Rockefeller, propunha a instalação de postos de saúde e de hospitais nas áreas rurais sob sua responsabilidade, que posteriormente seriam financiadas pelo governo brasileiro.

No final da década de 50 e início da década de 60, o hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde, sendo considerado o local de encontro das especialidades médicas e o detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde. Emerge, portanto, no Brasil uma nova modalidade de atenção médica: modelo biomédico-hospitalocêntrico.

De acordo com Fertoni *et al* (2015) a emergência deste modelo está associada ao Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América, o qual apresentava uma crítica ao ensino nas escolas médicas, orientando para a ruptura com a ciência de base metafísica e para a sustentação no paradigma cartesiano.

Os autores acima expõem que, por um lado, esse modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde devido aos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Em contrapartida, apresenta limites na atenção à saúde, haja vista o foco no indivíduo indiferenciado, com intervenções no corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas, no tratamento das doenças, lesões e danos, e na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material; a medicalização; bem como a “pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos” e a não compreensão da multidimensionalidade do homem (FERTONANI *et al*, 2015, p. 1870).

A partir dos anos 70, a hegemonia do modelo biomédico passa a gerar críticas e assumir relevância internacional, com expressividade no Brasil na segunda metade dos anos 80 com o movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Assim, a crítica a esse modelo ganha força e se expressa fundamentalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na promulgação da Constituição Federal de 1988, culminando na conquista do SUS em 1990 (FERTONANI *et al*, 2015).

A Constituição Federal de 1988 na Seção II, do Capítulo da Seguridade Social, Art. 196 traz que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016).

O Artigo 198 da Constituição Federal afirma que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, participação da comunidade (BRASIL, 2016, p. 118-119).

Logo, em 1994, como tentativa de superar os problemas decorrentes do modelo biomédico e implementar os princípios do SUS, surge o Programa Saúde da Família (PSF), denominado posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF), “como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)” (FERTONANI, 2015, p. 1870).

A APS, a partir da VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde no Canadá (1986), emerge como um novo modelo que contrapusesse o modelo biomédico hospitalocêntrico. Com ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, o modelo basicocêntrico deve privilegiar o caráter interdisciplinar, com destaque para os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (REAL e VASCONCELLOS, 2010).

Diante disso, no âmbito nacional as “diretrizes prescritas na ESF configuram um ‘novo’ modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença”, levando em conta o indivíduo no seu contexto familiar e o desenvolvimento de ações no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde (FERTONANI, 2015, p. 1871). Neste contexto, Viana *et al* (2018) reiteram que o PSF foi proposto como modelo de atenção na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), refletindo o ideal da organização do sistema de saúde em níveis de complexidade.

Assim, em 2011, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) com vistas organizar a Atenção Básica e traçar diretrizes e normas para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) promulga a Portaria nº 2.488, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, sendo que, em 2017, são traçadas novas diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Por Atenção Básica, entende-se:

“[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017).

As RAS, de acordo com Brasil (2017), são “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial”, regulamentadas por meio do Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90.

Para Brasil (2011a), as RAS são um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. Mendes (2010) as definem como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Neste contexto, o Ministério da Saúde a fim de construir redes capazes de enfrentar as vulnerabilidades, os agravos/doenças específicas que acometem as pessoas/populações propõe, em 2011, a organização de RAS em cinco áreas temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

As Redes de Atenção à Saúde têm como elementos constitutivos, a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A população é o elemento essencial e razão de ser da RAS, e nessa lógica, a atenção à saúde deve ser baseada na população. A estrutura operacional é composta por cinco componentes, a saber: atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de transporte em saúde e o sistema de governança da rede (MENDES, 2010).

Para Mendes (2011, p. 209), o modelo de atenção à saúde compreende

“[...] um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.”

Diante disso, o referido autor ressalta que os modelos de atenção à saúde surgem a partir da necessidade de mudança nos sistemas de atenção à saúde a fim de responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, propõe, destarte, o modelo de atenção às doenças crônicas e o modelo de atenção às doenças agudas, organizados em RAS (MENDES, 2011).

Esmeraldo *et al* (2017, p. 99), defendem que “discutir modelos assistenciais significa avaliar os sistemas de saúde (antigos e atuais), comparando-os e articulando-os aos paradigmas subjacentes à construção desses modelos”. Assim, é salutar que a origem dos modelos de atenção está nos movimentos ideológicos da prática médica, especialmente na medicina preventiva e comunitária e no movimento da reforma sanitária brasileira, e que esses compreendem o “modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais” (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007, p.1).

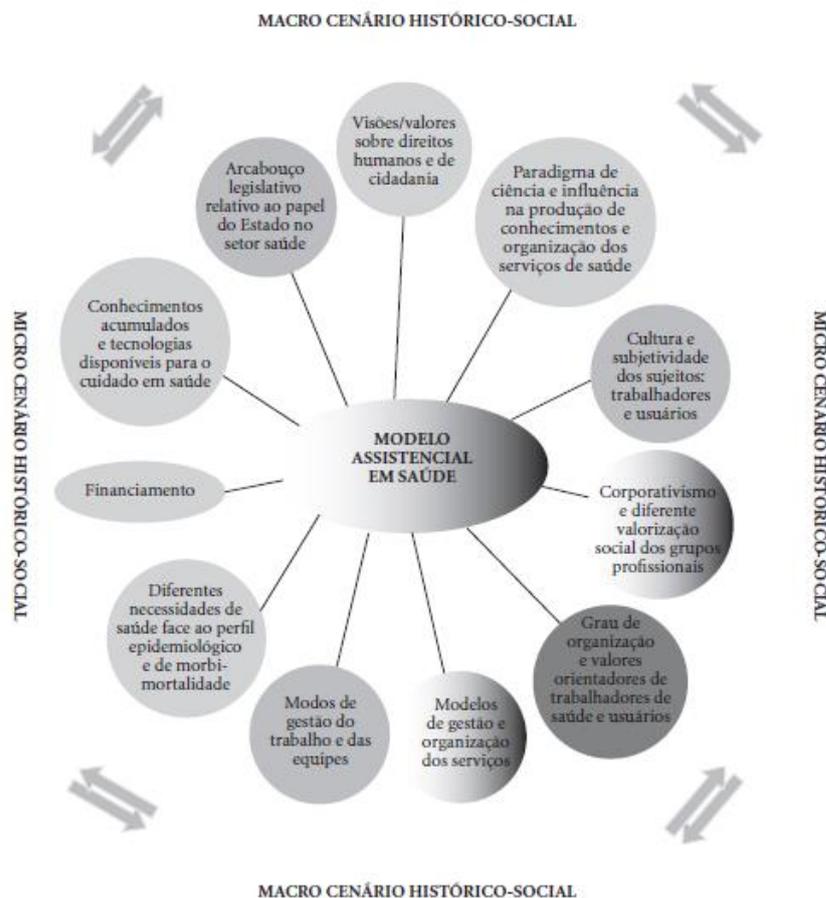
Conquanto, Fertoni *et al* (2015) apontam uma polissemia da expressão modelo assistencial, tendo em vista as diversas variações terminológicas utilizadas, tais como: modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos, modos de produzir saúde, modelos assistenciais, modelo técnico ou tecnoassistencial, modelo técnico-assistencial, modos de intervenção, modelos de atenção e modelos de cuidado; que dificultam a conceituação dos mesmos.

Todavia, Lucena *et al* (2006) e Silva Junior e Alves (2007) afirmam que o conceito e a conformação dos modelos assistenciais estão associados ao cenário histórico-social de interesses de classes, à compreensão da saúde e da doença e à evolução dos sistemas de saúde e das políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, Silva Junior e Alves (2006) relatam que no decorrer da história, no Brasil emergem diversos modelos de atenção à saúde, que, para Paim (2008), de

forma contraditória ou complementar, atualmente estão vigentes dois modelos assistenciais: o médico assistencial privatista e o médico assistencial sanitarista.

Assim, tomando-se por base o exposto, Fertoni *et al* (2015) entendem que no processo de configuração de um modelo assistencial há vários elementos das esferas macro e microsociais que interatuam entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais de uma dada sociedade (Figura 2).

Figura 2 - Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial, a partir das formulações de Campos (1994), Paim (2008) e Pires (2008).



Fonte: Fertoni *et al* (2015)

Logo, concordamos com as autoras (FERTONANI *et al*, 2015) que a busca por um modelo assistencial orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde, conforme os princípios do SUS, e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro.

3.2.2 Políticas de Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil

Embora estudos apontem que as ações de saúde da criança remontem ao início do século XX (CASSIANO *et al*, 2014), somente em 1973 é que emerge como marco o Programa Nacional de Imunização (LEAL *et al*, 2018). Conforme Cassiano *et al* (2014), no Estado Novo, durante o período de 1937 a 1945 foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno-infantil, sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança, o qual tinha como objetivos normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil.

Nesse período, a saúde da mulher era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados na década de 30, 50 e 70, demonstravam visão restrita da mulher, “baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL, 2004b, p. 11).

Nesta perspectiva, em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PASMI), cujo foco se concentrava na intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial e na redução da mortalidade materna e infantil (SANTOS NETO *et al*, 2008). De fato, os estudos evidenciam que esse programa contribuiu para a redução da taxa de mortalidade infantil de 100 em 1000 nascidos vivos em 1975, para 82,9 em 1980, bem como para a redução da taxa de natalidade, de 5,8 filhos por cada mulher em 1970 para 4,2 em 1980 (VIEIRA *et al*, 2002).

Em meados de 1980, Araújo *et al* (2014) relatam a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), o qual tinha como finalidade resolver os problemas que afetassem a saúde materno-infantil, com cinco ações básicas voltadas para a saúde da criança: 1) aleitamento materno e orientação familiar em situação de desmame; 2) estratégias para o controle de afecções respiratórias agudas; 3) imunização básica; 4) controle efetivo das doenças diarreicas; e, 5) acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Tendo em vista os objetivos desses programas, eles foram vigorosamente criticados pelo movimento feminista brasileiro devido ao caráter reducionista da

mulher que abordavam, com acesso à atenção à saúde voltada especificamente ao ciclo gravídico-puerperal. Sendo que essas críticas, associadas às questões de desigualdades de gênero discutidas pelo movimento feminista contribuíram para que em 1983 fosse criado, pelo já então Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004b; CASSIANO *et al*, 2014).

Diante disso, o PAISM é considerado um programa de referência, uma vez que superou a perspectiva materno-infantil e propôs tratar a mulher para além de sua especificidade reprodutiva, situando o planejamento familiar como direito de cidadania (LEAL *et al*, 2018). Portanto, “constitui a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas estratégicas e programas do sistema de saúde na área da saúde da mulher” (RATTNER, 2014, p.104).

De acordo com Brasil (2004b), o PAISM incorporou, em 1984, os princípios e as diretrizes que viriam constar, em 1988, o Sistema Único de Saúde (descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade) devido ao Movimento Sanitário da época. Assim, o novo programa de atenção à saúde da mulher previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, além de englobar assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, DST, câncer ginecológico, e a outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional da mulher.

Vale salientar que para Cassiano *et al* (2014), esse programa é de extrema importância para o Brasil, pois é a primeira vez que o governo deixa de pensar somente no tratamento individual e na cura de doenças, incluindo questões referentes à família.

Em 1985, conseqüentemente, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da criança, especificamente no que se refere à sobrevivência (LEAL *et al*, 2018; ARAÚJO *et al*, 2014). Com o objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizava as crianças em situações de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde, tinha como ações: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRAS); e a imunização (ARAÚJO *et al*, 2014).

Assim, com a promulgação do SUS, por meio da Constituição de 88 e da Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90, e posteriormente com a implantação do

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família, em 1994, a saúde da criança foi efetivamente potencializada, haja vista a aproximação com a comunidade e atuação na prevenção de doenças (ARAÚJO *et al*, 2014).

Concomitantemente, em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), o qual tinha como objetivo a atenção perinatal, enquanto responsável pela unidade mãe-feto e ao recém-nascido. A partir de então, organizou-se a assistência perinatal, regionalizando-a, promovendo melhoria na qualidade da assistência ao parto e o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, mediante a instituição do alojamento conjunto e o incentivo ao aleitamento materno (ARAÚJO *et al*, 2014).

Em 1992, objetivando incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) idealizam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estabelecendo Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (UNICEF-BRASIL, 2018). Assim, desde esse período o Ministério da Saúde e a UNICEF certificam na Iniciativa Hospital Amigo da Criança instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o Cuidado Amigo da Mulher e outros requisitos que buscam atenção adequada à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2018b).

Nesse contexto, em 1996, o Ministério da Saúde adota e adapta para o perfil epidemiológico do Brasil a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela OMS, pela Organização Pan-americana da Saúde e pela UNICEF, a fim de reduzir a morbimortalidade infantil por meio da sistematização do atendimento das doenças prevalentes na infância de forma integrada e simultânea (HIGUCHI *et al*, 2011). No Brasil, essa estratégia foi adotada, primordialmente, pelas regiões norte e nordeste brasileiro, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil nessas regiões (ARAÚJO *et al*, 2014).

De acordo com Brasil (1998) e Araújo *et al* (2014), em 1998, foi estruturado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento à Gestante de Alto Risco com a finalidade de integrar e melhorar a qualidade da assistência no pré-natal e do vínculo entre o pré-natal e o parto, no que diz respeito à gestante de alto risco, com a destinação de

recursos específicos para a compra de materiais e equipamentos, e treinamento dos profissionais.

A fim de ampliar o acesso da gestante e neonato às ações de saúde, o Ministério da Saúde implanta o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, propondo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde a toda gestante no período gravídico-puerperal e ao recém-nascido no período neonatal, com garantia de acesso à maternidade e acompanhamento seguro e de qualidade durante o pré-natal, parto, puerpério e nascimento (BRASIL, 2000a).

Entretanto, Cassiano *et al* (2014) expõem que após uma década do lançamento esse programa não teve a abrangência esperada, com cumprimento inferior das metas estabelecidas, bem como com um modelo biomédico de assistência.

Nesse mesmo período, e considerando que as principais mortes infantis eram originárias do período perinatal e prematuridade, em 2000, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, a qual deveria ser observada por todas as Unidades Médico-Assistenciais integrantes do SUS, a fim de promover atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2000b; ARAÚJO *et al*, 2014).

O método canguru consiste em “um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem prazeroso e suficiente”, permitindo maior participação dos pais no cuidado ao neonato (BRASIL, 2002, p. 18). Assim, contribui com o aumento do vínculo mãe-filho, estimula o aleitamento materno, favorece melhor controle térmico, favorece a redução da infecção hospitalar e diminui a permanência hospitalar.

Em 2004, foi lançado pela Presidência da República o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de reduzir em 5% essas mortes (CASSIANO *et al*, 2014). Conforme Brasil (2004c), esse pacto é um movimento político que precisa estar calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor saúde, mas que não se restringe a ele, consistindo em uma expressão da política de governo para o enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e neonatal, por meio da qualificação da atenção obstétrica e neonatal.

Contudo, embora o Projeto Mãe-Canguru, os programas de aleitamento materno e AIDPI tenham contribuído para a melhoria da atenção à criança no que concerne à promoção do aleitamento materno, redução do tempo de internação e de infecções hospitalares, redução dos óbitos por diarreia e pneumonia, além da organização dos serviços, de acordo com Brasil (2004d) ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito à assistência integral à saúde.

Diante disso, em 2004, o Ministério da Saúde propôs uma Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com as principais diretrizes que devem ser seguidas, pelos estados e municípios, no desenvolvimento de políticas de atenção à criança, a fim de organizar a assistência à saúde da criança desde o primeiro atendimento, na atenção básica à saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves (BRASIL, 2004d).

Com isso, postulava como diretrizes ações que tinham o intuito de fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e o desenvolvimento, o combate aos distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes da infância, propondo, para tanto, a definição de linhas de cuidado, que fomentaram uma visão ampliada dos usuários em todas as dimensões (ARAÚJO *et al*, 2014).

No mesmo ano, no que diz respeito à atenção à saúde da mulher, foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual incorpora, como princípios norteadores, a integralidade e a promoção da saúde, além de buscar consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, agregar a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e do câncer ginecológico. Assim, apresenta como objetivos promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004b).

Para Leal *et al* (2018), ao retomar os princípios do PAISM, a PNAISM foi um avanço por reconhecer a diversidade das mulheres contemplando a saúde de diferentes grupos, tais como negras, indígenas, trabalhadoras rurais, nos distintos ciclos da vida, bem como ao enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Vale salientar que, no ano seguinte, foram implantadas as normas relativas à Atenção Humanizada ao Abortamento e a lei do acompanhante de livre

escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS. No ano de 2007, foi garantido à gestante o direito de conhecimento e vinculação à maternidade de assistência ao parto no SUS (LEAL *et al*, 2018).

Nesse contexto, reconhecendo a necessidade de uma política nacional de incentivo ao aleitamento materno na atenção básica, foi criada, em 2008, a Rede Amamenta Brasil, a qual constitui uma estratégia do Ministério da Saúde para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, cujo objetivo é aumentar os índices de amamentação no país mediante a circulação e troca de informações entre os diversos autores, capacitando os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para serem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora (BRASIL, 2011d).

O Ministério da Saúde objetivando fortalecer esforços em todo o país para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até os seis anos, etapa de vida designada no Brasil como Primeira Infância, lançou em 2009 a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS). Essa estratégia, de natureza transversal e intersetorial, tem como foco o cuidado integral da primeira infância e visa o fortalecimento e enfrentamento das iniquidades que interferem na saúde da mulher e da criança na primeira infância em cumprimento aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010a).

Em 2011, visando uma rede de cuidados que garantisse segurança e qualidade assistencial à mulher em todo o ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde implanta a Rede Cegonha (ARAÚJO *et al*, 2014).

Para Leal *et al* (2018), essa rede se constituiu como um programa que incorporou todas as ações anteriores, para garantir acesso ao planejamento reprodutivo, e acesso, acolhimento e resolutividade na atenção ao pré-natal, parto, nascimento e ao crescimento e desenvolvimento até os 24 meses de vida.

Desta forma, representa avanço de proteção integral à gestação, parto, nascimento, puerpério e início de vida no que concerne à gestão do cuidado e do sistema de saúde, configurando-se parte da política das Redes de Atenção à Saúde (RAS) lançada em 2010, com o objetivo de superar o sistema de saúde fragmentado e a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão

contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de incrementar o desempenho do sistema referente a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária (RATTNER, 2014).

Em 2013, objetivando qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do SUS, foi lançada a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), resultante da integração da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (BRASIL, 2015).

Destarte, associadas aos compromissos do Brasil com as metas quatro e cinco dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio no ano 2000, relacionadas à atenção e mortalidade materno-infantil, à proposta da atenção à saúde na perspectiva das RAS e à necessidade de promover a integralidade do cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção, foi promulgada, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 1.130 (BRASIL, 2015).

A PNAISC emerge com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade.

Visando, portanto, a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, a PNAISC possui sete eixos estratégicos dos quais três estão relacionados à proposta da Rede Cegonha: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; e promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, podemos afirmar que muitas tem sido as iniciativas do setor saúde para a consolidação e fortalecimento das práticas de atenção à saúde da mulher e da criança, no âmbito do SUS, concernente à garantia do acesso, segurança, qualidade e integralidade da atenção em todos os níveis e setores da sociedade.

3.2.3 Rede Cegonha

A Rede Cegonha, objeto desse estudo, foi instituída por meio da portaria MS/GM n^o 1.459 de 2011 como uma estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento à mortalidade materna, à violência obstétrica e à baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (DI GIOVANNI, 2013). Consiste, portanto, em uma rede de cuidados que tem como objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Logo, conforme o artigo 4^a da portaria MS/GM n^o 1.459 de 2011, a Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, deve ser implementada em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional, garantindo, dentre suas diretrizes, a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade. (BRASIL, 2011b).

Conforme Cassiano (2014, p. 238), a Rede Cegonha é uma estratégia que “tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento”, resolutividade e redução da taxa de mortalidade materna e neonatal.

Destarte, considerando os objetivos da Rede Cegonha quais sejam 1) fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, 2) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e, 3) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b), realizamos busca eletrônica nos Periódicos CAPES da produção científica disponível sobre essa rede de atenção à saúde, publicada nos anos 2011 a 2017.

Assim, identificamos que os artigos científicos com o tema central sobre Rede Cegonha, disponíveis na íntegra nos Periódicos CAPES, no período de 2011 a 2017, representaram 13,9% da produção científica com a palavra-chave “Rede Cegonha”, disponível na referida base de dados. Verificamos, também, que as primeiras publicações sobre o tema emergiram no ano de 2013 (n=4), com maior número de publicação no ano 2016 (n=9) e publicações nos anos 2014 (n=2), 2015 (n=2) e 2017 (n=1), totalizando 18 artigos.

Constatamos que a maioria dos estudos utilizou a abordagem quantitativa (n=9), seguida por estudos qualitativos (n=5), sendo que quatro não apresentaram a abordagem e/ou métodos utilizados, utilizando contexto teórico e interpretativo e abordando questões relacionadas à área de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde (n=5), Atenção à Saúde (n=11) e, Pesquisa, Formação e Educação em Saúde (n=2), conforme pode ser observado nos Quadros 5, 6 e 7.

Quadro 5 - Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, Periódico CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	Autor/Ano	Objetivo	Método	Principais Resultados
1	FREITAS, V.G. (2013)		Não descreve.	Rede Cegonha como uma proposta de política social para apoiar a mulher brasileira, e como programa de cuidado total da mãe e do bebê.
2	MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA, M.M.A.; ROCHA, D.; CASTRO, A.M.; REIS, A.A.C.; AKERMAN, M. (2016)	Explicitar certo percurso da Promoção da Saúde no SUS, contando a história de sua afirmação como Política Nacional e as possibilidades que aí se produziram para ampliar a integralidade do cuidado em saúde.	Não descreve.	Rede Cegonha como estratégia para mudança no modelo de parto no Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde.
3	CARNEIRO, R. G. (2013)	Tematizar a Rede Cegonha à luz da personalidade e pluralidade e a partir de tensões como medicina x despersonalização e saúde x doença, e de noções de pessoa, corpo, experiência e singularidade na contemporaneidade.	Não descreve.	Duas possibilidades interpretativas da Rede Cegonha: 1 - implica o importante reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde; 2 - abre espaço para a problematização de sua orientação, eficácia e seus limites, quando e se questionado a partir de discussões teóricas da pluralidade da categoria mulher, e, sobretudo, das críticas à prática obstétrica brasileira pelos adeptos do ideário do parto

				humanizado a partir dos anos 2000.
4	CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L.; ALVES, G. R.; CARDOSO, G. C. P. (2017)	Analisar potencialidades, limites e desafios da governança regional no processo de implementação de redes de atenção à saúde, em três regiões da Amazônia: Alto Solimões (AM), Metropolitana de Belém (PA) e Topama, região interestadual englobando os estados de Tocantins, Pará e Maranhão.	Investigação qualitativa, por meio de estudo de casos múltiplos.	Fortalecimento da atenção básica por meio da Rede Cegonha como uma prioridade para a governança regional.
5	FERNANDES, R.Z.; VILELA, M.F.G. (2014)	Analisar as estratégias de integração de práticas de Visa e de assistência na Rede Cegonha, bem como o papel dos gestores de Vigilância Sanitária e de saúde materno-infantil na busca por esta integração.	Pesquisa qualitativa, utilizando as técnicas de revisão bibliográfica e entrevista semi-estruturada.	Isolamento das práticas assistenciais da Rede Cegonha e da Vigilância Sanitária.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Concernente à área temática *Planejamento, Gestão e Avaliação*, essa rede emerge como uma proposta de política social do governo para apoiar a mulher brasileira, com foco no atendimento à saúde da mãe desde a gravidez até o primeiro ano de vida do bebê, sendo considerada um programa de cuidado total à mãe e ao bebê (FREITAS, 2013) e uma estratégia para mudança no modelo de parto no Brasil (MALTA *et al*, 2016).

Todavia, sob a ótica de grupos feministas e representantes governamentais, essa proposta política nos coloca diante de duas possibilidades interpretativas: a que “implica o importante reconhecimento da cidadania e efetivação do direito de acesso à saúde”; e, a que abre espaço para a problematização da orientação, eficácia e limites da Rede Cegonha, quando e se questionado a partir de discussões teóricas sobre a “pluralidade da categoria mulher, e, sobretudo, das críticas à prática obstétrica brasileira pelos adeptos do ideário do parto humanizado a partir dos anos 2000” (CARNEIRO, 2013).

Conquanto, em estudo sobre as potencialidades, os limites e os desafios da governança regional no processo de implementação de redes de atenção à

saúde, em três regiões da Amazônia, reporta que a estruturação da Rede Cegonha, ao lado da Rede de Urgência, é considerada uma das principais conquistas da região, bem como estratégica para o fortalecimento da atenção básica (CASANOVA *et al.*, 2017).

Assim, em um estudo sobre a integração dessa rede com as demais ações de atenção à saúde, pode-se verificar que há isolamento das práticas assistenciais da Rede Cegonha e de Vigilância Sanitária nos municípios em estudo, sendo enfatizado que a integração dessas práticas é uma estratégia em potencial para o planejamento e execução das ações de saúde no âmbito da Rede Cegonha (FERNANDES; VILELA, 2014).

Quadro 6 - Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área Atenção à Saúde, Periódico CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	Autor/Ano	Objetivo	Método	Principais Resultados
1	MARTINELLI, K.G.; SANTOS NETO, E.T.; GAMA, S.G.N; OLIVEIRA, A.E. (2014)	Avaliar a adequação do processo de assistência pré-natal segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), acrescido dos procedimentos previstos pela Rede Cegonha, no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma microrregião do Espírito Santo, Brasil.	Estudo transversal.	Embora a assistência pré-natal na rede SUS da microrregião de um estado do Sudeste brasileiro tenha apresentado frequências elevadas para muitos parâmetros, quando analisados individualmente, a adequação total ao PHPN e à Rede Cegonha apresentou-se muito baixa.
2	TABILE, P.M.; BERNHARD, T.W.; MÜLLER, E.; DIHEL, D.; KOEPP, J. (2015)	Conhecer os fluxogramas de acolhimento, de pré-natal e de puericultura preconizados pela Rede Cegonha e confeccionar os utilizados na ESF Menino Deus do município de Santa Cruz do Sul para analisar a sua importância na unidade como ferramenta que articula as ações da equipe.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa e exploratória e observacional.	A unidade em estudo conta com quase todos os quesitos da política Rede Cegonha, exceto transporte que somente é disponibilizado nos casos em que a gestante está na unidade de serviço e com risco. Sobre a puericultura mantêm-se uma regularidade mensal de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas até os 12 meses. Oferece-se o grupo de puericultura, toda última quinta-feira do mês, no período vespertino. A partir dos 12 meses até os 24 meses realizam-se consultas médicas, de enfermagem e odontológicas semestrais.
3	RÊGO, M.B.C.; MATÃO, M.E.L. (2016)	Comparar as variáveis que envolvam o parto normal e cesarianas no	Estudo quantitativo, analítico e	Não houve mudanças significativas no perfil sócio-demográfico das parturientes,

		período que precede a implantação da Rede Cegonha no município de Goiânia-GO.	descritivo.	nas características referentes ao local de parto, duração da gestação, número de consultas e perfil dos recém-nascidos, tanto nas mães que realizaram parto vaginal quanto nas que realizaram cesáreas. Mesmo com o incentivo financeiro aos hospitais que diminuam o número de partos cesáreos, este índice aumentou após um ano de Rede Cegonha.
4	ADESSE, L.; SILVA, K.S.; BONAN, C.; FONSECA, V.M. (2015)	Descrever o perfil sociodemográfico, obstétrico e assistencial de todas as internações de abortamento em maio-agosto/2012, em emergência, em estudo transversal.	Estudo transversal, exploratório.	90% das mulheres foram acolhidas pela classificação de risco, conforme preconizado pela Rede Cegonha, sendo que em apenas 36,6% o tempo de seguimento do cuidado atendeu ao preconizado pela RC. 20,5% das mulheres eram adolescentes, 79,5% tinham mais de 20 anos de idade e 48,7% tinham a pele parda; 84,7% foram abortos não especificados e o tempo foi apropriado entre a classificação de risco e a internação em 36,6% dos casos. Há mudanças no perfil das complicações, com redução das infecções e aumento na porcentagem de adolescentes (20,5%).
5	ANDRADE, S.M.A.S.; MANZOTTI, C.A.S.; GOUVÊA, J.A. G.; GOMES, C.F.; BERNUCI, M. P.; CASSIANO, A.C.M. (2016)	Avaliar o impacto da implantação da rede cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Estudo retrospectivo e transversal.	Após a implementação do programa, houve um aumento percentual de gestantes com idade inferior a 18 anos e abortos prévios; a porcentagem de gestantes que realizaram seis ou mais consultas aumentou 6,5% e o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação reduziu 10,8%. Notou-se também redução de uma semana na idade gestacional média dos bebês, bem como redução de 14,4% na porcentagem de bebês com peso ≥ 2500 gramas, e aumento da mortalidade durante a hospitalização de 2,4% para 14,5%; aumento de partos cesareanos após a rede cegonha de 74,3% para 78,9%.
6	MICHILIN, N.S.; JENSEN, R.; JAMAS, M.T.; PAVELQUEIRES, S.; PARADA, C. M. G. L. (2016)	Analisar a pertinência dos chamados realizados pela população obstétrica usuária do Serviço de Atendimento Móvel de	Estudo retrospectivo e analítico.	A prevalência de demanda não pertinente ao SAMU, obtida quando se tomou por base o encaminhamento ao hospital de referência, foi baixa; quando utilizado o critério de

		Urgência (SAMU 192) de Botucatu-SP.		classificação de risco proposto pelo MS, foi elevada. A previsão de baixa gravidade do chamado também se evidencia ao observar que três em cada quatro chamados foram atendidos por unidade de suporte básico. As principais queixas que motivaram o chamado ao SAMU, independentemente da paridade foram, de maneira geral, situações que poderiam e deveriam ser atendidas na atenção básica.
7	GONZAGA, I.C.A.; SANTOS, S.L.D.; SILVA, A.R.V.; CAMPELO, V. (2016)	Analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer em uma capital do nordeste brasileiro.	Estudo caso-controle.	O parto cesáreo predominou entre as puérperas casos e mostrou associação com o nascimento prematuro e/ou o baixo peso. Na análise da adequação do pré-natal, considerando apenas os parâmetros do Indicador I, a maioria das puérperas de ambos os grupos apresentou pré-natal adequado. O Indicador II mostrou adequação de 56,7% para os casos e o Indicador III apontou adequação de apenas 24,0% para os casos. À medida que se adicionaram os critérios assistenciais que fazem parte da atenção pré-natal, os percentuais de adequação diminuíram, indicando que a realização do conjunto das atividades é o maior desafio na atenção pré-natal.
8	KASSAR, S.B.; MELO, A.M.C.; COUTINHO, S.B.; LIMA, M. C.; LIRA, P.I.C. (2013)	Identificar fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna.	Estudo de caso-controle.	Fatores determinantes para a morte no período neonatal mães com história de filhos anteriores que morreram no primeiro ano de vida (OR = 3,08): o internamento durante a gestação (OR = 2,48), o pré-natal inadequado (OR = 2,49), a não realização de ecografia durante o pré-natal (OR = 3,89), a transferência de recém-nascidos para outra unidade após o nascimento (OR = 5,06), os recém-nascidos internados em UTI (OR = 5,00) e o baixo peso ao nascer (OR = 2,57).
9	SILVA, T.J.P.; QUEIROZ, M. V.O.; CAMPOS NETO, F. H.; PENNAFORT, V.P.S. (2013)	Analisar o acesso e a recepção de mães adolescentes no estágio de parto em emergências de obstetrícia.	Estudo descritivo.	Precariedade da estrutura física dos hospitais secundários leva à transferência de massa de mulheres grávidas para hospitais de maior complexidade.

				Algumas mulheres relataram feedback positivo como resultado das atitudes cordiais e afetuosas dos profissionais que encontraram. Outras mulheres, no entanto, comentaram a falta de compreensão entre os gerentes de saúde e os formuladores de políticas em relação às suas necessidades específicas.
10	FURTADO, E.Z.L.; GOMES, K.R.O.; GAMA, S.G.N. (2016)	Identificar os fatores que interferem no acesso de adolescentes e jovens à assistência ao parto na região Nordeste do Brasil.	Estudo seccional.	Metade das adolescentes e jovens entrevistadas não foi orientada sobre o local que deveria procurar para o parto. Entre aquelas que foram orientadas, 23,5% não realizaram o parto no serviço de saúde indicado. 1/3 (33,3%) teve que peregrinar em busca de assistência ao parto, sendo que a maioria (66,7%) das puérperas chegou à maternidade por meios próprios. Na análise bivariada, as variáveis situação conjugal, trabalho remunerado, plano de saúde, número de gestações anteriores, paridade, localização do município e tipo de estabelecimento mostraram associação significativa ($p < 0,20$) com o acesso inadequado à assistência ao parto. Na análise multivariada, adolescentes e jovens que mantinham laços conjugais ($p < 0,015$), não possuíam plano de saúde ($p < 0,002$) e eram procedentes do interior ($p < 0,001$) tinham mais chance de acesso inadequado ao parto.
11	BRÜGGEMANN, O.M.; EBSSEN, E.S.; EBELE, R.R.; BATISTA, B.D. (2016)	Desvelar as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições que restringem sua presença.	Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva.	Embora limitem a presença do acompanhante, as instituições descrevem aspectos que favorecem a sua inclusão.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No que concerne à área temática *Atenção à Saúde*, ao avaliarem a adequação da assistência pré-natal segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), acrescido dos procedimentos

previstos pela Rede Cegonha, em uma microrregião do Espírito Santo, identificaram que nenhum atendimento pré-natal de alto risco foi considerado adequado, segundo os critérios da Rede Cegonha, sendo observadas diferenças na assistência entre as mulheres residentes nas zonas urbana e rural da microrregião. Constataram que as maiores proporções de acesso aos procedimentos, exceto para o teste rápido de gravidez e imunização antitetânica, ocorreram na população urbana; porém, nenhuma gestante de alto risco, independentemente de residir na zona urbana ou rural, teve acesso adequado aos exames preconizados pela Rede Cegonha (MARTINELLI *et al*, 2014).

Assim, ao confeccionarem o fluxograma de acesso e atendimento a gestante e ao recém-nascido de uma Estratégia de Saúde da Família, de Santa Cruz do Sul, os autores de outro estudo identificaram que a referida unidade de saúde dispõe da maioria dos aspectos exigidos pela política da Rede Cegonha, com exceção do transporte, o qual é disponibilizado apenas nos casos em que a gestante se encontra na unidade de serviço e em situação de risco (TABILE *et al*, 2015).

Ao serem analisados os partos vaginais e cesarianas antes e após a implantação da Rede Cegonha foi identificado que, mesmo com incentivo financeiro a hospitais que diminuíssem o número de partos cesáreos, este índice aumentou nos nosocômios do município de Goiânia (GO) um ano após a implantação da Rede Cegonha, sendo que não houve mudanças significativas no perfil sócio-demográfico das parturientes (RÊGO; MATÃO, 2016).

Destarte, ao se descrever o perfil assistencial de mulheres em abortamento no Rio de Janeiro (RJ), foi verificado que 90% das mulheres foram acolhidas pela classificação de risco, conforme preconizado pela Rede Cegonha, porém em apenas 36,6% das mulheres o tempo de seguimento do cuidado foi de acordo com o preconizado pela Rede Cegonha (ADESSE *et al*, 2015).

Semelhantemente, em estudo sobre avaliação do impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foi percebido, após a implantação da Rede Cegonha: aumento percentual de gestantes com idade inferior a 18 anos e abortos prévios; aumento de 6,5% de gestantes que realizaram seis ou mais consultas; redução de 10,8% do diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação; redução de uma semana na idade gestacional média dos bebês; redução de 14,4% na porcentagem de bebês com peso ≥ 2500 gramas; aumento da mortalidade neonatal durante a hospitalização de

2,4% para 14,5%; e, aumento de partos cesarianos de 74,3% para 78,9% (ANDRADE *et al*, 2016). Dados esses que, segundo os autores, demonstram que a implementação dessa rede de atenção tem sido efetiva no diagnóstico das desordens na gestação durante o pré-natal e em relação ao número de consultas e referenciamento do cuidado pré-natal de alto risco para os hospitais de referência (ANDRADE *et al*, 2016). Contudo, percebe-se que apesar da proposta da Rede Cegonha prever redução de cesáreas, de prematuridade, de baixo peso ao nascer e da mortalidade neonatal durante a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, esses dados aumentaram, demonstrando a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e apoio a gestante, durante o pré-natal e atenção ao parto.

Ao serem analisados os chamados da população obstétrica usuária do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 em Botucatu (SP), no ano de 2012, com relação à pertinência, os autores do estudo ratificaram a necessidade de implementar protocolo de classificação de risco na área obstétrica, uma vez que verificaram que, durante o encaminhamento ao hospital de referência e o seguimento dos critérios de risco do Ministério da Saúde, os chamados não foram pertinentes em 6,7% e 75,6%, respectivamente. Justificaram, ainda, este fato devido à possível insegurança do médico regulador e dos demais profissionais do SAMU 192 no que se refere ao atendimento obstétrico, e à inexistência de uma efetiva Rede Cegonha no município, o que resulta em fragilidade nas articulações entre os serviços e revela diferentes modos de operar o trabalho nos vários níveis de complexidade (MICHILIN *et al* 2016).

Em estudo sobre a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer em uma capital do nordeste brasileiro, utilizando-se como referência os critérios da Política Nacional de Humanização e na Rede Cegonha, os autores evidenciaram que a cobertura da atenção, de forma isolada, não evidencia que a atenção ao pré-natal seja de qualidade. Verificaram que o parto cesáreo foi predominante entre as puérperas; houve adequação quanto ao início e número de consultas de pré-natal em 57,7% dos casos; que 56,7% dos casos tiveram atenção pré-natal adequada quanto à realização de procedimentos clínico-obstétricos; que somente 24% das puérperas realizaram todos os exames laboratoriais esperados para a idade gestacional e vacinação antitetânica quando da resolução da gestação; e que apenas 20,2% dos casos tiveram adequação do pré-natal quanto à associação dos critérios descritos anteriormente, indicando que a

realização do conjunto das atividades estabelecidas para o pré-natal é o maior desafio (GONZAGA *et al*, 2016).

Logo, constataram que as mães que tiveram parto cesáreo e as que apresentaram inadequação da atenção pré-natal quanto à realização da rotina de exames laboratoriais básicos, tiveram chance aumentada para a ocorrência da prematuridade e/ou baixo peso ao nascer (GONZAGA *et al*, 2016).

Nessa perspectiva, ao realizarem estudo sobre os fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Maceió (AL) os autores afirmam que só haverá maior efetividade naquilo que se propõe a Rede Cegonha, em cada região, se estiver apoiada em estudo epidemiológico sobre os fatores de risco da mortalidade neonatal. Essa premissa foi apontada, quando verificaram os fatores determinantes para a morte no período neonatal: mães com história de filhos anteriores que morreram no primeiro ano de vida, internamento durante a gestação, pré-natal inadequado, não realização de ecografia durante o pré-natal, transferência de recém-nascidos para outra unidade após o nascimento, recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e baixo peso ao nascer (KASSAR *et al*, 2013).

Assim, em estudo realizado sobre o acesso e a recepção de mães adolescentes em trabalho de parto em emergências obstétricas de Fortaleza (CE), observaram que a precariedade da estrutura física dos hospitais secundários é o que justifica a transferência em grande proporção, de mulheres grávidas para hospitais de maior complexidade (SILVA *et al*, 2013).

Neste mesmo contexto, em estudo na região nordeste do Brasil, sobre os fatores que interferem no acesso de adolescentes e jovens à assistência ao parto, os autores verificaram que essa população mantém laços conjugais, não possuem plano de saúde ou são procedentes do interior é a que têm maior chance de apresentar acesso inadequado ao parto, sendo necessária a articulação entre o atendimento ambulatorial e a assistência ao parto para melhoraria do acesso (FURTADO; OLIVEIRA; GAMA, 2016).

Quanto ao direito à presença do acompanhante durante o período do parto, Brüggemann *et al* (2016) verificaram que as instituições, embora limitem a presença do acompanhante, descrevem os aspectos que favorecem a sua inclusão. Desta forma, os autores enfatizam que, com a Rede Cegonha, espera-se redução na desigualdade social revelada pela pesquisa nacional Nascer do Brasil, na qual

mulheres com maior renda e escolaridade, brancas e que foram submetidas a cesarianas na rede privada tiveram maior presença do acompanhante durante o parto.

Quadro 7 - Produção Científica sobre Rede Cegonha - Área Pesquisa, Formação e Educação em Saúde, Periódico CAPES. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Nº	Autor/Ano	Objetivo	Método	Principais Resultados
1	VASCONCELOS, M.F.F.; NICOLOTTI, C.A.; SILVA, J.F.; PEREIRA, S.M.L.R. (2016)	Refletir sobre formação no/para o SUS a partir de nossas experiências junto à Rede Cegonha, no Ministério da Saúde, especificamente no acompanhamento da implantação dos Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal.	Não descreve.	A proposta dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal diz respeito a um movimento formativo desencadeado pelo Ministério da Saúde/Rede Cegonha.
2	ANGULO-TUESTA, A.; SANTOS, L. M.P.; NATALIZI, D.A. (2016)	Analisar o impacto das pesquisas sobre morbimortalidade materna financiadas pelo Ministério de Saúde do Brasil e instituições parceiras, nas dimensões: avanços no conhecimento, construção de capacidade de pesquisa e tomada de decisão informada, da matriz da Canadian Academy of Health Sciences.	Estudo descritivo baseado em dados secundários de 2002 a 2010.	Entre 2002 e 2010, os coordenadores das pesquisas publicaram 174 artigos, resultando no índice h de 35, mostrando progressos na dimensão avanços no conhecimento. Na dimensão capacidade de pesquisa, foi constatado o treinamento de 71 estudantes (graduação e pós-graduação). Na dimensão tomada de decisão informada, o progresso foi modesto: 73,5% das 117 citações nos documentos da Rede Cegonha eram documentos institucionais e normas. Identificou-se um mau uso das evidências científicas em protocolos, diretrizes, manuais e documentos de políticas de saúde publicados através da Rede Cegonha, haja vista 73,5% das citações serem referentes à literatura cinza. Poucas mudanças nos serviços de saúde foram citadas pelos principais pesquisadores, quanto ao uso real da evidência produzida.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No âmbito da *Pesquisa, Formação e Educação em Saúde*, ao refletirem sobre formação no/para o SUS a partir de experiências dos Centros de Apoio ao

Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal do Ministério da Saúde, Vasconcelos *et al* (2016) afirmam que essa (micro)política educacional se respalda na Rede Cegonha e coaduna com o sentido construído pela Política Nacional de Educação Permanente e Política Nacional de Humanização, uma vez que essa estratégia de formação é considerada pelos autores como 'um certo' modo de fazer-saber-produzir formação no SUS que se tece na indissociabilidade entre trabalho-formação-intervenção-gestão.

Destarte, ao ser analisado o impacto das pesquisas sobre morbimortalidade materna financiadas pelo Ministério de Saúde do Brasil e instituições parceiras, nas dimensões 1) avanços no conhecimento, 2) construção de capacidade de pesquisa e 3) tomada de decisão informada, foi possível identificar: um total de 295 publicações produto dessas pesquisas; o treinamento de 71 estudantes de graduação e pós-graduação durante o desenvolvimento da pesquisa; e um mau uso dessas pesquisas em tomada de decisão uma vez que 73,5% das citações presentes em protocolos, diretrizes, manuais e documentos de políticas de saúde publicados através da Rede Cegonha faziam referência à literatura cinza (ANGULU-TUESTA; SANTOS; NATALIZI, 2016), ou seja, ao material não publicado cientificamente e/ou não arbitrado de forma habitual (LAUFER, 2007).

Todavia, embora a Rede Cegonha tenha sido proposta em 2011 como uma estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, à violência obstétrica e à baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, essa revisão permitiu evidenciar que as mudanças nas ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, após a implementação dessa rede, ocorreram, porém de forma tímida, uma vez que os estudos apontaram inadequação do pré-natal, aumento de parto cesáreo, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal, e acesso inadequado ao parto.

Diante disso, aponta-se como possível hipótese para a limitação dos avanços na atenção à saúde materna-infantil, na lógica da Rede Cegonha, a ausência de uma real sistematização das rotinas e protocolos de atenção à saúde da mulher e da criança por parte da equipe e gestores da saúde.

Entretanto, esse estudo apresenta limitações, uma vez que a busca de artigos científicos se deu apenas na Base de Dados CAPES, sendo possível a existência de publicação sobre o tema em outras bases. Outro aspecto importante é

que o termo Rede Cegonha não é evidenciado pelos autores em suas publicações, haja vista não configurar um descritor em saúde.

Destarte, tomando-se por base que a Rede Cegonha é uma política de governo que visa garantir a integralidade da assistência à saúde materno-infantil, fazem-se necessários estudos que avaliem a contribuição dessa rede de atenção para a redução da mortalidade materna-infantil, compreendendo os avanços e desafios de sua implementação nas diversas regiões do país; que avaliem a articulação formação-atenção-gestão na rede; bem como que descrevam como os usuários a apreendem e avaliam a contribuição dessa rede no atendimento às necessidades de saúde.

Isto posto, esta pesquisa tem como eixo condutor o desvelamento das práticas de educação permanente em saúde como estratégia imprescindível para a efetivação do cuidado à saúde da mulher e da criança, no âmbito da Rede Cegonha, depreendendo que a ausência de qualificação profissional, pautada nos objetivos e diretrizes dessa rede, implica no desenvolvimento das competências profissionais e, conseqüentemente, na prestação de cuidados à saúde materno-infantil.

3.3 Sobral, Ceará, Brasil: o lócus da pesquisa

O município de Sobral está localizado na Região Noroeste do Estado do Ceará, a 228 km da capital Fortaleza. Com base territorial de 2.122,9 km², esta cidade tem uma população estimada em 203.682 habitantes (SOBRAL, 2017a).

Organizada em 37 bairros e 16 distritos, esta polis é centro de uma região de planejamento (Região Sertão de Sobral), composta por 19 municípios - Alcântaras, Cariré, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral e Varjota – que juntos, oficializado mediante a Lei Complementar nº 154/2015, compõem a 3ª Região Metropolitana do Ceará (SOBRAL, 2017a).

Com densidade demográfica de 88,67 hab/km² e uma taxa de urbanização de 88,35% (IBGE, 2010), “Sobral possui o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado”. Com um IDH de 0,714, fica atrás apenas da Capital (PNUD, 2013), estando, destarte, situado na faixa de desenvolvimento humano alta (IDH entre 0,7 e 0,799) (IPECE, 2016).

De acordo com os dados do IBGE (2014), no Ceará, é a cidade com maior Produto Interno Bruto (PIB) fora da Região Metropolitana de Fortaleza, chegando a R\$ 3,38 bilhões em 2014, com um PIB per capita de R\$ 18.993 maior que o do Estado, de R\$ 14.255 (SOBRAL, 2017a).

Quanto ao saneamento e infraestrutura, Sobral em 2015 apresentou indicadores de taxa de cobertura de água de 96,5% dos domicílios e taxa de cobertura de esgoto de 68,58% (SOBRAL, 2017a).

Na Educação, ocupa hoje o primeiro lugar no Brasil na avaliação dos anos iniciais (1º ao 5º ano), com 8,8 no último Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), entre mais de 5.570 municípios brasileiros (SOBRAL, 2017a).

De acordo com o Ministério da Educação, o IDEB é a ferramenta para acompanhamento das metas de qualidade para a educação básica. Para 2022, a meta estabelecida para o país é alcançar média 6 – valor que corresponde a um sistema educacional de qualidade comparável ao dos países desenvolvidos (BRASIL, s/d).

Ainda na educação, conta com duas universidades, dois centros de ensino tecnológico, além de instituições privadas. (SOBRAL, 2017a).

Na Saúde, conta com 5 unidades hospitalares, 5,14 leitos hospitalares por mil/habitantes, uma taxa de mortalidade infantil de 6,45 em 2019 e uma taxa de internação por AVC acima de 40 anos/10.000 hab de 19,90 (SOBRAL, 2017a).

Com a municipalização da saúde desde 1997, Sobral tem acumulado importantes conquistas neste campo tais como redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna e alta cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família. Apresenta, portanto, “excelente infraestrutura dos equipamentos de saúde, contínuo investimento nos processos de educação na saúde e trabalho organizado numa perspectiva de promover a multiprofissionalidade e a colaboração interprofissional” (SOBRAL, 2017b).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo e Abordagem de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso.

De acordo com Champagne *et al* (2011, p.54-55), a pesquisa avaliativa tem como objetivo analisar, a partir de métodos científicos válidos e reconhecidos, “a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola”. Portanto, se desdobra em seis tipos de análises que recorrem a métodos de pesquisa diferentes, a saber: análise estratégica, análise lógica, a análise de produção, a análise dos efeitos, a análise da eficiência e a análise da implantação.

Destarte, considerando que a análise da implantação tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos, e que ao avaliar os modelos educacionais de formação para atenção à saúde materno-infantil buscamos compreender os efeitos dessa intervenção, tomaremos este tipo de análise como base para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Conforme Champagne *et al* (2011, p.217), a análise da implantação “tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças”, podendo-se utilizar do estudo de caso, do estudo comparativo ou da experimentação como estratégias de pesquisa.

Logo, para fins desse estudo utilizamos como estratégia metodológica de pesquisa o estudo de caso, uma vez que constitui um método abrangente, pautado na lógica do planejamento, coleta e análise dos dados, incluindo estudos de caso único ou de casos múltiplos, com abordagem quantitativas ou qualitativas (YIN, 2001). Definido também como o estudo de um programa, instituição, sistema educativo, pessoa ou unidade social, com a finalidade de conhecer em profundidade um determinado fenômeno (FONSECA, 2002).

4.2 Referencial Teórico

4.2.1 Abordagem epistemológica da pesquisa qualitativa

Para compreender a pesquisa qualitativa é necessário considerar o paradigma que a fundamenta: o paradigma construtivista. De acordo com Guba e Lincoln (2011), este paradigma, também conhecido como naturalista, hermenêutico ou interpretativo, existe há vários anos, emergindo atualmente como um importante concorrente do paradigma convencional.

Na lógica de uma ontologia relativista, epistemologia subjetivista monista e metodologia hermenêutica, esse paradigma sustenta que existem múltiplas realidades construídas socialmente, que o pesquisador e o participante estão envolvidos em uma perspectiva de intersubjetividade, e que a dialética contínua entre iteração, análise e crítica dá origem a uma construção conjunta sobre um determinado fenômeno (GUBA e LINCOLN, 2011).

Essa corrente de pensamento se ocupa de explicar as relações sociais como essência da atividade humana, tendo o cotidiano e as experiências dos sujeitos como enfoque de investigação. Desta forma, o resultado de uma pesquisa qualitativa será sempre uma narrativa.

Conforme Minayo (2010), os conceitos estruturantes da pesquisa qualitativa - compreensão e interpretação - estão fundamentados na fenomenologia, na hermenêutica e na dialética, compreendida como o diálogo com a hermenêutica a partir de Habermas (1987) e Gadamer (1999) com uma atitude epistemológica nas ciências compreensivas, iniciada pelo filósofo Dilthey (1957), e na sociologia com Weber (1993). Para ela, os fenômenos humanos só podem ser conhecidos subjetivamente, ou seja, mediante a participação do sujeito nos fenômenos que se busca compreender.

Ao passo que a pesquisa qualitativa vem sendo cada vez mais utilizada e aceita na área da saúde, ainda é alvo de críticas por defensores do positivismo (MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI, 2004), uma vez que concebe uma única realidade, independentemente do interesse de qualquer observador é regida por leis naturais imutáveis (ontologia realista). Nessa vertente, o observador tanto pode como deve exteriorizar o fenômeno em estudo, mantendo-se à parte e distante dele (epistemologia objetivista dualista) (GUBA e LINCOLN, 2011).

Diante do exposto, corroboramos com Gastaldo e Mckeever (2000), quando estes afirmam que a pesquisa qualitativa deve se constituir constantemente por um processo autorreflexivo a fim de se compreender as implicações éticas que os métodos podem suscitar, depreendendo a ética como algo inerente em todo o processo da pesquisa.

4.2.2 Avaliação Qualitativa de Serviços e Programas de Saúde

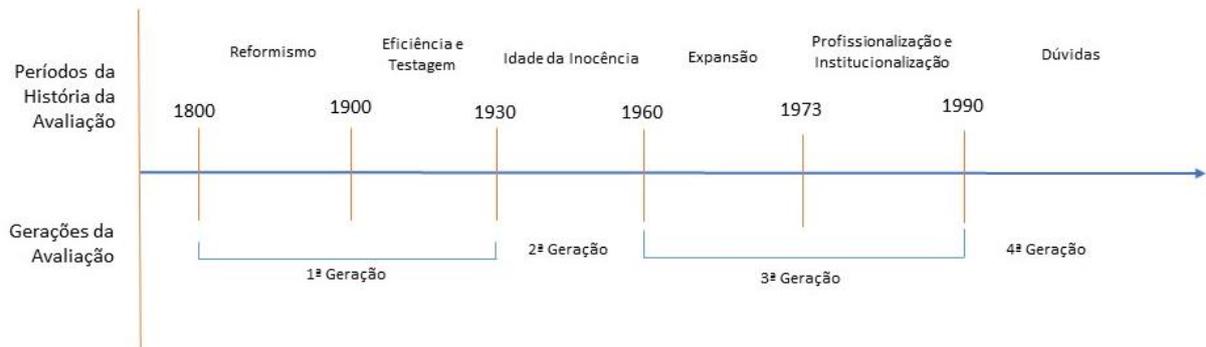
Avaliar é uma ação humana habitual, orientada para o julgamento e decisão de questões relacionadas ao cotidiano das pessoas e sociedade. De acordo com Weiss (1998), consiste em apreciar sistematicamente o funcionamento e/ou o resultado de um programa ou política em função de critérios implícitos e explícitos, a fim de contribuir para a melhoria desses.

Champagne *et al* (2011) afirmam que a prática da avaliação demanda conhecimento específico e pertence ao campo da pesquisa, abrangendo as dimensões cognitiva, normativa, instrumental/utilitária e democrática.

A dimensão cognitiva da avaliação objetiva “produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas”; a dimensão normativa está presente quando se pretende emitir um julgamento; a instrumental tem como finalidade melhorar uma situação, um programa; e a democrática se propõe a provocar debate em torno de uma intervenção (CHAMPAGNE *et al*, 2011, p. 30).

Logo, se configura de dois tipos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A primeira tem como objetivo comparar os componentes de uma intervenção ou programa a partir de normas e critérios validados, enquanto a segunda se propõe analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, uma dada intervenção ou programa (CHAMPAGNE *et al*, 2011). Assim, apresenta características específicas de acordo com os tempos e gerações na história (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILOUDEAU, 2011) (Figura 3).

Figura 3 - Períodos e Gerações da Avaliação. Fortaleza, Ceará, Brasil (2021).



Fonte: Dubois, Champagne e Bilodeau (2011).

A primeira geração consistiu na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados principalmente na área da educação, contribuindo com o desenvolvimento da epidemiologia e estatística na área da saúde. Na segunda geração, o avaliador além de coletar sistematicamente os dados e proceder às atividades de medida, tinha como função descrever os programas, compreender sua estrutura e conteúdo, identificar suas forças e fragilidades, bem como fazer recomendações para favorecer melhoria (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011).

A terceira geração tem como principal característica o julgamento e a prática profissionalizada da avaliação. Contudo, as desilusões acerca da capacidade dos avaliadores de induzir mudanças no contexto social fomentaram uma abordagem de avaliação mais pragmática: a avaliação de quarta geração (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011).

Nesse modelo, a avaliação deixa de ser vista apenas em uma perspectiva técnica, e passa a ser um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder, sob o enfoque participativo, iterativo e construtivista (GUBA e LINCOLN, 1989). O avaliador assume a função de moderador da avaliação, e os atores envolvidos passam a realizar coletivamente a avaliação (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILOUDEAU, 2011).

No que concerne à avaliação de programas públicos, este termo surge após a Segunda Guerra Mundial mediante a necessidade de melhoria na aplicação de recursos pelo Estado (UCHIMURA e BOSI, 2004). Para Bosi e Uchumura (2013), embora a avaliação de programas e serviços de saúde seja marcada historicamente

por métodos quantitativos, sob influência positivista, tratar sobre essa questão exige a compreensão do caráter mensurável e subjetivo da prática avaliativa.

Não diferente da pesquisa científica, na perspectiva avaliativa a natureza do objeto de avaliação definirá a dimensão nessa perspectiva, seja ela objetiva ou subjetiva. Assim, ao incorporar a dimensão subjetiva nessas práticas e associar a essa o conceito de qualidade, Ayres (2004) identifica duas modalidades de avaliação: avaliação normativa e avaliação formativa.

A avaliação normativa destina-se a verificar o produto do trabalho na saúde (êxito técnico), limitando-se à quantificação e admitindo uma justaposição com o que é denominado por Uchimura e Bosi (2004) como avaliação da qualidade formal. De outro lado, a avaliação formativa está relacionada ao sucesso prático da ação em saúde e à análise das dimensões que escapam aos indicadores e mensuração, voltada para a subjetividade da qualidade, e, portanto, definida como avaliação qualitativa (UCHIMURA e BOSI, 2004).

Assim, embora delimitadas teórico e metodologicamente, as avaliações normativas e formativas podem ser utilizadas de forma complementar para a avaliação de programas em saúde, sendo esta última considerada uma possibilidade de avaliação da qualidade em saúde (UCHIMURA e BOSI, 2004).

Diante do exposto, para o desenvolvimento desta pesquisa optamos pela a avaliação formativa tendo em vista termos como propósito compreender o sucesso prático dos processos formativos voltados para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, bem como analisar as dimensões desta intervenção para além do disposto em indicadores.

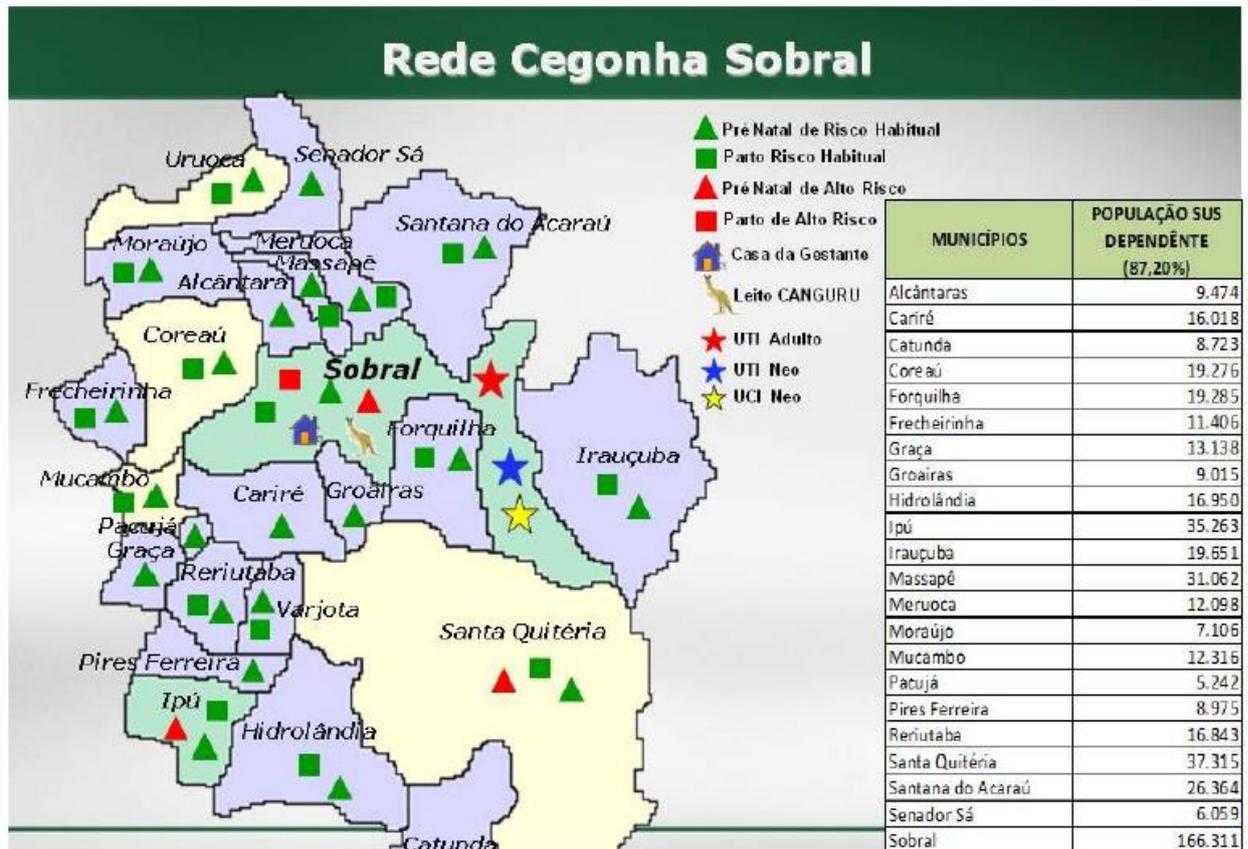
4.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará, Brasil, localizado a 220 km da capital Fortaleza. Com uma população estimada em aproximadamente 197.663 habitantes (CEARÁ, 2018).

No que concerne à atenção à saúde, e especificamente à saúde materno-infantil, o município de Sobral/CE apresenta significativa contribuição à saúde no Estado do Ceará, tendo em vista ter uma rede de atenção à saúde materno-infantil definida por meio da Rede Cegonha, disponibilizando à população de sua adstringência serviços de atenção primária, atenção secundária com Centros de

Especialidades Médica e Odontológica, Policlínica e Hospitais de Pequeno, Médio e Grande Porte, e atenção terciária, além de ser Pólo formador em saúde (Figura 4).

Figura 4 - Estruturação da Rede Cegonha na Região de Sobral/CE.



Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha no Ceará (2012).

4.4 Unidades de Análise

Conforme Minayo (2017, p.4), “a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto [...] que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participantes”. Reitera, portanto, que uma amostra qualitativa ideal deve refletir, “em quantidade e qualidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno” (MINAYO, 2017; p. 10).

Onwuegbuzie e Nancy L.Leech (2007) afirmam que o tamanho da amostra e seu desenho representam um processo ativo de reflexão. Logo, e considerando a complexidade do objeto em estudo, utilizamos nesta pesquisa a

amostragem teórica (SAMPIERI, COLLADO e LUCIO, 2013; SALGADO, 2012), abrangendo as unidades de análise: documentos e participantes.

De acordo com Flick (2013), a amostragem teórica foi desenvolvida por Glaser e Strauss (1967) e compreende “o processo de coleta de dados para geração de uma teoria”. Neste tipo de amostragem, o pesquisador coleta, codifica e analisa conjuntamente seus dados, definindo, em seguida, quais dados precisam ser coletados e em quais locais a fim de que desenvolva a teoria à medida que ela emerge. Assim, “a amostragem e a integração de material adicional são completadas quando a ‘saturação teórica’ de uma categoria ou de grupos de casos foi atingida (isto é, nada novo emerge mais)” (FLICK, 2013; p. 81).

Nesta pesquisa, os documentos compreenderam àqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil desenvolvidos para os profissionais inseridos na Rede Cegonha de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018, disponíveis na Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral/CE, na Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia de Sobral/CE, que é responsável pela formação dos profissionais inseridos nos serviços sob gestão municipal, na Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE e no Hospital Regional Norte, os quais são as unidades terciárias pontos de atenção da Rede Cegonha deste município.

Levando em conta a natureza do objeto em estudo, estimamos incluir aproximadamente 25 participantes na pesquisa, todavia somente participaram da pesquisa 14 participantes considerando os critérios de inclusão e exclusão e a saturação teórica.

Assim, foram incluídos na pesquisa: os coordenadores de atenção à saúde e da atenção materno-infantil do município em estudo; os gestores e coordenadores das Escolas de Formação em Saúde do Município de Sobral/CE e dos Serviços de Saúde responsáveis pelo processo de qualificação dos profissionais em serviço.

Não foram incluídos os gestores, coordenadores que estiveram de férias, de licença médica ou trabalhista durante o período de coleta das informações.

4.5 Período da Pesquisa

A coleta das informações ocorreu no período de junho de 2019 a março de 2020.

4.6 Métodos e Procedimentos para Coleta das Informações

Considerando que o rigor e a qualidade nas pesquisas qualitativas sempre foram alvo de discussão, principalmente por pesquisadores do enfoque convencional, Yin (2001) afirma que os construtos nesse tipo de pesquisa são válidos quando os pesquisadores utilizam quatro princípios básicos: 1) empregam múltiplas fontes de evidência (triangulação); 2) criam uma base de dados do estudo de caso; 3) mantem o encadeamento de evidências; e 4) têm cuidado no uso de dados de fontes eletrônicas.

Portanto, para fins de coleta das informações nesta pesquisa, tomaremos por base a triangulação de dados mediante a análise documental e aplicação da técnica de entrevista. De acordo com Yin (2001), a triangulação de dados é uma estratégia fundamentada na utilização de várias fontes de evidências, permitindo o desenvolvimento de linhas de convergência de investigação e a validade do constructo.

Desta forma, os métodos e procedimentos para realização da pesquisa foram organizados em duas etapas: pesquisa documental e entrevista. Além dessas duas etapas, utilizamo-nos do diário de campo como uma ferramenta para registro de informações observadas durante as etapas de entrevista e análise documental.

4.6.1 Primeira Etapa: Pesquisa Documental

Entendemos por documentação: cartas, memorandos, agendas, avisos e minutas de reuniões, relatórios de eventos, documentos administrativos, relatórios de aperfeiçoamentos, estudos ou avaliações formais do objeto em estudo, recortes de jornais e artigos publicados na mídia (YIN, 2001).

Destarte, as fontes documentais foram identificadas e analisadas na Coordenadoria da Região de Saúde, na Escola de Saúde Pública Visconde de

Sabóia de Sobral/CE e nos hospitais de grande porte do município pesquisado: Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE e Hospital Regional Norte.

Para tanto, foi aplicado um Instrumento de Coleta de Dados (ICD) (APÊNDICE A) a fim de coletarmos informações sobre os processos educativos desenvolvidos para atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018, bem como os objetivos e as estratégias metodológicas e avaliativas desses.

4.6.2 Segunda Etapa: Entrevista Semiestruturada

Para Yin (2001), a entrevista é uma das principais fontes de informação em estudos de casos, podendo ser classificada em entrevistas de levantamento (questionário), semi-estruturada, narrativa e episódica (FLICK, 2013). Diante disso, nesta pesquisa, utilizamos a entrevista semi-estruturada, a qual foi realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo e gravada com a anuência dos participantes para garantir a fidedignidade das informações.

A entrevista semi-estruturada é realizada a partir de uma guia orientadora para os entrevistadores, que tem a finalidade de permitir que os participantes apresentem suas construções e discorram livremente sobre um determinado tema, mediante o diálogo entre entrevistador e entrevistado (FLICK, 2013).

Assim, por meio da técnica da entrevista objetivamos identificar as contribuições dos processos educativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil para qualificação das práticas de saúde na Rede Cegonha do município de Sobral/CE.

Logo, participaram dessa etapa: 1) os gestores da saúde de Sobral/CE e do Estado do Ceará; 2) coordenadores de atenção à saúde e da atenção materno-infantil de Sobral; 3) os coordenadores dos serviços de saúde materno-infantil de Sobral/CE; e 4) os gestores e coordenadores da educação na saúde de Sobral/CE dos pontos de atenção da Rede Cegonha de Sobral.

Os gestores e coordenadores de atenção à saúde e de atenção à saúde materno-infantil foram identificados junto à Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral/CE e à Secretaria da Saúde do Município de Sobral/CE, e posteriormente convidados a participar da pesquisa, mediante entrevista (APÊNDICE B).

Os gestores e coordenadores das Escolas de Formação em Saúde do do Município de Sobral/CE, dos Serviços de Atenção Primária, Secundária e das Unidades Hospitalares responsáveis pelo processo de qualificação dos profissionais em serviço serão identificados nesses serviços, e convidados para participar da pesquisa por meio de entrevista sobre o processo de definição e planejamento das temáticas e sobre as contribuições das atividades educativas para a qualificação das práticas na Rede Cegonha de Sobral/CE (APÊNDICE C).

Vale salientar que a fim de garantir a fidedignidade das informações e com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Conquanto, salientamos que as informações foram registradas em um diário de campo, proporcionado aos pesquisadores retornar a situações que emergiram durante a coleta das informações e que são relevantes para a compreensão do fenômeno.

4.7 Análise, apresentação e discussão das informações

Esta etapa consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas e quadros as informações, bem como apresentá-las em quadros, fluxogramas, diagramas, figuras e modelos, tendo em vista as proposições iniciais de um estudo (YIN, 2001). Portanto, tomaremos como fundamento para a análise das informações as proposições teóricas iniciais do estudo (YIN, 2001).

Assim, as informações provenientes das entrevistas foram organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo por categoria, também conhecida como análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (1977) e as informações decorrentes de documentos relativos aos processos formativos foram analisadas por meio da análise documental. Durante essa etapa, utilizamos também das informações provenientes dos registros em diário de campo.

Para fins de auxiliar a análise temática de conteúdo, utilizamos o *software* MAXQDA versão Analytics Pro 2000, o qual se configura como um software de análise de dados qualitativos e de métodos mistos (MAXQDA, 2020) dentre os programas do CAQDAS - *Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software* disseminados em meados dos anos 80 do século XX (NEVES e SANTOS, 2018).

De acordo com Bardin (1977, p.38), a análise de conteúdo “é uma técnica de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Apresenta um objetivo heurístico, que enriquece a tentativa exploratória, e um que serve de prova para confirmar os significados (análise temática) ou significantes (análise léxica e dos procedimentos) da comunicação.

Para fins da análise, realizamos, inicialmente, o tratamento descritivo do material de análise mediante a transcrição das entrevistas e organização das informações documentais no *software* MAXQDA versão Analytics Pro 2000, seguidas da leitura flutuante e horizontal do conteúdo para assimilação, o que configurou a etapa de pré-análise.

A segunda etapa - exploração do material – foi longa e cansativa, consistindo no processo de codificação do *corpus* de análise. Nessa etapa identificamos 472 (quatrocentos e setenta e duas) unidades de registro/codificação, as quais correspondem à palavra, frase, minuta ou centímetro quadrado, e 18 (dezoito) unidades de contexto, que, superiores às unidades de codificação, permitem compreender o significado da informação em seu contexto e inferir sobre essa (BARDIN, 1977).

A terceira etapa compreendeu o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977). Nesse contexto, as unidades de registro e de contexto foram agrupadas e organizadas em duas categorias de análise, que se dividiram em subcategorias de análises, a partir das quais inferimos novos conhecimentos, confrontando-os com a literatura pertinente.

Assim, de acordo com Bardin (1977, p.39) inferência é “a operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”, permitindo ao pesquisador compreender o objeto em estudo.

Destarte, Bardin (1977) ao discutir sobre a análise de conteúdo, conceitua a análise documental como a classificação e indexação das informações de documentos, buscando transformar os dados brutos (dados primários) em uma documentação secundária, que é a representação da primeira, a fim de tratar a informação contida nos documentos analisados e representá-la de outro modo.

Logo, os resultados serão apresentados e discutidos à luz da literatura vigente.

4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa

A ética na pesquisa perpassa a etapa de definição do objeto de pesquisa até o processo de apresentação e divulgação dos resultados, decorrente do processo de reflexão e interação entre pesquisador, objeto e participantes/unidades de análise. De acordo com Flick (2009, p. 97), a “ética deve cumprir um papel em suas considerações sobre como planejar um estudo, sobre com quem você quer trabalhar e como [...] você deve atuar”.

Neste contexto, os aspectos éticos foram pressupostos orientadores dessa pesquisa, principalmente no que concerne à garantia da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade às unidades de análise, de acordo com as diretrizes propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/16.

Para tanto, a pesquisa recebeu anuência da Secretaria da Saúde de Sobral/CE, da Coordenadoria Regional da Saúde de Sobral e dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE e Hospital Regional Norte para a realização do estudo.

Além disso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, com protocolo de número 3.355.553, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

A autonomia foi garantida aos participantes do estudo por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES D e E) e direito a esses de participar e retirar o consentimento sem prejuízo para si e para as atividades profissionais que desempenham. Este princípio também foi garantido por meio da aplicação do Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE F) aos responsáveis pela guarda dos documentos e registros de arquivos que comporam a amostra desse estudo.

Diante disso, os possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, foram minimizados por meio da garantia da autonomia e utilização de códigos no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos

resultados, nos quais utilizamos o código P para identificar o participante, seguido da numeração por ordem das entrevistas (P1, P2, P3, P4...).

Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais como deterioração e rasuras, também foram minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE G). Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa seria interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise.

A pesquisa atendeu ao princípio da beneficência, tendo em vista que teve como objetivo contribuir para o desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE.

O princípio da justiça foi contemplado haja vista esta pesquisa apresentar relevância para a atenção à saúde materno-infantil no SUS, no âmbito da qualificação das práticas de saúde na Rede Cegonha.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências.
Paulo Freire (2016)

Nesta sessão, serão apresentados e discutidos os resultados oriundos das entrevistas, das fontes documentais e do diário de campo, tentado dar uma articulação orgânica aos dados coletados em tais fontes.

Diante disso, os resultados estão organizados em duas categorias de análises, que por sua vez se dividem em subcategorias de análises: 1) A Rede Cegonha no município de Sobral, Ceará, Brasil; e, 2) Processos formativos na e para a Atenção à Saúde Materno-Infantil em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018. Por fim, a partir dos resultados das duas categorias de análises, apresentamos uma proposta de Modelo lógico da Formação para a Atenção Saúde Materno-Infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

A categoria analítica “A Rede Cegonha no município de Sobral, Ceará, Brasil” foi dividida em três outras subcategorias de análise: 1) Descrevendo a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Sobral/CE; 2) Práticas de gestão para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE; e, 3) Desafios na e para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

Já a categoria “Processos formativos na e para a Atenção à Saúde Materno-Infantil em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018” está dividida em seis subcategorias de análise: 1) Estratégias potencializadoras das práticas formativas em Sobral/CE; 2) Descrevendo os processos formativos desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE durante os anos 2014 a 2018; 3) Identificação e definição das temáticas dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018; 4) Estratégias metodológicas adotadas nos processos formativos; 5) Avaliar é preciso; e, 6) Contribuição dos processos formativos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

Por fim, a construção teórico-metodológica do “Modelo lógico da Formação para a Atenção Saúde Materno-Infantil no município de Sobral/CE, no

âmbito da Rede Cegonha” foi organizada em duas categorias temáticas: 1) Teorizando a modelização de uma intervenção; e, 2) O Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

Para tanto, realizamos entrevistas com 14 coordenadores dos serviços de saúde materno-infantil, gestores de saúde de Sobral/CE e do Estado do Ceará e coordenadores/gestores de educação na saúde de Sobral/CE (Quadro 8), e analisamos os registros disponíveis dos processos formativos desenvolvidos em Sobral/CE, especificamente para médicos e enfermeiros, com foco na atenção à saúde materno-infantil, no período de 2014 a 2018.

Quadro 8 - Perfil dos participantes da pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2020.

FUNÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA	FORMAÇÃO
Assessoria técnica Saúde da Mulher da Secretaria da Saúde do Ceará	Medicina	25 anos	Especialização
Coordenação da Atenção à Saúde de Sobral/CE	Medicina	12 anos	Mestrado
Coordenação da Atenção Primária de Sobral/CE	Enfermagem	3 anos	Mestrado
Coordenação da Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE	Enfermagem	12 anos	Especialização
Coordenação da Maternidade do Hospital Regional Norte	Enfermagem	6 anos	Especialização
Coordenação da Neonatologia do Hospital Regional Norte	Enfermagem	7 anos	Mestrado
Coordenação do Centro de Estudos do Hospital Regional Norte	Enfermagem	10 meses	Especialização
Direção da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia de Sobral/CE	Enfermagem	8 anos	Pós-doutorado
Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Enfermagem	9 anos	Pós-doutorado
Gerência da Célula de Ensino e Pesquisa de Sobral/CE	Serviço social	4 anos	Mestrado
Gerência da Estratégia Trevo Quatro Folhas	Enfermagem	1,5 ano	Especialização
Secretaria da Saúde de Sobral/CE	Medicina	3 anos	Pós-doutorado
Superintendência da Região de Saúde Norte do Ceará	Fisioterapia	3 anos	Mestrado
Supervisão do Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	Enfermagem	5 anos	Especialização

Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Conforme podemos observar no Quadro 8, o perfil dos participantes da pesquisa compreenderam a 29% de profissionais que atuavam na área de coordenação/gestão da educação na saúde em Sobral/CE, 29% que atuavam na

gestão da atenção à saúde de Sobral/CE e do Estado do Ceará, a 29% que atuavam na coordenação dos pontos de atenção da Rede Cegonha de Sobral/CE, e a 14% que atuavam na coordenação da atenção à saúde de Sobral/CE.

O tempo de experiência dos participantes nas áreas de atuação variaram de 10 meses a mais de 10 anos, sendo que a maioria (57,1%) apresentou de 3 a 8 anos de experiência na área, tinha como curso de graduação Bacharelado em Enfermagem (64,3%) e pós-graduação *stricto sensu* (57,1%).

Em relação às características dos documentos, foram analisados frequências, relatórios, formulários, registros de planejamento e cronograma das formativas dos anos 2014 a 2018 da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral-CE, da Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral-CE, da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE e do Hospital Regional Norte, além de regimentos, regulamentos, planos e políticas orientadoras da Educação Permanente nos níveis de atenção primária, secundária e terciária da saúde Sobral-CE (Quadro 9).

Quadro 9 - Descrição dos documentos analisados para a identificação de informações relacionadas à avaliação dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2020.

DOCUMENTOS
1 - Frequências das atividades de educação permanente de 2014 a 2018 da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) 2 - Frequências das atividades de educação permanente de 2014 a 2018 do Hospital Regional Norte (HRN) 3 - Frequências das atividades de educação permanente de 2014 a 2018 da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral (SMSS) 4 – Relatórios de viagens da 14ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRES) 5 – Formulários dos processos formativos voltados para à saúde materno-infantil de 2014 a 2018 da SCMS 6 – Registros dos planejamentos dos processos formativos voltados para à saúde materno-infantil de 2014 a 2018 da SMSS 7 – Regimento do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da SCMS 8 – Regulamento de Educação Permanente da SCMS 9 – Cronogramas de Educação Permanente de 2014 a 2018 da SCMS 10 - Cronogramas de Educação Permanente de 2014 a 2018 da SMSS 11 – Política Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema de Saúde de Sobral 12 – Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018-2021 13 – Plano Estadual de Saúde 2016-2019 14 - Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha no Ceará, 2012-2014 15 - Plano de Ação Rede Cegonha Região de Saúde de Sobral 2014-2015

Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

5.1 A Rede Cegonha no município de Sobral, Ceará, Brasil

Nesta categoria, descreveremos a rede de atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, compreendendo o histórico dessa, sua estrutura, funcionamento e a articulação entre os pontos de atenção à saúde.

Além do mais apresentaremos as práticas adotadas/realizadas pela gestão para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, bem como os desafios vivenciados na atenção à saúde materno-infantil deste município emergentes a partir das construções dos participantes da pesquisa.

Diante disso, os resultados foram organizados em três categorias de análise e discutidos com a literatura pertinente: 1) Descrevendo a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Sobral/CE; 2) Práticas de gestão para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE; e, 3) Desafios na e para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

5.1.1 Descrevendo a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Sobral/CE

A Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo Governo Federal é uma estratégia instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de qualificar a atenção à saúde materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, sendo sua execução de competência dos Estados e Municípios (GUERRA *et al*, 2016).

De acordo com Brasil (2011) esta rede de atenção sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e nascimento que vem sendo discutido no país desde os anos 90, constituindo-se um modelo que tem por finalidade garantir às mulheres e crianças assistência humanizada e qualificada. Diante disso, “procura operacionalizar políticas já criadas, articulando pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais” (GUERRA *et al*, 2016, p. 74).

Nesta perspectiva, e considerando o cenário de altas taxas de óbitos materno e infantis no Estado do Ceará, no período de 1997 a 2010, em 2012 foram consolidadas, por meio do Plano Estadual da Rede Cegonha do Ceará, 17 Redes compostas pelas 22 Regiões de Saúde do Estado, das quais cita-se a Região de Saúde de Sobral/CE (CEARÁ, 2012).

Esta região de saúde é composta por 24 municípios, dos quais Sobral/CE é o município com maior densidade populacional e que dispõe de todos os componentes da Rede Cegonha (Figura 5).

Figura 5 - Inserção dos municípios na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Rede	Município	Componentes da Rede						
		Pré-natal		Parto e Nascimento		Puerpério e At. Integral à Saúde da Criança	Sistema Logístico	
		Risco Habitual	Alto Risco	Risco Habitual	Alto Risco		Transporte	Regulação
Sobral	Sobral	X	X	X	X	X	X	**
	Alcântaras	X	-	-	-	X	*	-
	Carié	X	-	-	-	X	*	-
	Catunda	X	-	X	-	X	*	-
	Coreaú	X	-	X	-	X	*	-
	Forquilha	X	-	X	-	X	*	-
	Frecheirinha	X	-	X	-	X	*	-
	Graça	X	-	-	-	X	*	-
	Groairas	X	-	-	-	X	*	-
	Hidrolândia	X	-	X	-	X	*	-
	Ipú	X	X	X	-	X	*	**
	Irauçuba	X	-	X	-	X	*	-
	Massapé	X	-	X	-	X	*	-
	Meruoca	X	-	X	-	X	*	-
	Moraújo	X	-	X	-	X	*	-
	Mucambo	X	-	X	-	X	*	-
	Pacujá	X	-	-	-	X	*	-
	Pires Ferreira	X	-	-	-	X	*	-
	Reriutaba	X	-	X	-	X	*	-
	Santa Quitéria	X	X	X	-	X	*	-
	Santa do Acaraú	X	-	X	-	X	*	-
	Senador Sá	X	-	-	-	X	*	-
	Uruoca	X	-	X	-	X	*	-
	Varjota	X	-	X	-	X	*	-

* Programado a implantação pela rede de urgências – Componente SAMU – 192

** Módulo Hospitalar

x SAMU Municipal

Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha no Ceará (2012)

A nível de atenção primária, para acompanhamento do pré-natal de risco habitual, puerpério e atenção integral à saúde da criança, o município de Sobral/CE conta com 35 Centros de Saúde da Família (CSF), 63 equipes de Saúde da Família (ESF), 44 equipes de Saúde Bucal (eSB), 6 de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 equipes de Atenção Domiciliar e 2 Academias da Saúde, garantindo cobertura de 100% da ESF na sede e distritos (SOBRAL, 2017b).

A nível de atenção secundária para acompanhamento de pré-natal de alto risco e para atendimento à criança até aos 24 meses dispõe do Centro de Especialidades Médicas, de uma Policlínica Regional e de um Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), além disso dispõe do Flor do Mandacarú para acompanhamento de pré-natal de alto risco e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento à criança até aos 24 meses (SOBRAL, 2014; BRASIL, 2020).

A nível de atenção terciária para parto de risco habitual e de alto risco, puerpério e atenção integral à saúde da criança este município conta com a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE e o Hospital Regional Norte (SOBRAL, 2014), embora este último não seja habilitado como Rede Cegonha.

“[...] pelo nosso perfil [...] de ser de uma maternidade de porta fechada, a gente não é credenciado como Rede Cegonha, embora, a gente seja dentro da rede municipal e estadual caracterizado como um serviço terciário né de alta complexidade, mas que a gente tem um público específico que atende né, que a atende principalmente as pacientes que são vinculadas a policlínica, embora, seja cinquenta por cento, cinquenta por cento.” (P.1)

Conforme Ceará (2016), o transporte sanitário está assegurado às gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco em situações de urgência por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo de responsabilidade da Central de Regulação Médica das Urgências regular as urgências e garantir o transporte adequado de acordo com a gravidade de cada caso. Aos municípios e à Secretaria Estadual da Saúde cabem regular o acesso assistencial nos casos das referências regionais.

Destarte, a Portaria GM/MS nº 650/2011 (BRASIL, 2011), explicita as responsabilidades dos municípios no âmbito da Rede Cegonha dentro de cada componente da rede (Quadro 9) a fim de garantir atenção integral, humanizada e de qualidade à mulher e à criança até aos 24 meses.

Quadro 10 - Responsabilidades dos municípios por componentes da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2020.

COMPONENTE	RESPONSABILIDADES
PRÉ-NATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; • Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; • Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência); • Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência); • Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência); • Qualificação do sistema e da gestão da informação; • Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; • Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.
PARTO E NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; • Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); • Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; • Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005 e Portaria nº 2.418/2005); • Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; • Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; • Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.
PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; • Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; • Busca ativa de crianças vulneráveis; • Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; • Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e • Orientação e oferta de métodos contraceptivos.
SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; • Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; • Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Fonte: Portaria GM/MS nº 650/2011 (BRASIL, 2011f).

Em 2015, devido a não habilitação dos pontos de atenção terciária nas Redes do Estado do Ceará foi necessário repactuar essas redes na lógica da Macrorregionalização, passando a Rede Cegonha, no Estado do Ceará, ser denominada Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil e ter como objetivo articular e integrar os equipamentos de saúde a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários do SUS, de forma ágil e oportuna (CEARÁ, 2016).

Em articulação com o exposto, percebemos pelas entrevistas realizadas que durante anos a proposta da Estratégia Rede Cegonha, no município de Sobral/CE, esteve muito mais a nível político-conceitual do que operacional, uma vez que algumas diretrizes não foram implementadas devido à insuficiência de financiamento para tal.

“[...] na verdade o Rede Cegonha ele foi né desenvolvido, mas assim, de uma forma eu acho que ele acabou ficando um pouco mais no teórico e não estamos sendo tão aplicado como toda a programação que ele realmente se propôs né e com todas aquelas questões de vinculações, de transporte sanitário de gestantes e fica todo aquele aparato que se propôs.” (P.3)

“[...] a aceitação e implantação foi muito boa. Só que a Rede Cegonha ela não foi implantada na sua totalidade certo? Ela foi implantada em partes, e algumas coisas faltaram que tavam postos lá, que iam existir, e nunca existiram. [...] Então ainda algumas implantações não foram feitas durante ao longo desses anos né por vários outros fatores, mas o que mais explica é a falta de dinheiro [...]” (P.7)

Os participantes da pesquisa reconheceram que a adesão à Rede Cegonha favoreceu a melhoria da assistência materno-infantil em uma das maternidades de alto risco de Sobral/CE, a única porta aberta, tendo em vista disponibilizar aporte financeiro para a construção de uma UTI neonatal, contribuindo para a assistência ao neonato grave e prevenção do óbito neonatal e infantil, de um Centro de Parto Normal, do Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico,

bem como para o credenciamento de leitos de gestação de alto risco e da Casa da Gestante e Puérpera.

“[...] um dos avanços maiores foi as UTI’s neonatais. A implantação das UTI’s neonatais melhoraram aí no combate a mortalidade infantil, implantaram na Santa Casa e implantaram no Hospital Regional [...].” (P.11)

“Quanto a outras políticas que a gente foi implantando e que fizeram bons resultados e melhoria da assistência materno-infantil no nosso serviço... a gente pode citar de grande valia a Rede Cegonha, que começou a ser implantada no nosso serviço em dois mil e doze, que a gente teve qualificação da atenção materno-infantil né primeiramente, que a gente teve o credenciamento da UTI neonatal e com a qualificação na nova portaria, credenciamento [...] e aí a gente veio com o credenciamento do centro de parto normal, construção e credenciamento através do Rede Cegonha. [...] Nos trouxe também um acolhimento com classificação de risco que já era obrigatório e o credenciamento dos leitos de gestação de alto risco né, e que aí a gente teve realmente também uma qualificação nessa assistência e por último a gente tem os leitos da Casa da Gestante e Puérpera que já tá credenciado e aguardando realmente a qualificação dos leitos para realmente ser utilizados como deveriam e na Casa da Gestante bebê, puérpera tentando diminuir a taxa de ocupação dessas pacientes que estão internadas; desospitalizar né.” (P.13)

Além disso, apontaram que embora tenham ocorrido melhorias, existem desafios concernentes à Rede Cegonha quanto à disponibilização de todos os exames preconizados para serem realizados durante o pré-natal, à superlotação da maternidade de referência, a não vinculação das gestantes à maternidade de parto e à ausência do transporte sanitário.

“[...] o Rede Cegonha ele tem umas pactuações bem bacanas como os exames né são bem pactuados. A questão da pactuação dos exames a gente vê que funciona, mas na logística atual a gente vê que hoje a gente trabalha com cota, então acaba que essas pactuações às vezes são quebradas, às vezes o paciente tem dificuldade de conseguir realizar aquele exame novamente.” (P.5)

“E ainda diria que a Rede Cegonha ela ainda precisa muito pra chegar ao que tá escrito. Ainda precisa o transporte seguro que a gente sabe que tá estabelecido, mas a gente sabe que ainda não é cumprido como deveria ser, a gente precisa melhorar a vinculação [...].” (P.13)

Nesse sentido, um dos participantes mencionou o desafio da exequibilidade da Estratégia Rede Cegonha devido à insuficiência de recursos financeiros, expondo o entendimento de que esta, do ponto de vista teórico-conceitual, apresenta-se como propositiva para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, porém ponto de vista da efetividade da pactuação, apresenta-se inoperante.

“A construção do desenho da Rede Cegonha é muito interessante. Interessante do ponto de vista nacional e interessante também aqui do ponto de vista do Estado. A questão é se trabalhou do ponto de vista da hipótese, mas do ponto de vista da efetividade da pactuação é a grande dificuldade [...]. Então, qual é o grande impacto do Rede Cegonha? Se pactuou. As gestões pactuaram algo que não era exequível, e pactuaram na perspectiva inclusive de recursos financeiros, de aporte financeiro que eu nem sei se seria suficiente, mas que também não chegaram. A Rede Cegonha do ponto de vista de referencial teórico e de desenho de rede é muito bonito.” (P.6)

Entretanto, mesmo diante desse cenário de insuficiência de recursos financeiros, foi relatado por outro participante que o município de Sobral/CE ainda antes da Rede Cegonha, já propunha e desenvolvia ações voltadas para a atenção ao pré-natal, parto e nascimento seguro, e que esta Estratégia veio fortalecer o que já se trabalhava no município no âmbito da atenção materno-infantil.

“E tudo aquilo que o Rede Cegonha trouxe a gente já fazia antes. Então, o Rede Cegonha veio só confirmar o que a gente já fazia. [...] e aí a gente só aprimorou a ideia.” (P.4)

Além do mais, mediante os relatos percebemos que Sobral/CE tem implementado outros programas e projetos destinados à saúde materno-infantil que qualificam e ampliam a funcionalidade da rede de atenção à saúde materno-infantil neste município.

“[...] na prática a gente consegue ver. Nós conseguimos também, ah esse negocinho aqui, esse modelo teórico que alguém disse que era desse jeito a gente consegue ver direitinho as coisas. Ah... governança, tem governança e tá lá no Comitê de Mortalidade. Toda aquela coisa da rede que essas pessoas veem na teoria [...], a gente consegue enxergar na rede de mortalidade infantil. Isso é um avanço eu acho que de todos, esse monitoramento e a construção mesmo ela na teoria e a teoria se aproxima muito da prática a gente conseguir perceber isso acho que é um avanço.” (P.4)

“Então, todo esse escopo que é instituído oficialmente a nível central né da Rede Cegonha é preciso ser considerado. Mas a gente não pode deixar de considerar essas iniciativas municipais que entram nessa Rede e ampliam essa Rede [...].” (P.12)

No contexto da Rede, identificamos que, devido no Estado do Ceará apenas um pequeno número de maternidades serem habilitadas como Rede

Cegonha, a Secretaria Estadual da Saúde propôs o Projeto Nascer no Ceará como finalidade de qualificar todas as maternidades do Estado, incluindo as habilitadas e não habilitadas como Rede Cegonha.

“Programa Nascer no Ceará ele é Rede Cegonha e Rede Materno-Infantil. Porque a Rede Cegonha ela tem uns componentes de algumas maternidades que ele financia e outras não, então as maternidades que a Rede Cegonha não financia ela não avalia, já nós como Rede Materno-Infantil nós vamos avaliar todas as maternidades independente de ter recurso da Rede Cegonha ou não [...]” (P.8)

De acordo com Ceará (2017), o Nascer no Ceará faz parte do Programa Mais Infância Ceará, tendo como objetivo de reestruturar a linha de cuidado materno-infantil mediante a atenção à gestante de alto risco, bem como garantir assistência qualificada a gestantes e recém-nascidos nos municípios cearenses, sendo considerado uma ferramenta importante para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Sousa (2018) acrescenta que a qualificação da assistência na linha de cuidado materno-infantil pelo Nascer no Ceará se dará com a elaboração e implementação de protocolos, qualificação de profissionais e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas cinco macrorregiões do Estado.

Isto posto, verificamos pelos relatos que o Projeto Nascer no Ceará apresenta um design institucional e relacional entre os níveis de atenção à saúde materno-infantil, sendo que para a efetividade deste é necessária uma estrutura institucional e de rede adequada. Conforme o relato dos participantes da pesquisa, durante o processo de implantação deste projeto no município de Sobral/CE, os protocolos foram singularizados ao contexto e realidade do município, tendo em vista que Sobral/CE já adotava como prática formativa as diretrizes propostas para o Nascer no Ceará.

“[...] a gente já tinha essa tecnologia, porque já tinha passado pra gente, já tinha sido trazido e aí o que a gente fez foi só isso pegar o Nascer no Ceará que a gente já sabia como que era e

fez a singularização pra nossa realidade, coloquei ele pra o que a gente faz aqui [...].” (P.4)

“A nossa percepção em relação a Sobral foi isso, o tempo inteiro o nosso movimento em Sobral foi equalizar porque eles tinham já como prática formativa o que a gente tava apresentando. Então, em Sobral foi muito o processo de validação mesmo.” (P6)

Com isso, percebemos que o Projeto Nascer no Ceará apresenta um design institucional, mediante alinhamento entre os protocolos adotados pelos serviços dos três níveis de atenção à saúde materno-infantil no âmbito do SUS.

“[...] o Nascer no Ceará tem um design institucional, ou seja, pensa educação de forma relacional entre os níveis de atenção, mas se não existe uma ambiência que seja capaz de utilizar esse instrumento, esse instrumento ele se perde.” (P.6)

“[...] o Nascer no Ceará foi muito importante porque ele leva em consideração as características epidemiológicas do Ceará e ele faz uma uniformidade que o atendimento à mulher seja igual tanto na capital como no interior, porque os protocolos foram estabelecidos e a gente precisava dessa uniformidade porque a gente acredita que uma paciente que é transferida de um município distante e ela chega no nosso serviço, é uma pré-eclâmpsia grave com a pressão de duzentos por cento e vinte e com sinal de eminência e que ela não fez nenhuma medicação ainda essa paciente tem o risco muito maior e a gente vai receber essa paciente muito mais grave.” (P.13)

Nesta perspectiva, foi mencionado que o projeto adota como referencial teórico o de estrutura, processo e resultado de Donabedian, porém, no quesito estrutura, o Estado ainda apresenta deficiências para garantir assistência segura e

de qualidade à atenção materno-infantil, sendo apontado que a reorganização da rede de atenção à saúde materno-infantil é um dos objetivos desse projeto.

“Então, o que a gente tá tentando construir nessa segunda etapa do Nascer no Ceará é a gente tem que ter o balizamento do referencial teórico que tá construído. A gente tem que compreender qual é, usando algum referencial teórico e que a gente optou por usar o Donabedian de processo, resultado, estrutura. E aí o que ficou muito claro pra gente é que nós não temos estrutura. Nós temos uma capilarização de assistência, mas sem estrutura e sem nenhuma segurança. Segurança no ponto de vista de garantir vida fetal, garantir vida neonatal e garantir vida materna, e a ideia da gente é reconstruir essa rede. [...] Então, qual é a ideia da gente pro Nascer no Ceará: é que as regiões de saúde sejam suficientes em relação ao risco habitual e que cada macrorregião seja suficiente em relação ao alto risco.” (P.6)

Em relação à integração da rede de atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, percebemos a partir das entrevistas que, no município pesquisado, existem estratégias de comunicação entre os serviços da atenção primária e terciária a fim de garantir o acompanhamento das gestantes, parturientes, puérperas e crianças em internamento e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Todavia, ainda há necessidade do fortalecimento do papel de cada ponto da rede, assim como da comunicação e da articulação entre os serviços de saúde para a melhoria da assistência materno-infantil.

“A gente monitora agora, passou a monitorar todos os internamentos e tudo... Tudo não, mas, o fluxo principal das pacientes dentro da rede de atenção, ou seja, toda gestante que vai na maternidade a gente dá essa notícia para a equipe de saúde. [...] Isso permite que a atenção primária realmente faça a coordenação do cuidado, certo.” (P.4)

“[...] a gente vai perceber que em Sobral realmente tem um número diferenciado eu acredito que pela organização da Rede com a atenção primária, com a atenção secundária, com a atenção terciária todo esse processo de vinculação da rede, de comunicação, de organização [...]”. (P.13)

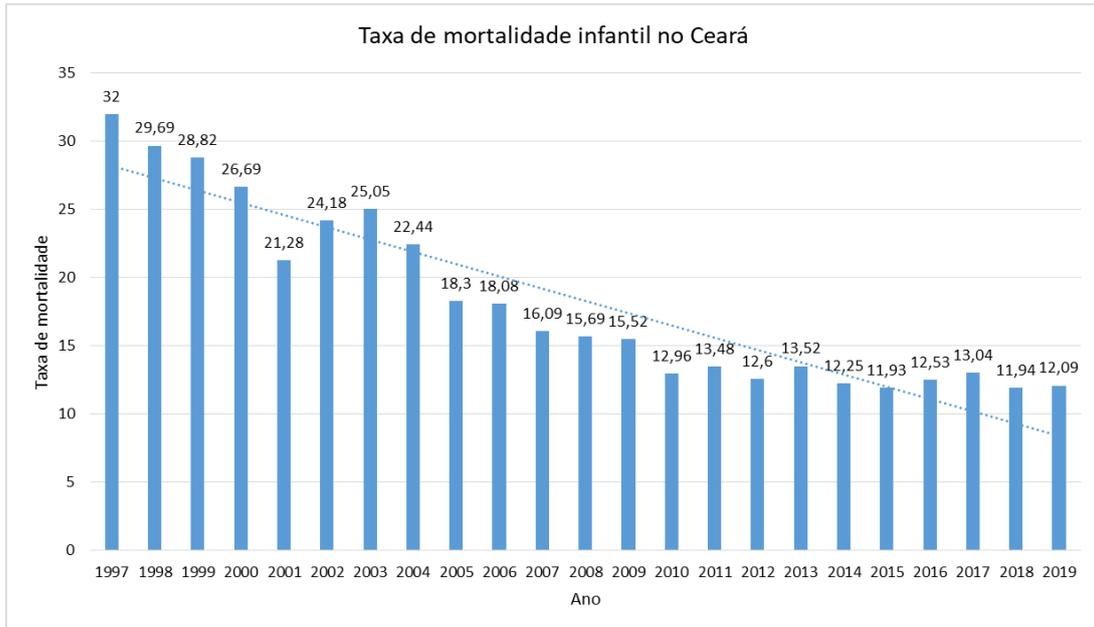
“Com a própria policlínica que é secundária e que vem gestantes reguladas de lá né, existe essa comunicação bem efetiva. Mas com certeza é preciso fortalecer, porque nós somos uma rede, então cada um precisa realmente desenvolver o seu papel pra poder a gente prestar melhor assistência pro paciente e pro usuário.” (P.10)

Na perspectiva das RAS, a Atenção Primária à Saúde assume papel estruturante no sistema, mediante seu atributo como coordenadora do cuidado em saúde (MENDES, 2011). Desta forma, a fim de favorecer a integração entre os serviços de saúde dez princípios universais orientam essa prática, dos quais citamos o foco no paciente e os sistemas de comunicação (DAMACENO *et al*, 2020) que vão ao encontro das estratégias adotadas no município de Sobral/CE.

5.1.2 Práticas de gestão para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE

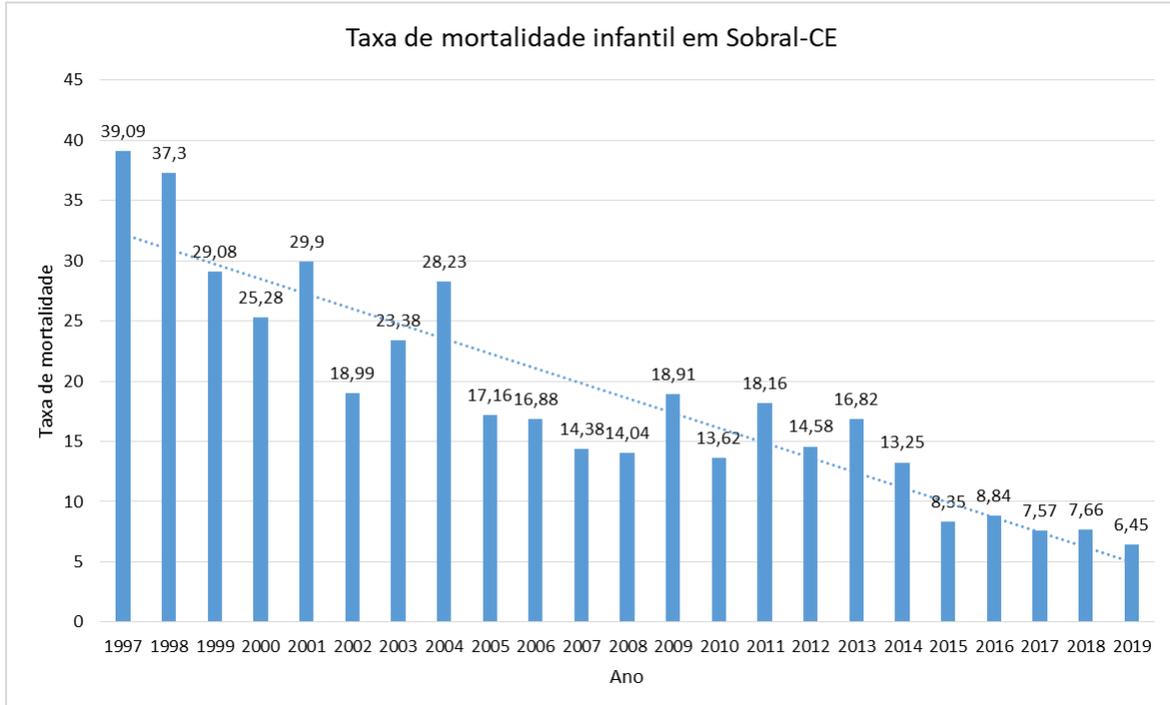
Durante as entrevistas, identificamos a existência de práticas de gestão no município de Sobral/CE que poderíamos entender como imprescindíveis para os resultados alcançados na saúde materno-infantil deste, tais como a baixa taxa de óbito infantil em comparação aos dados nacionais e estaduais (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade infantil no Ceará de 1997 a 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor por pesquisa direta no SIM e SINASC (2020).

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade infantil em Sobral/CE de 1997 a 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor por pesquisa direta no SIM e SINASC (2020).

Informações da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará demonstram que houve um declínio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), no referido estado, em

conformidade com a tendência apresentada pelo Brasil, passando de 32,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1997 para 12,0 em 2019, com uma redução de 62,5% (CEARÁ, 2016; CEARÁ, 2020; BRASIL, 2020).

Semelhantemente, o município de Sobral/CE apresentou tendência nesse declínio, contudo de forma mais acentuada, passando de 39,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 1997 para 6,45 em 2019, com redução de 83,5% (SOBRAL, 2017b; CEARÁ, 2020; BRASIL, 2020).

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (2020), a redução da mortalidade infantil compreende uma das metas descritas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, fixados em 2015 pela Organização das Nações Unidas como um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, sendo evidenciado que de 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil, superando a meta estipulada que era de redução de dois terços (SOBRAL, 2017b).

Todavia, estudo evidenciou que a taxa média de mortalidade infantil entre os estados brasileiros ainda é muito alta, principalmente nas regiões mais pobres como Norte e Nordeste (DE SOUSA *et al*, 2016). Dados estes que revelam que mesmo o município de Sobral/CE, inserido nesse contexto locorregional, dispõe de um cenário e de políticas públicas que contribuem para a redução da mortalidade infantil.

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde de Sobral/CE explicita que este município tem buscado desenvolver programas, projetos e ações, nas diversas políticas setoriais, para uma efetiva redução da mortalidade infantil e materna (SOBRAL, 2017b). Informações essas que puderam ser corroboradas nas entrevistas realizadas, uma vez que a saúde materno-infantil foi definida pelos participantes como uma prioridade da gestão municipal.

“[...] a atenção materno-infantil sempre é uma prioridade no sistema. Aqui no município de Sobral a gente tem assim um orgulho muito grande de dizer né, uma alegria e um orgulho de dizer que, por exemplo, a nossa taxa de mortalidade infantil que é um dos principais indicadores que refletem a qualidade de saúde do município, é uma das melhores da região norte/nordeste do Brasil. Fechamos o ano agora de dois mil e dezenove com uma taxa de seis ponto quatro.” (P.3)

Diante do exposto, foi mencionado que uma das potencialidades do município de Sobral/CE para a efetividade e qualificação da saúde materno-infantil é o investimento nas práticas de saúde voltadas para a integração da assistência e formação, mediante a Lei do Sistema Saúde Escola, a estruturação da Escola de Saúde Pública-Visconde de Saboia e do Núcleo de Evidências Científicas que dão suporte às práticas de qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE e nos territórios de saúde.

“Sobral sempre veio já há bastante tempo né investindo nesse trabalho integral voltado né tanto pra assistência, formação. Então, existe realmente um elo com relação a isso e se tornou Lei. Então, no município tem uma Lei no Sistema de Saúde Escola e isso é muito forte né. Isso é muito forte na rede de saúde. Isso é muito forte para a gestão municipal. [...] Na própria escola nós dispomos também do NEV, que é o Núcleo de Evidências e que isso também é um suporte aos profissionais. Além né, das formações já vamos dizer assim, propostas oficialmente né, que aí a gente vai ter todo um alinhamento né e há um grande alinhamento com relação a gestão municipal né falando agora na atenção primária, atenção especializada e a Escola de Saúde.” (P.3)

“Então, nós temos docentes e aí cada docente apoia dois ou três territórios, ele mantém uma relação ao mesmo tempo de vínculo e de aproximação pra conhecer a especificidade daquele território e dialogar a especificidade daquele território com o que mais macro municipal: o indicador. Como é que tá o indicador de mortalidade infantil em Sobral, certo. A gente tá com um indicador que nós consideramos muito bom, mas que sempre pode melhorar.” (P.12)

Durante os relatos, evidenciamos, neste município, o desenvolvimento de políticas, projetos e ações direcionados à atenção materno-infantil que têm contribuído para a redução da mortalidade infantil e materna (SOBRAL, 2017b):

- 1) Trevo de Quatro Folhas, criado em 2002 como um projeto destinado para a redução da mortalidade infantil, organizado em quatro fases (pré-natal, parto, nascimento e desenvolvimento infantil até 2 anos) em conformidade à Rede Cegonha. A partir de 2007 esse projeto passou a ter força de lei municipal, tendo colaboração importante para a construção da caderneta de pré-natal, além de contar com o apoio do Projeto da Mãe Social para mães e famílias com fragilidades no cuidado com a criança.

“Porque Sobral ele tem uma característica: antes mesmo de ter o lançamento do Rede Cegonha em dois mil e onze, Sobral já funcionava com essa lógica. Desde dois mil e dois que a gente tem aqui o Projeto Trevo de Quatro Folhas. O Projeto Trevo de Quatro Folhas ele foi, a primeira ação. Isso entre dois mil e um e dois mil e dois, foi a montagem de uma caderneta de pré-natal. [...] Assim como o Rede Cegonha tem as quatro fases, o Trevo de Quatro Folhas é quatro folhas porque prevê quatro fases e elas não coincidem, mas são basicamente a mesma coisa que é assistência ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e a criança até dois anos de idade, são as quatro fases do Projeto Quatro Folhas. [...] O Projeto Trevo ele começou como projeto e se transformou em estratégia municipal pra redução da mortalidade infantil e em dois mil e sete tem uma Lei Municipal né assinada pelo prefeito da época né, então ele é uma Lei do município e ele veio desde dois mil e sete com essa estruturação.” (P.4)

“Tem o Trevo de Quatro Folhas que é um projeto já bem antigo e que ele visa dar uma assistência a mãe de baixa renda né que não tem condições de cuidar do filho. Então, é um projeto que ensina a mãe a cuidar do filho né e que faz o treinamento, tem as mães cuidadores que é aquela mãe que vai pra dentro

da casa da pessoa e fica com ela até ela aprender a cuidar do filho e o filho não ter risco de morrer em casa né.” (P.7)

- 2) Projeto Flor do Mandacarú, implantado em 2008, para apoio à saúde sexual e reprodutiva na adolescência e para o acompanhamento da gestação precoce e decorrentes de abuso sexual. Foi relatado que nas atividades de educação em saúde, este projeto atua em parceria com o Programa Saúde na Escola e o Centro Regional de Assistência Social (CRAS).

“Tem a Flor de Mandacaru que é um projeto do adolescente, onde ele trabalha muito a gravidez na adolescência, a conscientização da educação sexual na adolescência e eu acho que isso é importante pra saúde materno-infantil porque procura evitar essa gravidez muito precoce né, a gente tinha adolescentes aqui com onze, treze anos grávidas.” (P.7)

“Foi criado o Projeto Flor do Mandacaru, que é um projeto que trabalha na perspectiva de saúde sexual e reprodutiva pro público adolescente que é a faixa etária de dez a dezenove anos. Então, como é que funciona o Flor do Mandacaru: todo e qualquer adolescente do município de Sobral/CE que tiver algum questionamento, alguma dúvida sobre saúde sexual, sobre planejamento familiar ou então um adolescente que engravidou e quer um pré-natal de forma sigilosa ele pode vir procurar o projeto. [...] Então, a gente faz atividades nas escolas sobre saúde sexual reprodutiva, faz também nas academias de saúde, nas estações da juventude a gente tem parceria com eles também, no CRAS.” (P.5)

- 3) Projeto Coala, criado em 2013 com o objetivo de favorecer a alta precoce e segura para o neonato prematuro baixo peso sem comorbidades, com peso entre 1,700 kg e 1,800kg. Para estes casos, é realizada avaliação das condições de moradia e familiares pela

equipe de Saúde da Família e preparação desse ambiente para recepção da criança. Uma vez realizada a alta hospitalar, a criança passa a ser acompanhada pela equipe multiprofissional, no domicílio, em estado de internamento domiciliar até a alta pelo neonatologista, após as 40 semanas de idade corrigida, dois quilos e vacinação da BCG.

“Tem essa questão do materno-infantil e na especificamente na criança a gente tem o Projeto COALA, certo? Como é que nasceu o Projeto COALA: a gente tava lá em dois mil e treze e em dois mil e três o prefeito na época disse pra gente que queria uma mortalidade infantil no município que fosse abaixo de um dígito. [...] vamos então, pegar essas crianças que nascem prematuras sem nenhuma doença e sem nada só baixo peso e vamos mandar elas pra casa e a gente cuida delas em casa pra elas não pegarem infecção hospitalar e pronto a gente fez isso. Quando a gente faz isso em dois mil e treze, a mortalidade caiu (shiii...). Aí realmente começa o declínio da mortalidade.” (P.4)

“[...] tem o Projeto Coala que é o projeto da desospitalização.” (P.7)

- 4) Projeto Mães Usuárias, que faz o acompanhamento de todas as gestantes usuárias de crack e outras drogas em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

“[...] a gente ainda tem o projeto de mães usuárias né. Que é um projeto que faz o acompanhamento de todas as gestantes que são usuárias de crack e outras drogas. A gente faz esse acompanhamento em parceria com o CAPS AD [...]” (P.5)

Dentre essas ações e projetos desenvolvidos em Sobral, um dos participantes da pesquisa referiu que a prática de maior destaque em Sobral/CE é o Trevo Quatro Folhas, tendo em vista sua articulação com a atenção terciária para o acompanhamento da assistência materno-infantil e a garantia da continuidade da assistência à saúde da puérpera no momento da alta hospitalar para a atenção primária. Sendo percebido, com isso, a inserção de enfermeiros, com vínculos empregatícios com a Secretaria da Saúde Municipal, na maternidade de referência para acompanhamento das gestantes, parturientes, puérperas e neonatos, bem como para favorecer a comunicação e o feedback entre as equipes da atenção primária à saúde e a unidade hospitalar.

“O Trevo ele faz um papel fundamental no serviço terciário. Ele faz o que muitas vezes o serviço terciário não consegue executar sozinho, que é a devolutiva, que é a contrarreferência a tempo oportuno e que a gente sabe que a visita puerperal é muito importante pra detectar problemas maternos e do recém-nascido e que a gente sabe que ela não é realizada em termo oportuno ou pra uma qualidade que deveria ser. Essa comunicação da atenção primária com a atenção terciária com certeza melhora a assistência.” (P.13)

“No nosso modelo de cuidado no materno-infantil a gente também tem esse elo que são as enfermeiras do acolhimento. Então, a gente monitora, tem as planilhas e a gente monitora, dá o feedback pras unidades e a gente tem essa figura lá dentro da maternidade, dentro do berçário que tem esse processo que ele tá também fazendo esse link. Ele facilita o internamento. Ele facilita o internamento assim ele dá esse feedback pra unidade e quando a paciente volta ele também informa pra unidade e ele facilita esse processo.” (P.4)

Sobre esse assunto, Eloia *et al* (2019) trazem que para alcançar seus objetivos, o Trevo de Quatro Folhas desenvolve o trabalho da mãe social, que é uma mulher da comunidade que é selecionada e capacitada para auxiliar famílias nos

casos de maior risco e instruí-las quanto ao cuidado com os filhos, configurando-se também como uma fonte de renda para essas mulheres.

Em pesquisa sobre as vivências de cuidadores de crianças prematuras durante a transição dos cuidados hospitalares para domiciliares, foi perceptível pela fala dos participantes a importância da atuação do Projeto Coala no acompanhamento e ações de educação em saúde desses cuidadores referente aos cuidados com às crianças prematuras, emergindo como uma rede de apoio no cuidado domiciliar à criança prematura e com Crescimento Restrito Intrauterino no município de Sobral/CE (ARCANJO *et al*, 2018).

Outrossim, além dessas ações, percebemos que a existência de um Colegiado Gestor com assento de gestores e coordenadores da saúde, coordenadores da educação na saúde e do Trevo de Quatro Folhas, no qual são discutidos coletivamente os indicadores de saúde materno-infantil e realizados planejamentos em saúde também surgiu como uma prática que contribui para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

“[...] no espaço do colegiado gestor da Secretaria da Saúde esses indicadores também são levados, também são discutidos. [...] e participam todos os coordenadores da Secretaria da Saúde e também essas demandas são trazidas pra gente.” (P.9)

“A gente leva a problemática que a gente identifica e eles trazem solução junto com a gente e a gente monta junto e aí consegue implantar. Eu acho que por isso que a gente tem um bom resultado porque a gente consegue implantar porque a gente constrói junto, a construção é coletiva.” (P.5)

Nesse sentido, foi relatado que, para além desse colegiado, a gestão monitora diariamente os indicadores relacionados à saúde da mulher e da criança, buscando, junto às equipes, estratégias de melhoria para a assistência materno-infantil, o que na perspectiva dos participantes tem repercutido positivamente nos indicadores de saúde. Além disso, foi mencionado que os indicadores de óbitos

maternos e infantis são também analisados e discutidos mensalmente no Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil.

“[...] nós temos o monitoramento, aqui no município, de acompanhamento de gestantes e crianças menores de um ano que a gente acompanha eles dentro de toda rede. Nós sabemos realmente assim vinte e quatro horas do dia né atualizado quantas crianças eu tenho graves hoje no município, onde elas estão, qual é o quadro e diariamente essa informação é atualizada. Quantas gestantes estão chegando em situação de risco e encaminhadas por referência nas maternidades do município e aí a gente vai fazendo toda essa avaliação.” (P.3)

“E que aí depois a gente viu o negócio do monitoramento. Aí o monitoramento ele consegue reduzir um pouco essa prematuridade, mas ainda não tá no ideal.” (P.4)

“A gente tem o comitê de combate à mortalidade materno-infantil no município que ele é efetivo, acontece mensalmente e aí os óbitos são todos discutidos [...]” (P.13)

De acordo com Brasil (2010), monitorar é acompanhar continuamente compromissos, sejam eles objetivos, metas ou ações de uma programação modo a verificar se estão sendo executados conforme planejado. Para Gonçalves e Sampaio (2015), compreende uma estratégia de gestão para acompanhar informações prioritárias as quais poderão trazer projeções de resolutividade. Neste caso, os indicadores são parâmetros utilizados para fornecer subsídios ao planejamento em saúde.

Outro aspecto observado que favorece à qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE é o funcionamento de todos os pontos de atenção da rede materno-infantil, bem como a prática reflexiva mediante elaboração de protocolos, guias assistenciais e qualificação profissional. Sendo citado ainda que a premiação da Unidade de Atenção Primária à Saúde em que não houve óbito

materno e infantil, em ano anterior, se configura como uma estratégia para a qualificação das práticas de atenção à saúde materno-infantil, mediante estímulo dos profissionais para o comprometimento com a assistência de qualidade.

“[...] a gente sabe que a cobertura...em Sobral é muito boa, que a qualidade do pré-natal é muito boa, que o Comitê de Mortalidade Materno-Infantil em Sobral é atuante com a análise desses dados, com encaminhamentos, com respostas, e que o serviço secundário ele realmente funciona através da policlínica, centro de especialidades médicas, pré-natal de alto risco como também fez com o Hospital Regional Norte. E o serviço terciário realmente com os leitos de UTI, UCINco, o GAR, UTI adulto com protocolos bem estabelecidos, o Nascer no Ceará, com a rede Cegonha e todo esse apoio ministerial de todos os programas né, o QualiNel, Banco de Leite, Acolhimento com Classificação de Risco, SAMU.” (P.13)

“Fica muito claro pra mim que Sobral pensa a rede materno-infantil de uma maneira muito amadurecida e isso acaba obviamente se refletindo aos indicadores.” (P.6)

“[...] a gente tem o selo Trevo de Quatro Folhas. Selo Trevo de Quatro Folhas premia as unidades básicas que não ocorreram nenhum óbito materno e nem infantil evitável no ano anterior, então a equipe é premiada. Tem unidades que tem paredes cheias e tem unidades que não tem nada e a gente premia a equipe como um todo. Então, o profissional sabe que ele vai responsabilizado, vai ser monitorado, a equipe sabe disso e a gente olha isso e faz o reconhecimento. Esse é um selo que é entregue pelo prefeito. O prefeito entrega para a equipe.” (P.4)

Não obstante, percebemos que essas práticas se estendem aos demais pontos de atenção da rede, uma vez que também foi relatado que a gestão do Hospital de Ensino, hospital de referência para a gestação e parto de alto risco,

apoia as práticas de formação, de gestão de pessoas, financiamento e articulação entre o ensino e a atenção à saúde para a qualificação da atenção materno-infantil nesse nosocômio e na rede de atenção à saúde municipal e macrorregional.

“A gente tem uma direção que inclusive participa como facilitadores de alguns momentos de treinamento e realmente apoiam os processos da instituição tanto no critério de prioridade né, de definição das prioridades, do que vai ser trabalhado e também até no operacional mesmo em alguns momentos.” (P.10)

“Então, hoje o hospital tanto é que colocou na sua missão, né, prestar assistência e formação com qualidade. Então, sabe que a formação ela se qualifica quando os processos são desenvolvidos com base científica. Então, é o grande legado! E essa...passa isso para todos os outros componentes da rede de assistência seja ela no nível terciário, mas também secundário e primário e vira referência em qualificação [...]” (P.14)

Frente ao exposto, foi mencionada a importância das gestões municipais de Sobral/CE, dos últimos 23 anos, para o avanço e fortalecimento das políticas municipais de atenção à saúde materno-infantil, evidenciando que a sensibilidade de gestores a esta causa são imprescindíveis para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde e intersetoriais, o que acarretará impactos positivos para a saúde materno-infantil.

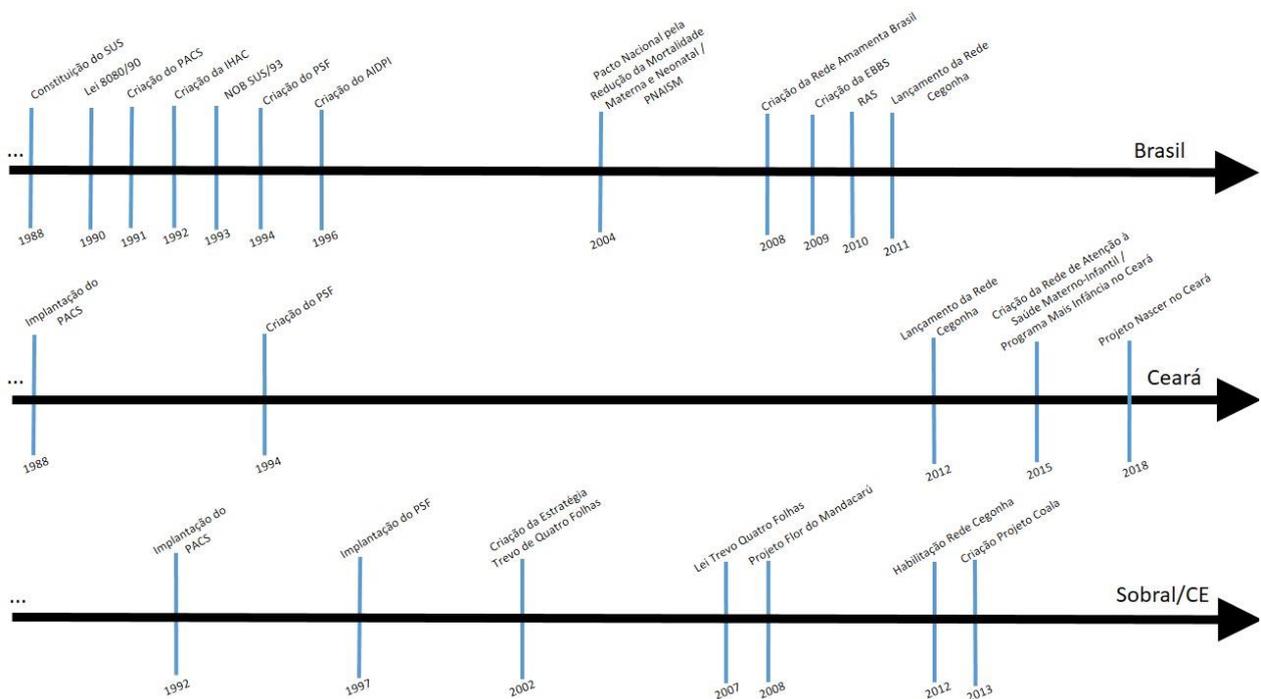
“A gente conseguiu reduzir a mortalidade infantil porque o prefeito lá de dois mil e dezessete fez um treinamento, porque o prefeito de mil novecentos e noventa e sete acreditou na estratégia saúde da família e a gente tem um posto em cada bairro e aí ele tem vacinação, tem a presença do médico né, tem o Programa Mais Médicos que trouxe vinculação e continuidade da estada do médico no município. Foi pela

primeira vez que Sobral teve cem por cento das equipes com médico em dois mil e treze o auge do Programa Mais Médicos.”
(P.4)

De acordo com De Sousa *et al* (2016), a taxa de mortalidade infantil “é um indicador utilizado por organismos internacionais para acompanhar os avanços das condições básicas de saúde dos países em desenvolvimento”, uma vez que possuem peso significativo na expectativa de vida ao nascer, ou seja, elevadas taxas de mortalidade infantil refletem baixos níveis socioeconômicos da população, representados por privação ao acesso de saneamento, água potável, educação, renda, entre outros.

Se levarmos em consideração a linha histórica da saúde materno-infantil no Brasil, no Estado do Ceará e em Sobral/CE após a constitucionalização do SUS, podemos afirmar, ao observarmos a Figura 6 e o Gráfico 2, que o conjunto de ações, políticas e projetos desenvolvidos favoreceram a qualificação da atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente, os desfechos dos indicadores maternos-infantis neste município.

Figura 6 - Principais marcos históricos da saúde materno-infantil no Brasil, Ceará e Sobral/CE a partir da constituição do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor por pesquisa direta (2020).

No entanto, depreendemos ser necessário o desenvolvimento de outras pesquisas que analisem a correlação multicausal destas variáveis e seus respectivos desfechos em saúde para comprovar tal relação, já que esta pesquisa não tratou de fazer essa relação direta e estatística.

5.1.3 Desafios na e para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE

Para Furtado *et al* (2018), a avaliação pode ser considerada como o dispositivo para a renovação de serviços e programas uma vez que, do ponto de vista organizacional, possibilita que serviços e equipes cujo desempenho em relação aos objetivos e resultados de determinado programa se apresente baixo sejam objetos de apoio e estímulo frente ao evidenciado por meio da avaliação.

Assim, ao realizarmos esta pesquisa avaliativa, podemos observar nos relatos dos participantes desafios vivenciados na atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE que podem constituir objetos de pesquisa e de planejamento e gestão em saúde.

Destarte, durante a análise das falas dos participantes verificamos fragilidades referentes ao financiamento para a saúde, à gestão da rede e da assistência à saúde, à gestão do trabalho em saúde e aos determinantes sociais. O relato à seguir evidencia que o financiamento do SUS é insuficiente para garantir assistência à saúde de acordo com os princípios doutrinários deste.

“E a questão do financiamento, porque sem recurso você não faz nada, nem a prevenção e nem a assistência.” (P.11)

Nesse sentido, Mendes (2017, p.5) afirma que “nestes tempos de supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal” mediante várias ações, prejudicando assim o financiamento do SUS. Dentre essas ações citamos: as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs), de gestão privada, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal; a instituição da EC 86/2015 que reduz o financiamento do SUS; e a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos (MENDES, 2017).

Em relação à gestão e governabilidade das redes, Evangelista *et al* (2019) corroboram que proposta das Redes de Atenção à Saúde, as quais emergiram nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 90 e mais recentemente no Brasil, em 2011, como estratégia de superação da fragmentação da atenção à saúde por meio de sistemas integrados de serviços. Esses autores reiteraram que embora essas redes apresentem uma forte base teórica, não têm se mostrado efetivas na prática, evidenciando, dessa forma, dificuldades para sua constituição.

Nesse sentido, a presente pesquisa ratifica com o exposto uma vez que identificamos dificuldades para a operacionalidade da Rede Cegonha quanto à governança da rede de atenção à saúde materno-infantil. Essa problemática foi apontada por um dos participantes como uma fragilidade a ser superada, no município pesquisado, pelo fato de não haver reconhecimento por parte de todos os gestores dos serviços de saúde sobre a importância do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil como esse espaço de governança desta.

“O que falta? A governança da rede. O Comitê de Mortalidade ele é o espaço de governança, mas ainda falta os próprios pontos da Rede reconhecer mais isso.” (P.4)

Foi mencionada também a ausência de diálogos para a pactuação da programação da oferta com a atenção primária quanto à disponibilização de exames de diagnóstico para a saúde materno-infantil, sendo relatado que o quantitativo ofertado e pactuado tem sido inferior à demanda apresentada.

“E tem a ver com essa questão também da logística, porque os gestores precisam entender a lógica do sistema dentro da oferta. E como a gente já trabalha muito isso a questão da atenção primária como coordenadora do cuidado, como coordenadora da rede e isso é um impacto muito grande. Então, quando a gente organiza as coisas como veio aí a PGAS né a questão de programação de ofertas e discute isso com setores especializados a gente nunca vai resolver os problemas, porque a lógica é exatamente o contrário. Eu tenho

que dialogar com a primária pra eu programar. [...] Quem tem que dizer a eles somos nós [...].” (P.3)

Além disso, foi relatado que a quantidade de leitos obstétricos, de alojamento conjunto e neonatais são insuficientes para atender a população da região de Sobral/CE, estimada em 1.720.000 habitantes. Foi mencionado que esse fato, associado à existência de duas maternidades credenciadas ao SUS, sob gestões diferentes, sendo que uma opera a portas abertas e a outra não utiliza sua capacidade total instalada, ensejando um cenário de superlotação do serviço de emergência obstétrica deste município.

“[...] (porque assim, é uma rede que acaba que a gente tem em torno de setenta leitos mais ou menos pra um milhão e setecentas mil pessoas), faz milagre né e é quase impossível.” (P.4)

“[...] a gente particularmente discute muito aqui se a gente tem a possibilidade diante da nossa rede estadual manter maternidade de porta fechada quando a gente tem uma dificuldade muito grande de manter uma assistência adequada e de qualidade para as mulheres que precisam no momento que elas precisam no próprio município de Sobral. Qual é a realidade de Sobral? A gente tem a Santa Casa superlotada e a gente tem o Regional que não utiliza toda a capacidade instalada, então essa é a adequação que precisa ser feita lá.” (P.6)

“O processo de qualificação ele não tem que acontecer não só nas maternidades terciárias né, não só no município de Sobral, porque a gente tem todos aqueles municípios que circundam a região de Sobral, eles vão de uma forma ou de outra interferir na qualificação da assistência lá de Sobral. Porque se uma Santa Casa daquela ela tem superlotação por causa de outros

municípios já vai ficar prejudicada a qualidade daquela assistência pela superlotação [...]” (P.8)

“Então, acredito que esse é um grande desafio, a vinculação e o aumento da quantidade de leitos para partos de baixo risco, porque hoje a gente tem dois serviços de alto risco apenas e nós não temos leitos destinados no município para parto de baixo risco e que acaba sobrecarregando a unidade de alto risco. [...] Pra mim o principal desafio hoje é reduzir essa taxa de ocupação do alto risco que acaba reduzindo a qualidade da assistência né, onde a gente tem que até abrir leitos obstétricos que a gente sabe que ainda estão fechados [...]” (P.13)

Neste mesmo aspecto, verificamos ausência de padronização dos protocolos de assistência à saúde materno-infantil entre as unidades hospitalares do município de Sobral/CE, bem como dificuldade de comunicação na regulação de gestantes em trabalho de parto entre as maternidades de alto risco desta cidade.

“[...] e muitas vezes como desafio seria essa falta de alinhamento que os processos educacionais poderiam tá fazendo como um todo [...].

Então assim, às vezes a gente tem essa dificuldade de receber as pacientes em trabalho de parto. A gente já tentou e hoje tem tentado unir com a Santa Casa uma forma de regulação mais rápida e que às vezes demora tanto esse delay na comunicação entre as regulações, que a paciente de trabalho de parto não chega [...]” (P.2)

Pereira, Pena e Fernandes (2017) ao relatarem sobre as condições de trabalho de profissionais de enfermagem em maternidades afirmam que na atenção materno-infantil existem problemas no acesso aos serviços de saúde com peregrinação de mulheres gestantes na rede de atenção em busca de vagas para realização de exames e no momento do parto, além da superlotação das maternidades, o que compromete a qualidade da assistência ofertada.

Sobre esse aspecto, a necessidade de melhoria da assistência da atenção primária no pré-natal, desde o acompanhamento da gestante até a realização de exames e disponibilização de medicamentos, bem como a vinculação da gestante ainda no pré-natal à maternidade foi outro desafio apontado.

“[...] a atenção primária precisa melhorar muito na atenção à gestante em todos os sentidos, no acompanhamento, do monitoramento das suas gestantes, da aplicação de todos os exames necessários pro pré-natal sabe, das medicações necessárias pra ela e tudo.” (P.7)

“Agora a questão mesmo do vínculo da gestante né dessa questão da vinculação do parto né é o desafio [...].” (P.3)

“Nós não conseguimos ainda vincular porque a gente tem um número de leitos muito pequeno pra população. A gente precisa implantar UTI neo e UTI adulta nos outros municípios pra desafogar Sobral.” (P.7)

Estudo desenvolvido por Sampaio *et al* (2015), com mulheres que haviam realizado visita às maternidades em que estavam vinculadas para o parto, ratificou que a ausência de informação e conhecimento da mulher da maternidade pode causar insegurança, estresse e proporcionar experiência gestacional negativa. De acordo com Domingues *et al* (2015), toda gestante acompanhada pelo SUS tem o direito ao conhecimento prévio de qual maternidade ela será encaminhada no momento do parto ou em situações de emergência, cabendo à maternidade prestar assistência adequada conforme sua especificidade.

No âmbito da atenção integral à criança até os 24 meses de vida, o processo de desospitalização de crianças com necessidades especiais foi apontado como um fator desafiador para o sistema de saúde de Sobral/CE devido à demanda apresentada ser superior à capacidade de atendimento do sistema municipal realizado pela equipe do Programa Melhor em Casa.

“A questão da desospitalização de pacientes com necessidades especiais a gente vê uma grande dificuldade. Sobral ele já tem um grande suporte O Melhor em Casa, mas que a gente vê que é um serviço que ainda não comporta [...].”
(P.2)

De acordo com Sobral (2017), o Programa Melhor em Casa constitui um serviço de atenção domiciliar prestado por uma equipe multiprofissional a fim reduzir internações hospitalares desnecessárias, reduzindo o risco de infecções. Os dados estatísticos do município mostram que este município atende em média 70 pacientes em seus domicílios nos diferentes bairros de Sobral/CE.

Outro desafio observado foi na área da gestão do trabalho em saúde, em que foi mencionado pelos participantes que os vínculos profissionais e as propostas salariais para a assistência foram apontados como não atrativos, repercutindo na rotatividade dos profissionais e na busca destes por outros espaços de trabalho.

“E o outro desafio que eu também acho que é bem complicado é a questão da rotatividade dos profissionais. Às vezes o profissional ele tá ali bem preparado, bem capacitado, mais aí ele sai aí entra outro. Aí a gente começa da estaca zero e até ele pegar aquele ritmo né, porque assim, eu já trabalhei em outros municípios também, então assim, a gente vê que Sobral ele tem um cuidado maior com a assistência materno-infantil né, a gente vê que os profissionais tem um zelo, mas quando a gente vê essa rotatividade a gente vê isso quebrando algumas vezes e algumas coisas que são pactuadas não acontecem.”
(P.5)

“[...] o que eu percebo, nós temos uma certa rotatividade de profissionais no sistema e isso faz com que a gente não tenha como assegurar, e essa é a realidade não só de Sobral a rotatividade. Isso faz com que a gente não consiga de fato assegurar que o sistema sempre tem aquele profissional qualificado.” (P.9)

Nesse sentido, foi relatado que o número insuficiente de profissionais médicos e enfermeiros com formação em obstetrícia, pediatria e neonatologia, assim como a formação centrada para a especialidade e não para a atenção em saúde pública e a cultura profissional foram apontados como desafios enfrentados por este município, demonstrando a necessidade de investimento em desenvolvimento de pessoal nessa área.

“[...] uma imensa dificuldade de estrutura que a gente percebeu no estado do Ceará é recurso humano, então a gente tem que otimizar esses recursos humanos.” (P.6)

“[...] nós temos um grande gargalo que é déficit de profissionais não só de obstetra mas, sobretudo, pediatra. Então, nós temos que pensar também na qualificação do pediatra, da enfermeira obstetra e agora nós estamos propondo também a enfermeira pediatra ou neonatal. Porque se nós sabemos que se a gente investir na enfermagem, nós vamos conseguir diminuir muito essas lacunas de profissionais.” (P.8)

França e Magnago (2019, p.5) referem que capacitar trabalhadores da rede SUS alinhado às necessidades de saúde da população é um desafio que exige “canalizar esforços para construções e reconstruções dos processos educativos no campo da educação na saúde, compreendendo-os como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional”.

Para a Organização Mundial da Saúde (2010), os profissionais de saúde são sustentáculos do sistema de saúde, uma vez que para obter a cobertura universal em saúde, os serviços dependem do tamanho, da capacidade e da disponibilidade de pessoal para a população; sendo considerados fundamentais para a disponibilidade de serviços e para a qualidade dos cuidados em saúde.

Além desses desafios, o comportamento da população diante dos cuidados com a saúde e à prevenção de doença foi mencionada como um desafio para a atenção à saúde materno-infantil tendo em vista a não adesão à vacinação e

a ausência de hábitos de vida saudáveis, o que impacta diretamente na saúde da mulher e da criança.

“[...] cada vez vai ficando a coisa mais complexa no sentido de que às vezes a gente sempre tem caindo muito na questão de comportamento, de cultura que é uma coisa mais complexa de ser trabalhada do que uma coisa clínica né.” (P.3)

“Outra resistência é a questão dos hábitos de higiene, os hábitos alimentares, atividade física. Tudo isso, não fazendo, é que provoca as doenças na materno-infantil e em outras faixas etárias e em outros ciclos de vida.” (P.10)

Outrossim, a gravidez na adolescência emergiu como um problema a ser enfrentado pelo município de Sobral/CE e como um desafio para este sob três vertentes, a saber: a da violência sexual à criança, a da questão social no que concerne à ausência de estruturação familiar e a da atenção à saúde, já que a das adolescentes apresentam gravidez não planejada e conseqüentemente não aderem ao pré-natal e ao tratamento da sífilis, quando necessário.

“[...] a questão hoje né dos extremos das idades. A gente recebe tanto gestantes de doze, treze anos e que a gente sabe que não é notificado como uma violência ainda né, é tratado mais só com a parte clínica. Essa adolescente, essa criança vai só pro pré-natal, mas ainda não há registro de uma notificação de violência junto ao CREA. Então, muitas crianças a gente recebe ainda com doze, treze anos, aqui, gestantes, e a gente devolve né essas crianças cuidando de outras crianças e nós não sabemos muitas vezes como vai ser esse desfecho porque às vezes é uma família desestruturada.” (P.2)

“[...]Quando a gente conversa com as mulheres tem muito a questão da gravidez não planejada e isso aí também a gente vê muito nos adolescentes. [...] aceitam, mas a gente vê que a

gente tem dificuldade de adesão ao pré-natal. Quando a gente tem dificuldade de adesão ao pré-natal, de adesão a tratamentos de sífilis né muitas vezes a gente vê que é porque não é uma coisa que foi realmente planejada.” (P.5)

Estudo realizado evidenciou que no Brasil, maiores índices de gravidez na adolescência acontecem na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que a maioria delas aconteceram entre meninas que vivem em situação de vulnerabilidade social e não foram planejadas (NASCIMENTO *et al*, 2020).

Frente ao exposto, corroboramos com Furtado *et al* (2018) sobre o compromisso da avaliação como subsídio para tomada de decisão acerca de políticas sociais e planejamento orientado às demandas e necessidades de saúde, ao elucidarmos, mediante esta pesquisa avaliativa, as dificuldades apresentadas pelo sistema de saúde de Sobral no cotidiano da atenção à saúde materno-infantil como estratégia de sinalização dos pontos emergentes para o planejamento em saúde.

5.2 Processos formativos na e para a Atenção à Saúde Materno-Infantil em Sobral, Ceará, no período de 2014 a 2018

Esta categoria analítica tem como propósito discorrer sobre as estratégias potencializadoras das práticas formativas em Sobral/CE que funcionam como dispositivos e ativos para a qualificação da atenção materno infantil; descrever os processos educativos desenvolvidos na e para a atenção à saúde materno-infantil neste município, no período de 2014 a 2018, organizando-os a partir dos quatro componentes da Rede Cegonha (pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à criança e sistema logístico); apresentar como são identificadas as necessidades formativas e definidas as prioridades e temáticas de qualificação dos profissionais médicos e enfermeiros para atuação na saúde materno-infantil, bem como as estratégias metodológicas adotadas nos processos formativos.

Neste, discutiremos também sobre as estratégias de avaliação da efetividade dos processos formativos na práxis e a contribuição destes para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE. Para tanto, os resultados referentes a essas questões foram agrupados em seis categorias de análise que serão apresentadas e discutidas a seguir.

5.2.1 Estratégias potencializadoras das práticas formativas em Sobral/CE

Durante a avaliação dos processos formativos desenvolvidos no município de Sobral/CE para a atenção materno-infantil podemos identificar a existência de fatores facilitadores para um sistema aprendente no referido município, o que influenciou o desenvolvimento das ações formativas para a saúde materno-infantil.

Verificamos que o município de Sobral/CE dispõe de uma lei que o institui como Sistema Municipal Saúde Escola e que o profissional de saúde ao se inserir neste sistema já está ciente de seu papel como formador e aprendente, favorecendo ao ambiente de ensino e aprendizagem em todos os espaços de saúde sob gestão municipal.

“[...] todos os profissionais que entram, que ingressam independente do vínculo né que eles tenham, eles já são

automaticamente preceptores de saúde né. Então assim, eles já assumem esse compromisso sanitário né realmente de responsabilidade sanitária de também estar apoiando e ajudando na formação profissional. E para isso né há necessidade também de que esses profissionais estejam mantendo-se atualizados permanentemente.” (P.3)

“Esse negócio que Sobral tem essa lei do sistema de saúde escola também destaca a questão mesmo de quando a gente contrata, quando eu contrato médico e eu digo pra ele oh aqui todo mundo é estudante e todo mundo é preceptor, então sempre tem esse ambiente de ensino e aprendizagem e isso é uma coisa que o profissional que entra aqui ele já sabe que isso vai acontecer.” (P.4)

“Quando o profissional ele adentra no sistema ele tem ciência de que ele adentra no Sistema Saúde Escola. Portanto ali ele está pra ajudar, contribuir no processo formativo, na aprendizagem e também pra aprender. Então é um sistema aprendente e isso faz com que as trocas elas sejam mais potencializadas no dia-a-dia.” (P.9)

De acordo com o Art.1º, parágrafo único da Lei nº 1687/2017 o Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral/CE é uma “estratégia que promove a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde”. Neste, toda a rede de serviços de saúde também se constitui espaço de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional (SOBRAL, 2017b).

Tendo a Política Nacional de Educação Permanente como orientação, o Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral/CE se fundamenta nos princípios da descentralização da gestão, da integralidade da atenção à saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores, sendo que estes ao serem lotados “são responsáveis pelo acompanhamento dos programas e processos de formação técnica, de graduação, de pós-graduação e de educação permanente em saúde” (SOBRAL, 2017b).

Nesta perspectiva, identificamos que Sobral/CE dispõe de uma Política Municipal de Educação Permanente com particularidades quando comparada à Política Nacional de Educação Permanente, uma vez que as atividades educativas teórico-conceituais, realizadas com recursos federais, foram ofertadas atendendo às necessidades vivenciadas pelas equipes nos serviços de saúde, ao invés de serem definidas e impostas verticalmente.

“[...] política de educação permanente... [...] é como uma âncora e que aí ela subsidia todo o desenvolvimento dos trabalhadores e conseqüentemente qualificação dos processos de trabalho independe da área. [...] no município, que você vê que é um pouco distinto do nacional né. Os referenciais são os mesmos, a aprendizagem significava, o referencial teórico o Conselho de Educação Permanente que nos orienta é o mesmo, a indução de metodologias mais participativas, ensino e aprendizagem são os mesmos, focado obviamente como a gente tá falando de educação de adulto, na perspectiva da pedagogia. Mas as estratégias são diferentes. Porque mesmo no momento que a gente tinha um financiamento dirigido a impulsionar a Política Nacional de Educação Permanente, as ações da política elas ainda eram muito no campo da atualização teórico-conceitual, mesmo que nessas a gente sempre teve o cuidado de ela estar em consonância com as demandas e nunca foi oferta de cardápio, foi necessidade sentida.” (P.12)

A Política Nacional de Educação Permanente, como estratégia de formação e de desenvolvimento de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída em 2004 pela Portaria GM/MS nº198/2004 e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1996 de 2007, na qual foi definida que sua condução se daria de forma regional com participação interinstitucional por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2004; 2007; 2018).

Podemos constatar também que no período de 2014 a 2016, a Política Municipal de Educação Permanente de Sobral/CE esteve baseada em três estratégias educacionais, as quais foram essenciais para a qualificação dos profissionais para a atenção materno-infantil: 1) momentos formativos por temática e por categoria profissional, 2) apoio institucional e pedagógico orientado à realidade e necessidades do território, e 3) as rodas de gestão (docentes, gerentes, gestão da saúde, por territórios de saúde da família). A partir do ano de 2017, com a gestão municipal do Prefeito Ivo Ferreira Gomes e sob gestão da saúde de Gerardo Cristino Filho, iniciou-se a implantação do modelo de gestão Lean nos serviços de saúde de Sobral/CE, momento no qual as rodas de gestão passaram a acontecer com periodicidade mensal, cedendo espaço ao Gerenciamento Diário do Lean que emergiu como uma estratégia de educação permanente ao lado das demais ações já adotadas por esta urbe.

“[...] nós temos organizado em três estratégias maiores o plano de educação permanente.....dos trabalhadores. A nossa marca central é o apoio institucional. Então, nós temos docentes e aí cada docente apoia dois ou três territórios, ele mantém uma relação ao mesmo tempo de vínculo e de aproximação pra conhecer a especificidade daquele território e dialogar a especificidade daquele território com o que mais macro municipal: o indicador. Como é que tá o indicador mortalidade infantil em Sobral, certo. [...] isso é uma estratégia de educação permanente no município que é denominada apoio institucional e pedagógico. E aí nós vamos ter uma outra estratégia que este período de coleta de dados seu pegou duas faces, que são a estratégia de gestão que apoia a gestão e que são as Rodas né. Então, que tem tanto no âmbito a Roda dos docentes, a Roda dos gerentes.....tanto na atenção básica, os gerentes da atenção especializada, o geral da Secretaria da Saúde e o in loco que éde cada território. Os dois primeiros anos da sua coleta a gente tinha essas três estratégias. Os dois últimos anos continua o apoio institucional e pedagógico, continua as vivências teórico-conceituais e há uma

remodelagem nessa estratégia de gestão tá. Passa-se agora a ter uma periodicidade menor a Roda tal como foi instituída. O método da Roda né proposto ela passa a ser uma vez por mês, mas se você tem o GD dentro da perspectiva do referencial Lean, que foi o referencial que é uma filosofia de gestão que foi instituída e que aí ela tem alguns dispositivos de operacionalização. [...] Aí você vê que houve uma mescla. Mas assim, o princípio continua também sendo o momento de educação permanente, se a gente entende que é uma educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.” (P. 12)

Campos, Sena e Silva (2017) evidenciaram estudos sobre educação permanente a partir de várias abordagens, verificando a existência de um dilema na utilização dos termos que influencia a organização e a operacionalização dos processos educativos nos serviços de saúde. Todavia, alertaram que a educação permanente “deve ser entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento para lidar com o mundo” (CAMPOS, SENA e SILVA, 2017, p.7).

Concernente ao financiamento da Política Nacional de Educação Permanente, Brasil (2018) apontou que, desde 2011, todos os estados federativos apresentaram dificuldades e problemas na gestão cotidiana devido à descontinuidade dos repasses do Ministério da Saúde. Semelhante a este cenário, no município de Sobral/CE, a Política Municipal de Educação Permanente é financiada com recursos de receitas municipais, o que demonstra o reconhecimento da educação permanente, pela gestão municipal, como uma estratégia de desenvolvimento dos profissionais para a qualificação da atenção e gestão das práticas em saúde, embora compreenda-se também pelos atores envolvidos como um desafio vivenciado por este município no que tange à manutenção e ampliação das práticas de ensino na saúde.

[...]esse é o grande desafio, porque o financiamento é todo local, municipal com recursos próprios né. A gente não tem financiamento estadual ou federal pra isso, já tivemos

anteriormente né e hoje nós não temos, então já há mais de cinco anos é feito exclusivamente para o município. Nós sabemos todo o contexto econômico que o estado brasileiro vive e isso conseqüentemente se desdobra em estados e municípios. Então assim, é uma decisão de gestão, uma aposta muito grande de entender que tá investindo na educação em saúde é estar também investindo na melhoria da atenção e da gestão, e que isso vai repercutir nos indicadores, na satisfação do usuário, na melhoria da qualidade de vida que é fim maior pra todos nós.” (P.12)

A Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS) também pode ser citada como uma estratégia potencializadora das práticas formadoras neste município, uma vez que atua como um dispositivo de apoio pedagógico para o Sistema Saúde Escola no que diz respeito à formação dos trabalhadores, à integração ensino-serviço-comunidade e ao desenvolvimento de pesquisas na saúde.

“[...] o município tem a grande vantagem de ter uma Escola de Saúde Pública vinculada né, que é uma grande vantagem nossa realmente de ter esse apoio, esse suporte pedagógico, de termos docentes né. A gente tem docentes que atuam na nossa rede, então fazem esse vínculo com os nossos profissionais essa educação permanente in loco no território, e a gente tem também o apoio da rede em si.” (P.3)

Criada em 2001, de acordo com Sobral/CE (2016, p. 6), a ESP-VS, inicialmente denominada Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, tem como missão promover ações educativas “interprofissionais, dialógicas, participativas, social e culturalmente” contextualizadas a fim de qualificar a gestão, o ensino, a atenção e a participação social no SUS, fortalecendo o Sistema Saúde Escola de Sobral/CE. Responsável “pelo planejamento, organização, desenvolvimento e disseminação de ações educativas para os profissionais que integram a RAS”, conforme a Resolução 001/2008 (SOBRAL, 2008), a ESP-VS tem

como preceitos a Educação Permanente, a Educação Popular em Saúde, a Educação por Competência e a Promoção da Saúde (SOBRAL, 2017b).

Além desses dispositivos, este município conta também com um Hospital de Ensino, de cunho filantrópico, com abrangência regional, o qual traz a formação intrínseca aos seus processos assistenciais, evidenciada, nesta pesquisa, mediante à inserção de estudantes de graduação e pós-graduação nos serviços materno-infantis, ao desenvolvimento de atividades formativas para os profissionais inseridos nos serviços e à rede de atenção materno-infantil de Sobral/CE, além da disponibilização dos programas de residências médica e multiprofissional em neonatologia e médica em ginecologia e obstetrícia.

“[...] nós somos um hospital terciário de referência, mas há minimamente duas características que qualificam as atividades aqui desenvolvidas, né. Primeiro, ser um hospital de ensino. Então, a assistência ela não está, não é de modo algum desenvolvida sem que o processo de formação esteja intrinsecamente inserido nela [...].” (P.14)

Conforme Lira e Nogueira (2016) os Hospitais de Ensino são unidades hospitalares de destaque e relevância no âmbito do SUS uma vez que ofertam assistência à saúde de alta complexidade, além de serem campo de formação para profissionais da saúde e de desenvolvimento de tecnologias e pesquisa para o setor. Normatizados pela Portaria Interministerial nº 1.000/2004, essas unidades hospitalares podem ser especializadas ou de caráter geral, pública ou privada, servindo como campo de prática para os cursos da área da saúde de instituições de ensino superior próprias ou conveniadas (BRASIL, 2004).

Em virtude disso, essa unidade hospitalar dispõe de um departamento específico para o gerenciamento dos processos formativos na saúde desenvolvidos neste e por este, bem como de um instituto que tem por objetivo gerenciar e captar recursos para o planejamento e desenvolvimento das ações formativas no âmbito do hospital.

“Então, a Santa Casa criou o Departamento de Ensino... Ensino, Pesquisa e Extensão e também criou um instituto:

Instituto para o desenvolvimento de pesquisa, ensino e extensão na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Então, esse instituto ele capta esses recursos e anualmente esses recursos são objeto de um planejamento de ações que envolvem as formações específicas, aquisição de insumos como computadores, lousa, datashow, mobiliário pras salas de ensino. [...] ao longo dos anos, o Departamento de Ensino, a quem compete dirigir, organizar, estruturar, desenvolver e avaliar os processos formativos no hospital, seja ele relacionado à formação de nível de graduação, pós-graduação dos estudantes das instituições parceiras e que sejam também os processos formativos direcionados aos profissionais da casa [...].” (P.14)

Neste contexto, podemos observar que a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE teve a institucionalização de seus processos de educação permanente no ano de 2015 em consonância com o regimento do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (NOGUEIRA *et al*, 2018; MOREIRA, 2018), embora esta prática formativa estivesse sendo realizada desde o ano 2007, momento em que o nosocômio recebeu a certificação como Hospital de Ensino (MOREIRA, 2018).

De acordo com a análise documental, o referido regulamento organizou as práticas de formação, considerando o contexto regional, local e hospitalar; definiu as diretrizes de desenvolvimento de pessoal as quais devem ser orientadas às necessidades dos serviços, aos protocolos, normas e rotinas destes, mediante planejamento participativo, adoção de metodologias alinhadas aos objetivos formativos, ao perfil do serviço e da equipe; estabeleceu os critérios de avaliação por meio de indicadores relacionados aos processos de trabalho e à assistência à saúde.

Neste sentido, foi exposto que para o desenvolvimento, manutenção e gerenciamento dessas ações o hospital dispõe de um recurso financeiro oriundo de incentivos federais decorrentes da certificação como hospital de ensino, do qual há um aporte destinado especificamente para o fortalecimento e consolidação das práticas de ensino no âmbito hospitalar.

“Nós somos hospital de ensino certificados pelo MEC e pelo Ministério da Saúde desde outubro de dois mil e sete, e como tal nós recebemos mensalmente um incentivo por esta certificação. Então, desde que a certificação foi obtida houve uma pactuação com a administração do hospital na época, e isso vem se repetindo na medida que as administrações vão mudando a titularidade da administração, de destinar um valor considerável dos recursos captados como incentivo ao hospital de ensino para os processos formativos dentro do hospital.”
(P.14)

A crise de financiamento e de gestão vivenciada pelos hospitais no Brasil desde a década de 1990, principalmente, pelos Hospitais Universitário e de Ensino, que repercutiu no desempenho na assistência, no ensino e na pesquisa (SILVA e CAXIAS, 2016), favoreceu ao desenvolvimento de iniciativas baseadas em aporte financeiro, material e recursos humanos e de indução de melhorias gerenciais para as unidades hospitalares, por parte do Governo Federal, (LOBO *et al*, 2016), das quais citamos o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

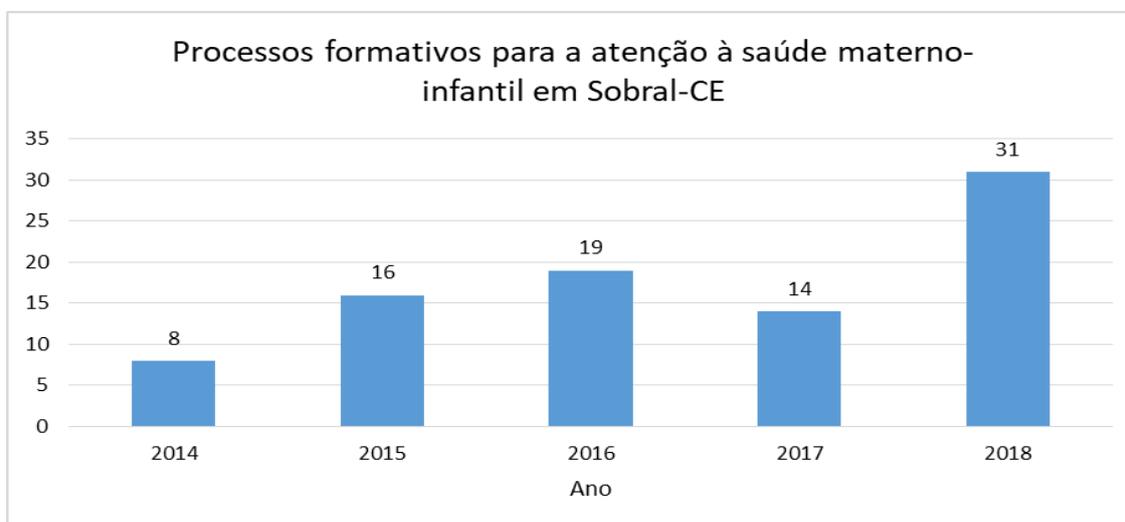
Pelo exposto, podemos inferir que o município de Sobral/CE dispõe de um ambiente favorável ao desenvolvimento de práticas formativas, críticas e reflexivas do processo de trabalho na saúde materno-infantil, visando a qualidade, humanização e segurança da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e da criança até os dois anos de idade.

5.2.2 Descrevendo os processos formativos desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE durante os anos 2014 a 2018

Ao analisarmos os registros dos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil desenvolvidos para profissionais médicos e enfermeiros inseridos na Rede Cegonha de Sobral/CE, constatamos um total de 88 (oitenta e oito) ações formativas realizadas no período de 2014 a 2018, com maior concentração no ano 2018 (Gráfico 3), fato este que pode ser reflexo da mudança

de gestão municipal e consequente implantação de um novo modelo de gestão na saúde no ano de 2017.

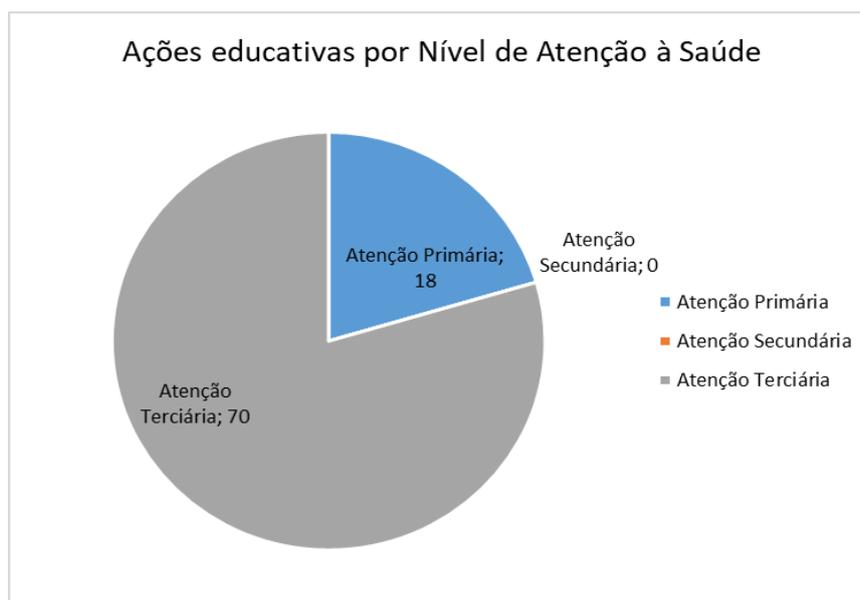
Gráfico 3 - Quantitativo dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Quando avaliamos o desenvolvimento desses processos formativos por nível de atenção à saúde, verificamos que a maioria dos processos formativos ocorreram na atenção terciária e que não haviam registros de processos formativos realizados especificamente para profissionais dos serviços da atenção secundária (Gráfico 4). Informações estas que sinalizam a necessidade de se investir em ações de qualificação dos profissionais inseridos em toda a rede de atenção materno-infantil de Sobral/CE a fim de favorecer ao fortalecimento da linha de cuidados materno-infantil no município e garantir a segurança e a qualidade da assistência à mulher e à criança em todos os níveis de atenção à saúde.

Gráfico 4 - Quantidade de processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE x nível de atenção à saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

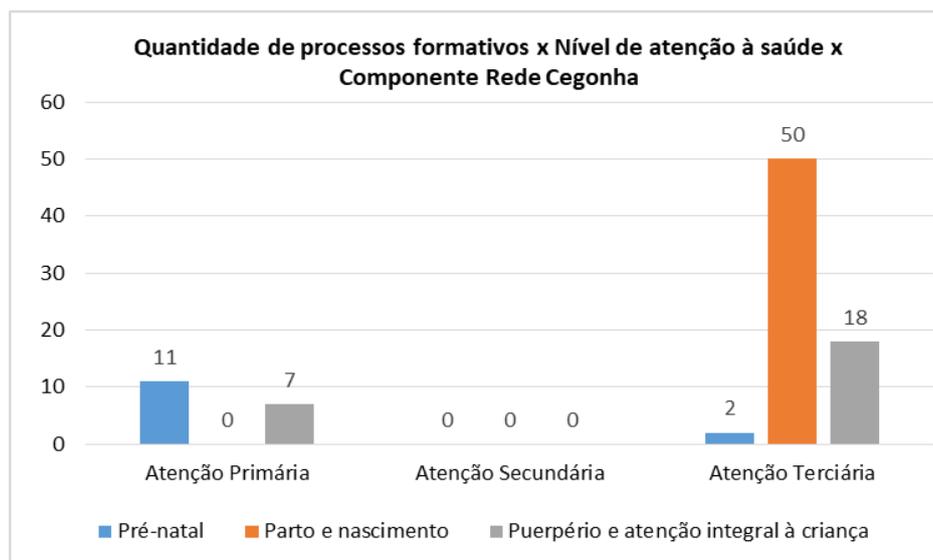


Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Levando em consideração as legislações vigentes sobre a Rede Cegonha no Brasil, seus objetivos e diretrizes, podemos observar que esta rede deve ser organizada em quatro componentes, compreendendo uma série de ações de atenção à saúde, a saber: 1) pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

Neste sentido, ao realizarmos a avaliação das temáticas abordadas nos processos formativos, constatamos que a maioria das atividades de formação para a atenção materno-infantil foram desenvolvidas com ênfase no componente Parto e Nascimento (56,8%), seguido do componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (28,4%) e do Pré-natal (14,8%), com ausência de formações relacionadas ao componente Sistema Logístico (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, regulação e transporte sanitário) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Quantidade dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE x Nível de atenção à saúde x Componente Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Diante disso, podemos perceber que os processos formativos desenvolvidos nos níveis de atenção primária e terciária estão relacionados às práticas e ações de saúde propostos para serem desenvolvidos por estas unidades de saúde. Percebeu-se ausência de processos formativos no componente Sistema Logístico, depreendendo que esta pode estar relacionada ao desafio vivenciado pelo município de Sobral/CE no que concerne à fragilidade de regulação das gestantes entre os serviços de saúde e da ausência de vinculação destas à maternidade em que irão parir.

Neste contexto, constatamos pelos relatos dos participantes que, no município de Sobral/CE, a saúde materno-infantil é considerada uma área prioritária e que, em virtude disso, há investimento em processos formativos e de qualificação de pessoal para atuar na atenção à saúde. Essa informação foi também evidenciada no Plano Municipal de Saúde de Sobral/CE de 2018 a 2021 (SOBRAL, 2017b).

“[...] os nossos profissionais de uma forma geral têm acesso a esses processos formativos. Tem isso assim de uma forma mais facilitada. Mas, dentre todos os processos que a gente tem disponível, eu acho que o grande foco realmente, assim, tem sido na rede materno-infantil.” (P.3)

“[...] a área materno-infantil é sim uma prioridade na gestão municipal. Então eu arriscaria até dizer pra você: se você pegasse uma outra temática, talvez nas vivências teóricas-conceituais você não conseguisse essa expressão quantitativa que você identificou na materno-infantil, porque de fato é uma priorização.” (P.12)

“[...] Dentro da política da Rede Cegonha existia a parte de educação permanente né, que era a parte de capacitação de profissionais das diversas áreas envolvidas na política profissional médico, profissional da enfermagem né, tinha profissional fisioterapeutas, então, uma equipe multidisciplinar de atenção a essa gestante.” (P.7)

Neste aspecto, a Gestão da Saúde Materno-Infantil do Estado do Ceará salientou que, embora os processos formativos devam ser ofertados e realizados para todos os níveis de atenção à saúde, há a necessidade de intensificar a qualificação dos profissionais que atuam nas maternidades a fim de minimizar a ocorrência de óbitos maternos e neonatais.

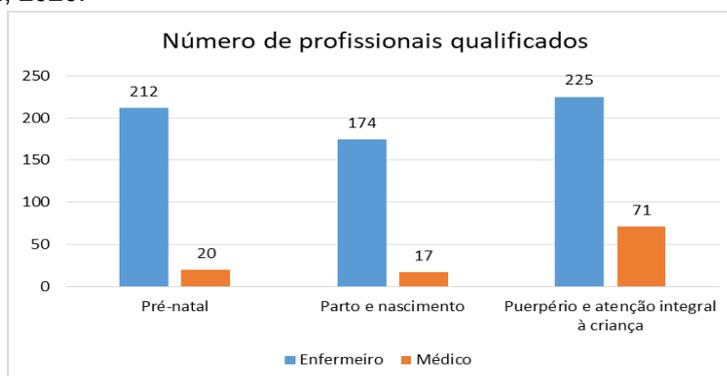
“Nós vimos que muitas das mortes seriam evitadas se a gente tivesse conseguido qualificar melhor nossos profissionais nas maternidades porque é lá que o óbito acontece. [...] Então, eu acho que se a gente focar na qualificação tanto do profissional que vai da obstetrícia como da neonatal, nós vamos realmente conseguir reduzir esses indicadores, mas só se a gente focar nesses profissionais das maternidades. Porque mesmo que o profissional da atenção primária no pré-natal não tenha feito um pré-natal de qualidade né, esse óbito ainda poderia ter sido evitado na maternidade se a conduta tivesse sido adequada. Então, nós, esse ano, chegamos à conclusão que a gente precisa intensificar a qualificação dos profissionais que atuam nas maternidades na assistência à gestante e ao recém-nascido.” (P.8)

Estudo realizado em São Paulo sobre morte de mulheres e seus conceitos em maternidades públicas, evidenciou que em relação ao óbito materno este é um evento raro e que neste Estado está muito mais relacionado à frequência de nascidos vivos do que à demanda de gravidez de risco e/ou pior assistência obstétrica (KALE *et al*, 2018). Todavia, estudo em uma maternidade pública de Fortaleza/CE evidenciou que 61,8% dos óbitos neonatais precoces que ocorreram no período de 2014 a 2018 eram evitáveis (NASCIMENTO *et al*, 2020).

Diante disso, depreendemos a importância de avaliar o contexto de inserção das maternidades para se discutir estratégias de enfrentamento e minimização da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Concernente ao quantitativo de médicos e enfermeiros capacitados durante 2014 a 2018 para atuação na assistência à saúde materno-infantil, verificamos um total de 719 participações desses profissionais (Gráfico 6), sendo a maioria de enfermeiros (84,9%) e nas áreas de Puerpério e Atenção Integral à Criança (31,3%) e Pré-natal (29,5%). Dados que corroboram com o estudo de Jesus, Oliveira e Moraes (2017) realizado em 15 hospitais do Rio de Janeiro, no qual evidenciaram maior participação de enfermeiros em capacitações sobre aleitamento materno, e com o estudo de Siqueira *et al* (2017), no qual constataram que durante a atuação profissional os enfermeiros foram os profissionais que mais tiveram formações voltadas para o aleitamento materno.

Gráfico 6 - Número de médicos e enfermeiros capacitados no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

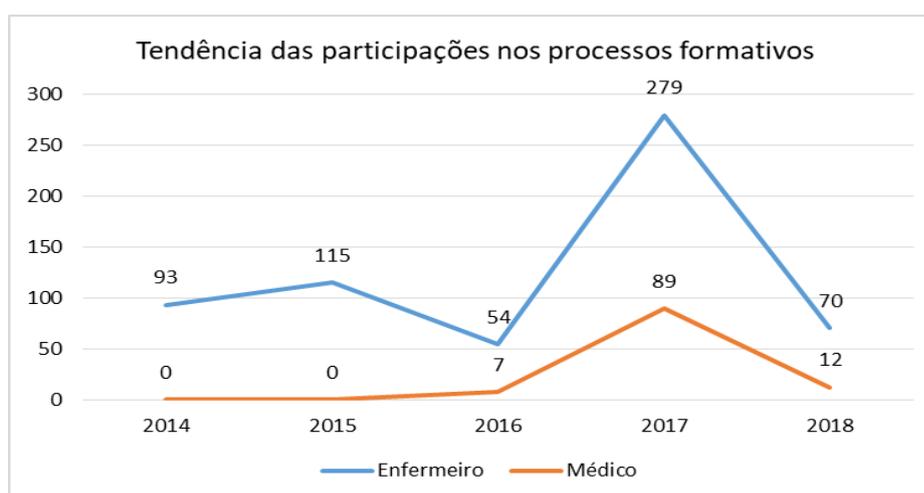
Ao observarmos as participações dos profissionais médicos, percebemos que a maioria esteve voltada para as formações do componente Puerpério e Atenção Integral à Criança (65,7%).

Careti *et al* (2016), ao buscarem identificar ações em saúde que favorecessem à redução da mortalidade infantil na atenção básica de um município do interior paulista, verificaram o desenvolvimento de ações de educação permanente para a equipe de saúde. Todavia, nestas atividades, 61% dos médicos e enfermeiros referiram participar somente algumas vezes.

Semelhantemente, um projeto de educação continuada com uso de tutorial on-line nos Estados Unidos da América cujo objetivo era capacitar médicos e enfermeiros para fortalecer e estimular a prática do aleitamento materno no país, obteve a participação 1606 profissionais no decorrer de um ano, dos quais 73% eram enfermeiros e 27% médicos (EDWARDS, 2015), evidenciando maior adesão dos profissionais enfermeiros nos processos formativos, conforme também verificado nessa pesquisa.

Ao averiguarmos como se deu a participação dos profissionais no decorrer dos anos, verificamos uma variação na adesão destes durante o período pesquisado, com aumento significativo de participação no ano 2017 (Gráfico 7), o que pode ser justificado pela mudança de gestão municipal no ano de 2017 e consequente institucionalização das práticas de educação na saúde, mediante a promulgação da Lei nº 1685 que instituiu o Sistema Municipal Saúde Escola. Conquanto, é salutar que além dessas participações estarem relacionadas às formações de profissionais da atenção primária à saúde também corresponderam à capacitação de médicos e enfermeiros inseridos na atenção terciária à saúde.

Gráfico 7 - Tendência das participações dos médicos e enfermeiros nos processos formativos sobre saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Durante as entrevistas, constatamos que a participação dos profissionais nas atividades formativas foi apontada como desafio em virtude de se buscar um desenho pedagógico que favoreça a manutenção do funcionamento da unidade de saúde e a ausência de profissionais destas para participarem dos momentos formativos. Porém, mesmo com este cenário, foi citada adesão relativamente boa pelos profissionais devido aos processos formativos terem como objetivo a melhoria das práticas assistenciais à saúde materno-infantil.

“Porque a gente entende que é difícil tirar esses profissionais de maneira fragmentada no território, a gente entende que é difícil também tirar ao mesmo tempo, e a gente ter que tirar o grupo como um todo isso diretamente restringe a metodologia né. [...] Eu não posso lhe dizer: a adesão é plena entre os trabalhadores. Mas a gente percebe que eles correspondem de maneira muito positiva quando a gente leva essas formações, exatamente porque a gente leva temáticas que ou elas vem da gestão, que a gestão traz observando aquilo que está acontecendo ou ela vem dos docentes que estão nos serviços. Então de alguma forma são temáticas que tem a ver com o processo de trabalho deles né, então a adesão em geral é boa né.” (P.9)

“[...] o maior desafio realmente é ainda conseguir uma grande adesão tirando o funcionário do seu horário de trabalho né, porque alguém da equipe, algum colega vai ter que ficar sobrecarregado em algum momento.” (P.10)

Foi identificado também que a adesão dos profissionais esteve relacionada ao monitoramento da gestão sobre as práticas e condutas dos médicos e enfermeiros frente ao que era proposto como diretriz para atenção materno-infantil no município, configurando-se, desta forma, como uma prática compulsória na gestão da saúde de Sobral/CE.

“[...] eu acredito, aqui, que o que acontece também é que como são muito monitorados em relação a isso. Ah, especificamente a linha-guia materno-infantil tem um viés! Tem um viés. Porque tem aderência? Tem cem por cento. Porque todos são monitorados, constantemente monitorados.” (P.4)

“[...] as formações... elas sempre têm um caráter não diria corretivo, mas de melhoria da qualidade do serviço, então por isso elas são obrigatórias, não é facultado ao profissional participar ou não, ele é obrigatoriamente convocado a participar e, óbvio, os profissionais que por um motivo ou outro não participam desses processos faz parte também da nossa atividade buscar e identificar os fatores que dificultaram aquilo e propor estratégias pra qualificar aquele profissional.” (P.14)

Todavia, evidenciamos resistência de alguns profissionais nos processos formativos, sendo estas justificadas, por alguns participantes, pelo perfil da formação do profissional, que muitas vezes não estavam abertos às abordagens metodológicas adotadas ou não compreendiam os processos formativos como uma necessidade particular.

“Como eu lhe disse tem algumas categorias que a gente tem mais resistência né principalmente dependendo da metodologia, algumas categorias que vem de uma formação muito técnica, mais rígida né e aí a dificuldade com algumas metodologias e dependendo da temática a gente precisa de uma metodologia que seja mais leve, mais fluida e algumas pessoas elas vão mais dispostas a ouvir uma apresentação em slides, por exemplo, né.” (P.9)

“[...] às vezes os profissionais também, por não estar necessitando daquela temática para uma mudança realmente em algo [...] às vezes acaba que o profissional ele não adere né.” (P.3)

Revisão integrativa realizada sobre os desafios na implementação da educação permanente para os profissionais da enfermagem demonstrou que pode haver resistência dos profissionais em participarem das atividades formativas “por se considerarem detentores dos conhecimentos necessários adquiridos durante a formação acadêmica” (CAVALCANTE *et al*, 2017, p. 35). Para os autores, estas questões alimentam o autoritarismo dos profissionais, impondo o conhecimento deles como algo já aprendido, dispensando atualizações.

Contudo, foi mencionado que a prática de monitoramento permitia aos gestores reconhecer as implicações da ausência do profissional para a qualidade da assistência e em casos de ocorrência de desfechos negativos à mulher e/ou à criança devido à não qualificação ou má condução, aberto processo investigativo.

“[...] E quem não faz isso direito sabe que vai ser chamado, que vai ter o feedback, que ele vai acabar indo pro comitê de mortalidade, que o caso vai ser discutido, que vai ter uma outra reunião em relação a isso se acontecer qualquer coisa, se uma criancinha morrer, se a mulher morrer. Então, tem um viés muito grande. Por quê? Porque é muito monitoramento. Eles são monitorados principalmente no que der errado, se der errado ele vai receber até uma carta.” (P.4)

Estudo realizado em Belém/PA evidenciou que a falta de interesse pessoal, a falta de divulgação, a falta de pessoal para reposição, a baixa flexibilidade do gerente e o treinamento ser no horário do trabalho foram fatores impeditivos para a não adesão dos profissionais aos treinamentos propostos no hospital (MACÊDO *et al*, 2019). Semelhantemente, revisão integrativa identificou que o quadro reduzido de pessoal, a dificuldade de liberação do trabalho, o não cumprimento de horários expostos, a realização de atividades em horários inadequados e a sobrecarga da equipe são fatores que favorecem a pouca participação dos profissionais nas atividades de educação permanente (FERREIRA *et al*, 2019). Realidades estas que se assemelham ao identificado nesta pesquisa.

Não obstante, ao evidenciarmos, no município de Sobral/CE, os processos formativos como estratégias para qualificação da atenção materno-

infantil, constatamos também pelas entrevistas, a existência de alguns desafios para a efetivação destes.

A descontinuidade dos processos formativos para atenção à saúde materno-infantil, desenvolvidos pelo Estado do Ceará, foi referida como um fator desafiador por não favorecer a padronização de protocolos de cuidado à saúde materno-infantil entre os serviços de saúde regional e estadual, acarretando na falta de acesso e peregrinação entre os serviços de saúde, bem como na ausência de resolubilidade da assistência materno-infantil.

“[...] eu tenho participado de algumas formações da própria Secretaria do estado, e sinto também ações muitas vezes descontinuadas né, descontinuadas. [...] E aí às vezes eu sinto que sempre em determinado período do tempo tem aquela enxurrada de treinamentos, de ações, demandas né que muitas vezes são cobradas e depois aquilo tem um hiato de tempo muito grande e depois começa de novo. [...] e é ainda uma proposta do Estado que ele diz que vai capacitar as unidades básicas, capacitar todas, a rede na verdade pra identificar essas ações de violência e tentar intervir nas situações de violência. Só que eu como serviço especial já recebo a paciente que foi violentada, e aí aqui a gente já tem um fluxo que mostra isso. [...] Porque inclusive a gente se reuniu com o pessoal que era da macro de Camocim e o pessoal de Camocim não tava nem sabendo né.” (P.1)

O financiamento dos processos educativos na saúde emergiu como outro desafio vivenciado, tendo em vista que, devido ao subfinanciamento do setor e até mesmo pelo próprio contexto e necessidades de saúde, foi apontado por um dos participantes da pesquisa que é coerente que haja aplicação prioritária de recursos na atenção à saúde.

“[...] mas pra nós que estamos no cotidiano assim o tempo todo a gente precisa mostrar, reafirmar, trazer outras evidencias mais qualitativa que nos dê a condição de este processo

continue em avanço e ao mesmo tempo nós temos a leitura enquanto gestão do quão complexo é isso. Porque a medida em que hoje é crescente né, diminuiu a receita aos municípios. É óbvio, se você se põe no lugar de um secretário ou de um prefeito, se tem um usuário com dor ou uma necessidade de internamento ou com outra necessidade aí de alguns exames laboratoriais e você tem o recurso definido e aí tem aqui a educação pedindo também e pra onde é que esse recurso vai ser direcionado?[...] Pra mim o maior desafio é sustentar este modelo de apoio institucional e pedagógico que a gente já conhece que tem um custo alto né, expandi-lo para os serviços também de retaguarda. [...] Então, isso é um desafio grande que aí eu acho que não é só da educação, é da gestão porque passa necessariamente pelo financiamento.” (P.12)

Neste sentido, percebemos a necessidade do fortalecimento da Política de Educação Permanente no âmbito nacional com destinação de recursos federal, estadual e municipal para investimento na qualificação dos profissionais para atuação no SUS. Recentemente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, e em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Públicas, Instituições de Ensino Superior, Organização Pan-Americana da Saúde e demais secretarias do MS, elaboraram proposta de atualização da Portaria GM/MS nº1996/2007, na qual propõe o retorno de financiamento federal para ações de educação permanente, além da participação dos estados e municípios (BRASIL, 2018).

Além do mais, a demanda excessiva de mulheres nas maternidades foi mencionada como um desafio para o desenvolvimento de formações efetivas, eficientes e eficazes, uma vez que dificulta a realização das ações educativas devido à realidade de subdimensionamento da equipe e superpopulação de pacientes, sendo necessário o planejamento dessas atividades a partir da realidade do setor.

“É bom que se deixa claro que há uma realidade muito particular vivida na Santa Casa né, que é o excesso de pacientes. Nós estamos falando de um hospital que tem realizado ao longo dos últimos anos uma média de cinco mil e quinhentos partos. Isso significa dizer que são nascidas aqui em média dezessete crianças por dia né, considerando que nós temos apenas trinta e cinco leitos você imagina essa dimensão. [...] Então, isso exige um esforço enorme também no campo do ensino para que a gente tenha ações efetivas, eficientes, eficazes extremamente qualificadas, mas dentro dessa realidade de subdimensionamento, superpopulação de pacientes. Então, esses processos formativos eles precisam ser construídos considerando a nossa realidade.” (P.14)

Frente ao exposto, corroboramos com Lima e Castro (2017) quanto à potencialidade da educação permanente para a melhoria das práticas obstétricas, tendo em vista considerarem ser uma porta aberta para a implantação de outras propostas assistenciais preconizadas pela Rede Cegonha.

5.2.3 Identificação e definição das temáticas dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018

De acordo com Brasil (2004e, p.28) os municípios tem “papel fundamental na mudança da formação dos profissionais e um papel ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento (conteúdo e metodologia)”.

Nesse sentido, a avaliação dos registros documentais, das notas de campo e da escuta das narrativas dos participantes da pesquisa, permitiu-nos perceber que, no município de Sobral/CE, a identificação e definição dos processos formativos ocorria prioritariamente baseada na realidade e necessidades em saúde locais, a partir da análise dos indicadores materno-infantis e os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho, demandados pelos próprios gestores dos serviços de saúde ou mediante monitoramento do Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil.

“[...] eles são baseados aqui na nossa realidade, nas dificuldades que a gente observa no dia-a-dia das unidades né, no atendimento basicamente. Aqui, os nossos processos educativos eles se dão a partir dos dados que a gente observa lá no Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil. [...] desde dois mil e dois a gente vem com essas temáticas de tudo que dá errado né, que são os óbitos, a gente avalia. Então os nossos treinamentos eles são baseados nisso, e não necessariamente na causa específica do óbito. [...] mensalmente a gente faz essa análise e vê o que precisa ser treinado pra você tá fazendo o planejamento.” (P.4)

“[...]. E aí na análise de indicadores a gente pode observar onde precisamos atuar mais, onde precisamos melhorar, onde quais foram os nossos piores números, qual é o nosso principal público, então treinamento com base nos indicadores.” (P.13)

“[...] essas formações ela são desenvolvidas pensando no serviço, olhando para o serviço e as suas realidades que são desenvolvidas, sempre buscando a maior abrangência possível [...]” (P.14)

“[...]. E fazemos isso através de várias estratégias. Um dos processos que tem se consolidado ao longo dos anos no hospital são as oficinas realizadas com o serviço, né, onde todos são convidados a participar. E, nessas oficinas os diálogos buscam evidenciar e identificar problemas ou possíveis situações que necessitem de uma abordagem pedagógica pra transformar aquela realidade, melhorando, qualificando, ampliando, enfim... Isso é feito! O hospital tem essa rotina né pra todos os serviços e não apenas pra maternidade. E esse planejamento é semestral! E dele se constrói um cronograma de atividades formativas que são desenvolvidas especificamente para tratar aquelas situações

ou aqueles fatos que ocorrem no serviço e que precisam ser evoluídos, precisam ser melhorados.” (P.14)

Para além do exposto, pode-se observar que os indicadores de mortalidade materno-infantil do município pesquisado eram frequentemente monitorados pelos gestores da atenção à saúde, docentes do Sistema Saúde Escola nos territórios de Saúde da Família e Comitê Municipal de Mortalidade Materno-Infantil para fins de definição e priorização das atividades formativas para as equipes da atenção primária à saúde.

“[...] a gente sempre busca os instrumentos de gestão né, o plano de saúde, a programação anual para alinhar diante das metas, dos indicadores o que nós precisamos nos qualificar, qualificar os nossos profissionais e diante disso juntamente com a Escola propor esses processos formativos né.[...] há também essa comunicação dentro da rede pra que a gente saiba onde que a gente tá tendo essa fragilidade, pra gente tá buscando né o reforço nas temáticas que são percebidas ou em situações novas que acontecem de uma forma geral né. [...] A gente tem um comitê municipal né de prevenção da mortalidade materno-infantil. Então, esses estudos de casos que são levados, que são discutidos, que são avaliados né, eles trazem evidências pra que a gente possa estar alertando aonde é que a gente tem falha, aonde é que tem algo que precisa melhorar [...].” (P.9)

Verificamos também que alguns processos formativos desenvolvidos nas unidades de atenção primária e terciária foram realizados em virtude da ocorrência de eventos adversos e/ ou sentinelas que envolveram a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e às crianças até dois anos de idade.

“[...] vai de acordo com os eventos que acontecem mais no serviço né e que a gente entende que seja a necessidade. [...] e aí também pelos eventos adversos que acontecem no serviço

mesmo né. Se a minha taxa de infecção tá subindo, o que é que eu poderia fazer pra melhorar [...]”. (P1)

“[...] Então, ao mesmo tempo que imediatamente ela dialoga com a gestão do serviço e aí reorganiza e aquela gestante tem logo um atendimento prioritário, aquele caso também vira um evento sentinela. Então, é deflagrado um movimento dentro daquele território, daquele centro de saúde da família com toda a equipe pra estudar aquele caso e pra dizer assim o que nós aprendemos com isso? Porque não pode ser sempre assim? E aí essa ação, por exemplo, não tem um registro de dia e hora que o médico, que o enfermeiro, que os demais profissionais e as equipe tiveram uma capacitação.” (P12)

Além desses aspectos, as atividades formativas também foram propostas levando em consideração os protocolos de segurança do paciente, os protocolos institucionais das unidades de saúde, as diretrizes e os protocolos para a atenção à saúde materno-infantil, e a nível de gestão municipal, o planejamento anual, as metas e os indicadores em saúde.

“[...] a gente sempre busca os instrumentos de gestão né, o plano de saúde, a programação anual para alinhar diante das metas, dos indicadores o que nós precisamos nos qualificar, qualificar os nossos profissionais e diante disso juntamente com a Escola propor esses processos formativos né.” (P3)

“[...] a gente sempre objetiva trabalhar algo que seja baseado nos protocolos de segurança ou relacionados aos principais protocolos que a instituição trabalha e que seja voltado pra qualidade.” (P10)

No Ceará, como diretriz e proposta de Estado para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, foi lançado o Programa Nascer no Ceará, o qual evidenciou a necessidade prioritária de qualificação das maternidades para a

redução dos índices de mortalidade materna e infantil, assim como a formação dos profissionais pautada em quatro eixos, a saber: pré-natal, óbito materno e perinatal, assistência ao nascimento e ao recém-nascido, e ambiência.

“Então, nesse segundo momento a gente compreendeu que pra redução mais rápida da mortalidade a gente ia ter que olhar as maternidades do estado. E aí a gente resolveu fazer uma primeira pesquisa [...] que era a pesquisa como estão as maternidades do estado do Ceará hoje. [...] em relação a formação a gente definiu quatro eixos principais. Um é o que é fisiológico que é o pré-natal. [...] A segunda formação é uma formação já do que determina o óbito materno e em instância do óbito perinatal que é a hipertensão, hemorragia e infecção e aí todos os profissionais devem ser treinados, mas com características diferentes. O terceiro grande escopo é assistência ao nascimento e ao recém-nascido [...]. E a quarta ambiência, é a ambiência dos direitos reprodutivos e a contracepção que acaba sendo impactantes em morte materna e em morte perinatal também. [...]” (P6)

Evidenciamos também que a necessidade de estruturação do serviço e ausência de profissionais tecnicamente capacitados para atuarem na assistência à saúde materno-infantil, assim como a rotatividade dos profissionais foram relatados como aspectos que influenciaram a definição dos processos formativos para a atenção à saúde da mulher e da criança em Sobral/CE.

“[...] o serviço de obstetrícia aqui foi um serviço novo né. Primeiramente a gente não tinha pessoas experientes, o grupo de enfermeiros foi formado com o pessoal do concurso, então não tinham tantos obstetras e depois foi realocando aquelas pessoas que tinha especialização pra fazer parte do grupo.” (P1)

“A gente faz treinamentos técnicos e que aí a equipe ela é o nosso termômetro. Principalmente, ah nós temos muito a equipe se renovou, então naquele horário que a equipe é praticamente toda nova a gente refaz todo o treinamento, a gente vê essa necessidade pela questão de rotatividade de profissionais [...]” (P2)

“[...] Sobral ele trabalha muito com a parte educativa dos profissionais, até mesmo porque a gente tem uma rotatividade dos enfermeiros no serviço [...]” (P5)

“Porque a gente até dois mil e treze a gente não tinha aberto as UTI’s ainda né, então a gente abriu a partir de dois mil e quatorze e precisava de pessoal treinado pra isso. Então, desde de curso de especialização na área específica da neonatologia a cursos e oficinas de capacitação na abordagem a gestante de alto risco né nas condutas do pré-natal de alto risco, nas condutas da enfermagem, na conduta médica, nas transferências de gestantes de alto risco.” (P7)

Para além dessas demandas, outras ações foram programadas a partir das campanhas nacionais e/ou internacionais nos meses de referência do calendário anual.

“[...] Porque aí a gente pega algumas temáticas que tem a ver. Por exemplo, a gente hoje em dia tem o calendário da saúde e atividades voltadas ao mês de referência.” (P3)

Sobre esse aspecto, um projeto em Nebraska (EUA) ao ter como objetivo coletar informações sobre as necessidades de treinamento de um serviço de emergência em zonas rurais e de um departamento pessoal de emergência utilizou as lacunas de habilidades e conhecimentos dos profissionais como critérios para definição das temáticas, emergindo dentre 9 áreas os temas “saúde materna e parto” e “pediatria e cuidado infantil”, sendo estes considerado uma necessidade

moderada a alta por 74,9% e 88% dos profissionais, respectivamente (WEHBI *et al*, 2018).

Diante disso, podemos afirmar que as várias estratégias adotadas pelo município de Sobral/CE para identificação e definição das necessidades formativas de médicos e enfermeiros foram fundamentais para o desenvolvimento das capacitações nos anos 2014 a 2018 (Quadros 10, 11 e 12), impactando no quantitativo dessas capacitações e na qualidade da assistência à saúde materno-infantil ofertada neste município.

Quadro 11 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha - Componente Pré-Natal. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

COMPONENTE REDE CEGONHA- PRÉ-NATAL		
TEMÁTICA	ANO	CENÁRIO
1. Pré-natal	2014	Atenção Primária
2. Curso de Testagem Rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e C	2014	Atenção Primária
3. Protocolo de pré-natal	2015	Atenção Primária
4. Protocolo de pré-natal	2015	Atenção Primária
5. Planilhas de gestação e Sis pré-natal	2015	Atenção Primária
6. Planejamento familiar	2015	Atenção Primária
7. Treinamento sobre pré-natal	2017	Atenção Primária
8. Manejo da sífilis	2017	Atenção Primária
9. Doenças da tireóide na gestação	2017	Atenção Terciária HRN
10. Modelo de atenção à saúde e atualização de pré-natal	2018	Atenção Primária
11. Sífilis adquirida e sífilis congênita	2018	Atenção Primária
12. Classificação de risco de gestantes	2018	Atenção Primária
13. Sistematização da assistência de Enfermagem à gestante de alto risco	2018	Atenção Terciária SCMS

Fonte: Registros dos processos educativos de 2014 a 2018 de Sobral, Ceará.

Quadro 12 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha - Componente Parto e Nascimento. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

COMPONENTE REDE CEGONHA - PARTO E NASCIMENTO		
TEMÁTICA	ANO	CENÁRIO
1. Assistência de Enfermagem em neonatologia	2014	Atenção terciária SCMS
2. Assistência à parada cardiorrespiratória no neonato e deteriorização clínica	2015	Atenção terciária HRN
3. Zero morte materna por hemorragia	2015	Atenção terciária HRN
4. Segurança medicamentosa em obstetrícia	2015	Atenção terciária HRN
5. Assistência ao neonato em sala de parto	2015	Atenção terciária HRN
6. Cuidados com o cateter central de inserção periférica	2015	Atenção terciária SCMS
7. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ectocardia	2015	Atenção terciária SCMS
8. Assistência ao parto normal	2015	Atenção terciária SCMS
9. Protocolo assistência de Enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia	2015	Atenção terciária SCMS
10. Parada cardiorrespiratória em obstetrícia	2016	Atenção terciária HRN
11. Reanimação em sala de parto	2016	Atenção terciária HRN
12. Triagem auditiva neonatal	2016	Atenção terciária HRN
13. Protocolo de prevenção de broncoaspiração	2016	Atenção terciária HRN
14. Protocolo de prevenção de infecção primária de corrente sanguínea	2016	Atenção terciária HRN
15. Suporte avançado de vida em obstetrícia - ALSO	2016	Atenção terciária SCMS
16. Treinamento urgências e emergências obstétricas e saúde da mulher	2016	Atenção terciária SCMS
17. Devolutiva do curso de urgências e emergências obstétricas no Centro de Simulação Realística Albert Einstein (BNDES)	2016	Atenção terciária SCMS
18. Posicionamento do Recém-nascido	2016	Atenção terciária SCMS
19. Aspectos farmacêuticos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2016	Atenção terciária SCMS
20. Abordagem multiprofissional ao neonato em cuidados intensivos	2016	Atenção terciária SCMS
21. Cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: abordagem fisioterapêutica	2016	Atenção terciária SCMS
22. Nutrição em neonatologia	2016	Atenção terciária SCMS
23. Posicionamento terapêutico no neonato	2016	Atenção terciária SCMS
24. Segurança do paciente no serviço de UTI Neonatal e maternidade	2016	Atenção terciária SCMS
25. Cuidado fisioterapêutico e nutricional em UTI neonatal	2016	Atenção terciária SCMS
26. Escala de alerta precoce na obstetrícia	2017	Atenção terciária HRN
27. Protocolo síndrome hipertensiva específica da gestação	2017	Atenção terciária HRN
28. Protocolo de sepse neonatal	2017	Atenção terciária HRN

29. Suporte básico de vida e Suporte avançado de vida neonatal	2017	Atenção terciária SCMS
30. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia.	2017	Atenção terciária SCMS
31. Assistência de Enfermagem à saúde materno-infantil	2017	Atenção terciária SCMS
32. Terapia nutricional no prematuro	2018	Atenção terciária HRN
33. Projeto Nascer no Ceará	2018	Atenção terciária HRN
34. Cuidados paliativos em neonatologia	2018	Atenção terciária HRN
35. Reanimação cardiorrespiratória neonatal e pediátrica	2018	Atenção terciária HRN
36. Escala de alerta em obstetrícia	2018	Atenção terciária HRN
37. Hemorragia puerperal	2018	Atenção terciária HRN
38. Suporte básico e avançado de vida-Bloco Obstétrico	2018	Atenção terciária SCMS
39. Assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – importância da colostroterapia.	2018	Atenção terciária SCMS
40. Assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – reanimação neonatal	2018	Atenção terciária SCMS
41. Liberação de recém-nascido na maternidade	2018	Atenção terciária SCMS
42. Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2018	Atenção terciária SCMS
43. Reanimação neonatal	2018	Atenção terciária SCMS
44. 1º Seminário da Estratégia QualiNeo	2018	Atenção terciária SCMS
45. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2018	Atenção terciária SCMS
46. Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2018	Atenção terciária SCMS
47. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao recém-nascido de muito baixo peso	2018	Atenção terciária SCMS
48. Sistematização da Assistência de Enfermagem em obstetrícia	2018	Atenção terciária SCMS
49. Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2018	Atenção terciária SCMS
50. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2018	Atenção terciária SCMS

Fonte: Registros dos processos educativos de 2014 a 2018 de Sobral, Ceará.

Quadro 13 - Temáticas dos processos formativos realizados no período de 2014 a 2018 para a atenção à saúde materno-infantil na lógica da Rede Cegonha, Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

COMPONENTE REDE CEGONHA - PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA		
TEMÁTICA	ANO	CENÁRIO
1. Visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera	2014	Atenção primária
2. Puericultura e Urgências Pediátricas	2014	Atenção primária
3. Hospital Amigo da Criança	2014	Atenção terciária SCMS
4. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: promovendo e incentivando a amamentação.	2014	Atenção terciária SCMS
5. Oficina: Manejo do Aleitamento Materno	2014	Atenção terciária SCMS
6. Aleitamento materno - Atividade da Rede Amamenta Brasil	2015	Atenção primária
7. Curso Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2015	Atenção terciária SCMS
8. Aleitamento materno	2015	Atenção terciária SCMS
9. Os dez passos para o sucesso no aleitamento	2015	Atenção terciária SCMS
10. Curso Hospital Amigo da Criança	2016	Atenção terciária SCMS
11. Semana Mundial do Aleitamento Materno	2016	Atenção terciária SCMS
12. Nutrição em neonatologia	2016	Atenção terciária SCMS
13. Treinamento sobre protocolo de saúde da criança	2017	Atenção primária
14. Treinamento sobre protocolo de saúde da criança	2017	Atenção primária
15. Puericultura	2017	Atenção primária
16. Oficina de Apoiadores de doação de leite humano para profissionais do CSF de Sobral	2017	Atenção terciária HRN
17. Abordagem multiprofissional dos benefícios do Aleitamento materno	2017	Atenção terciária SCMS
18. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IAHC): cuidado de qualidade para a mulher e o recém-nascido na maternidade	2018	Atenção terciária SCMS
19. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2018	Atenção terciária SCMS
20. Semana do Aleitamento Materno do Município de Sobral: Amamentação a base da vida	2018	Atenção terciária SCMS
21. Mitos e verdades sobre o Aleitamento Materno	2018	Atenção terciária SCMS
22. Posto de Coleta e Banco de Leite Humano e Doação de Leite	2018	Atenção terciária SCMS
23. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2018	Atenção terciária SCMS

24. Terapia Nutricional no prematuro	2018	Atenção terciária HRN
25. Puericultura	2018	Atenção primária

Fonte: Registros dos processos educativos de 2014 a 2018 de Sobral, Ceará.

Pelo exposto, percebemos que as estratégias adotadas pelo município de Sobral/CE para identificação e priorização das temáticas formativas estiveram alinhadas aos pressupostos da educação permanente, uma vez que esta possibilita a reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, configurando-se “instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local” (BRASIL, 2018, p.10).

Contudo, percebemos que ainda se faz necessária a implementação de instrumentos sistematizados e de registros da identificação e definição das necessidades educativas a nível municipal, tendo em vista ser uma ferramenta primordial para o gerenciamento, monitoramento e avaliação das práticas formativas e da contribuição dessas para a atenção à saúde. Prática essa evidenciada apenas em um dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde materno-infantil do município.

“[...] E fazemos isso através de várias estratégias. Um dos processos que tem se consolidado aos longo dos anos no hospital são as oficinas realizadas com o serviço, né, onde todos são convidados a participar. E, nessas oficinas os diálogos buscam evidenciar e identificar problemas ou possíveis situações que necessitem de uma abordagem pedagógica pra transformar aquela realidade, melhorando, qualificando, ampliando, enfim... Isso é feito! O hospital tem essa rotina né pra todos os serviços e não apenas pra maternidade. E esse planejamento é semestral! E dele se constrói um cronograma de atividades formativas que são desenvolvidas especificamente para tratar aquelas situações ou aqueles fatos que ocorrem no serviço e que precisam ser evoluídos, precisam ser melhorados.” (P.14)

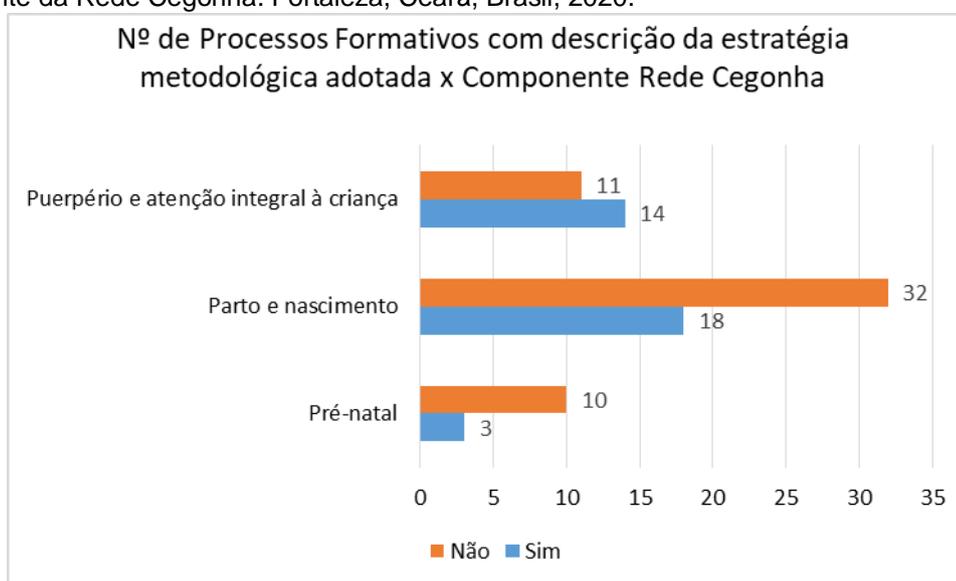
Diante do exposto, podemos concordar com Barcellos *et al* (2020) quando afirmam que esse processo analítico tem como potencialidade favorecer a visibilidade das ações de educação permanente, apontando a necessidade de fortalecer a construção dos planos e o gerenciamento dos processos de formação na saúde.

5.2.4 Estratégias metodológicas adotadas nos processos formativos

De acordo com Rempel *et al* (2016), metodologias de ensino compreende diferentes trajetórias planejadas e vivenciadas por educadores a fim de orientar o processo de ensino-aprendizagem com o objetivo de favorecer o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes. Nesse sentido, a análise documental dos demonstrou que os registros das atividades formativas de 2014 a 2018 para a atenção materno-infantil são incipientes quanto às abordagens metodológicas de ensino adotadas.

Das 88 ações formativas realizadas no período pesquisado, apenas 39,7% apresentavam a descrição das estratégias metodológicas utilizadas, sendo 15,9% referente ao componente Puerpério e atenção integral à criança, 20,4% ao componente Parto e Nascimento e 3,4% ao Pré-natal (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Número de processos formativos realizados para a atenção materno-infantil em Sobral/CE, no período de 2014 a 2018, com definição da estratégia metodológica adotada por componente da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

Sobre esse aspecto, um dos relatos evidenciou preocupação dos gestores da atenção à saúde acerca das estratégias metodológicas adotadas nos processos formativos desenvolvidos para a atenção materno-infantil, uma vez que estavam percebendo que os métodos utilizados não vinham repercutindo significativamente na transformação das práticas profissionais. Diante disso, foi mencionado que houve um tensionamento para a adoção e uso de novas metodologias de ensino, definidas a partir da temática formativa e do perfil do serviço, cuja efetivação da aplicabilidade destas foi apontada como um desafio.

“[...] a gente vem amadurecendo quanto a isso sabe [...], antes a gente ficava mais preocupado em repassar conteúdos e tal e nós fomos vendo que não era suficiente. Que a equipe às vezes tava ciente e tava todo mundo ali, tinha participado, mas os eventos continuavam acontecendo né e aí nós íamos vendo a necessidade não só de repassar o conhecimento, mas de sensibilizar pra causa né. Então, hoje nos últimos treinamentos em que a gente vem fazendo nós já nos preocupamos em trazer metodologias ativas né, onde os profissionais se envolvessem, onde os profissionais realmente tivessem inseridos dentro do treinamento e eles se sentissem participantes né. Então, hoje a gente já vem nesse start de que é preciso de acordo com a temática que você tem que adaptar [...].” (P2)

“A gente tem visto muito essa mudança mesmo assim da questão dos modelos de metodologias ativas pra evitar o processo, a aprendizagem.....né. E aí às vezes a gente pensando como é que tem sido acontecido, como eu até exemplifiquei né que na lógica ano passado todo mundo era uma aula expositiva, tinha um dia fixo através de slides e aí todo mundo reunido numa categoria pra assistir um aula até que ponto a gente consegue ser efetivo. [...] Aí depois todo mundo fala em metodologia ativa e aí parece que é até um pecado se a gente falar que a gente vai fazer algum momento

expositivo, porque como se só o que fosse positivo, apesar de que o construtivismo na metodologia ativa é super válido, mas às vezes até a forma como as pessoas entendem se estão fazendo. Estar em roda não necessariamente quer dizer que você está fazendo metodologia ativa e você está às vezes elevando uma exposição não quer dizer necessariamente que você não esteja aplicando, tudo depende de como você conduz né.” (P3)

Diante disso, verificamos que no período do estudo, houve no município de Sobral/CE um movimento de transição do uso de metodologias de ensino tradicionais pelas metodologias ativas no desenvolvimento dos processos formativos, mediante discussão de estudos de casos clínicos, de protocolos e adoção de fluxogramas, a fim de tornar os profissionais mais participantes do processo formativo e conseqüentemente melhorar a assistência. Transição esta que vai ao encontro da proposta de atualização da Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2018), a qual traz, dentre as diretrizes para o modelo formativo, a necessidade de apoiar a reflexão sobre métodos inovadores de ensino.

“[...] hoje a gente faz muito na forma de estudo de casos né, de reunir com grupos, deles avaliarem os próprios prontuários [...]. Então, a gente não só treinar a teoria do protocolo, mas fazer essa parte mais realística né e mais de estudo de caso, mais participativa. Porque a gente via que quando a gente fazia só nas metodologias tradicionais isso afastava ainda mais, e aí hoje a gente tem trabalhado assim nessa lógica de fazer em serviço.” (P1)

“E, também percebemos que fazer as grandes aulas que era o que a gente fazia, não dava resultado. [...] é, muito dialogado. Tanto assim que eu faço sentada, a apresentação é numa mesa de discussão e eu tô sentada e tô passando as linhas, os fluxos e vamos discutindo os casos, as situações que foi acontecendo, os óbitos que a gente teve, trazendo a

problemática pra cada um daqueles pontos que são assinalados né.” (P4)

Sobre essa questão, Paiva *et al* (2016) retratam que as metodologias ativas não são uniformes teórico-metodologicamente, e que portanto há vários modelos e estratégias para sua operacionalização. Identificaram, portanto, “diversas estratégias de aplicação dessas metodologias, desde as já consagradas na literatura como pertencentes a essa categoria até aquelas em que há poucas referências sobre o tema”, observando ao menos 22 tipos (PAIVA *et al*, 2016, p. 150).

Todavia, é salutar que a metodologia ativa coloca a pessoa “diante de problemas e/ou desafios que mobilizam seu potencial intelectual, enquanto estuda para compreendê-los e/ou superá-los” (PAIVA *et al*, 2016, p. 151). Conforme Macedo *et al* (2018), está baseada na educação crítico-reflexiva, resultando em envolvimento do educando na busca pelo conhecimento a partir de uma situação problema.

A nível dos processos formativos realizados na atenção terciária, foi mencionado que as estratégias metodológicas eram adotadas conforme a temática, dinâmica e realidade de cada serviço, mediadas pelos próprios profissionais, com uso de metodologias de ensino tradicionais, ativas, de ensino à distância e suportadas por tecnologias da informação.

“[...] dependendo da logística e da quantidade de pessoas, a gente decide se é lá né se vai ser uma abordagem em loco ou se vai ser aqui. No eixo materno-infantil a gente tem um espaço que é só de educação permanente [...].” (P.10)

“Por já ter realizado processos educativos fora do horário de trabalho também percebemos que no horário de trabalho a equipe de trabalho e o profissional que é responsável por aquela equipe ele tem a forma de se comunicar com a equipe dele melhor do que outro profissional [...].” (P.13)

“E nós lançamos mão de diferentes recursos né de estratégias pra trabalhar esses processos, seja aula expositiva tradicional

[...]. Também temos acesso à estrutura de ensino à distância com internet banda larga [...]. Nós temos essa estrutura dentro do próprio centro cirúrgico e centro obstétrico que tá lá e realiza intervenções cirúrgicas a partir da interação com outras instituições mundo afora e nisso avançamos muito, e também fazemos desenvolvimento de atividades dentro do serviço, a capacitação dentro do próprio serviço.” (P. 14)

Diante do exposto, percebemos que no decorrer dos anos houveram mudanças na estratégia metodológica utilizada para a formação dos profissionais concernente à transição de práticas tradicionais, direcionadas a grandes grupos de pessoas, para práticas pedagógicas problematizadoras, dialógicas, com pequenos grupos de profissionais.

“Porque tiveram anos que a gente trabalhava no momento de não ter assim um auditório, e chegam no centro de convenções todos os profissionais, aí com o tempo a gente começou a perceber que esses momentos eles não tavam muito produtivos. [...] E aí hoje a gente trabalha com outra metodologia de formação de turmas né turmas menores, [...] até mesmo pra ter um momento de conversação também né, deles exporem e de tirarem as dúvidas com mais facilidade, de ter um momento de discussão.” (P. 5)

Com isso, concordamos com Macedo *et al* (2018, p. 2) ao afirmarem que as metodologias ativas “demonstram resultados positivos na autonomia do educando”. Para esses autores “a problematização é a principal metodologia utilizada, porém a falta de referenciais teóricos para planejar a ação pedagógica e o uso excessivo de técnicas de ensino não caracterizam, de fato, o método”. (MACEDO *et al*, 2018, p.2).

Para Medeiros (2015) a problematização é um tipo de estratégia de ensino que se baseia em observação da realidade, reflexão e ação, com destaque na relação ensino-serviço na saúde. Assim, está presente em alguns métodos que podem subsidiar o ensino, tais como: Problem Based Learning (PBL), Team Based

Learning (TBL), Arco de Charles e Magueres e Aprendizagem Baseada em Projetos (MACEDO *et al*, 2018).

As residências médicas e multiprofissionais, formações em saúde a nível de pós-graduação *lato sensu* que têm como característica realizar-se através do trabalho em saúde (SILVA, 2018; FERLA *et al*, 2017), também foram mencionadas como modalidades adotadas para a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE.

Este município conta com programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia e Residência Multiprofissional em Neonatologia desenvolvidos pelo Hospital de Ensino Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE (AGUIAR e LINHARES, 2018) e com Residência Multiprofissional em Saúde da Família desenvolvida pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (CEARÁ, 2019).

“As próprias residências que é uma maneira de qualificar, contribuir pra qualificação do profissional antes dele se... porque é uma formação em serviço, mas ele está ali na condição de aprendiz de fato né. Então, as próprias residências elas sinalizam como um dispositivo muito importante pra contribuir nessa lacuna do profissional que ele vem da Universidade e ele não tem essa clareza desses processos e onde ele pode ter um olhar mais direcionado pra atuação no Sistema Único de Saúde né e aí os vários enfoques né e dentre eles a saúde materno-infantil.” (P.9)

“[...] nós temos residência médica em ginecologia e obstetrícia, nós temos residência médica em pediatria e tem em neonatologia e nós temos residência multiprofissional em neonatologia.” (P.14)

Diante disso, entende-se que os processos formativos precisam estar fundamentados na lógica da educação permanente para que haja transformação nos processos de trabalho e que no município de Sobral/CE as ações formativas destinadas à atenção materno infantil estavam fundamentadas nesta vertente.

“[...] nós acreditamos né que a formação precisa se dar na lógica da educação permanente. A educação permanente ela vai possibilitar o aprendizado a partir daquelas necessidades que a própria prática ela vai direcionando, ela vai evidenciando a necessidade. Então, a educação permanente ela precisa emergir das necessidades do trabalho e promover transformações no processo de trabalho. [...] A gente busca trabalhar mesmo a partir da lógica da educação permanente, a gente procura inserir componentes da educação popular em saúde e isso também tem sido muito forte.” (P.9)

Outrossim, Medeiros (2015, p. 97) aponta que a “educação permanente tem como foco a melhoria da qualidade da assistência”, configurando-se um método de formação permanente dos atores sociais envolvidos com o agir em saúde para a transformação do cotidiano do trabalho e do paradigma assistencial.

Neste contexto, foi relatado que a formação dos profissionais para o Projeto Nascer no Ceará se deu por meio de metodologias ativas, tais como discussão de casos clínicos e uso de protocolos/fluxograma para a resolução dos casos. Na concepção dos participantes, esta estratégia teve como objetivo garantir a formação pautada no perfil do serviço e nas competências necessárias para atuação na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

Destarte, percebemos a compreensão e o reconhecimento dos atores quanto à potencialidade dos resultados dos processos formativos em cenários de prática para a atenção à saúde materno-infantil quando comparados aos processos formativos apenas teóricos.

“A ideia era que a primeira formação era de sensibilização para o Nascer, pra uso do instrumento e depois iria vir outras práticas formativas, inclusive a ideia da formação continuada. Pra esse primeiro momento de sensibilização a gente resolveu usar metodologia ativa, resolveu que não ia apresentar os protocolos, as guias de uma maneira formal e que ia construir uma condição que fizesse com que os profissionais utilizassem

as guias pra pesquisa. Então, a gente resolveu usar um caso clínico. [...] Então, foi metodologia ativa, usando caso real [...] Então assim, quando a gente faz o desenho da rede e faz o desenho dos fluxos a gente ajuda formar dentro desses desenhos. [...] tem que ter formação em serviço.” (P.6)

“[...] uma coisa que a gente tem mais resultado é quando você faz uma capacitação prática na área materno-infantil né, quando você leva o profissional pra dentro da sala de parto e quando esse treinamento ocorre com o profissional atuando junto com o professor muito mais do que a teórica.” (P.7)

Assim, para o desenvolvimento dos processos formativos na atenção primária de Sobral/CE, foram utilizadas como estratégias metodológicas na lógica da educação permanente, o Apoio Institucional e Pedagógico nos territórios de Saúde da Família, momentos teórico-conceituais a determinadas categorias profissionais, Roda de Gestores, de Gerentes, de Atenção Especializada e de Territórios, e Educação Popular em Saúde.

Para fins de desenvolvimento das ações formativas para os profissionais da atenção secundária, foram citadas as estratégias metodológicas momentos teórico-conceituais, rodas de atenção especializada e educação popular em saúde, embora não tenhamos identificado registros documentais de processos formativos destinados para as equipes da atenção secundária no período pesquisado.

“Então, nós temos aí atualização teórica conceitual e nós temos o Apoio Institucional e Pedagógico né. E aí nós vamos ter uma outra estratégia que este período de coleta de dados seu pegou duas faces que são a estratégia de gestão que apoia a gestão e que são as Rodas né. Então, que tem tanto no âmbito a Roda dos docentes, a Roda dos gerentes...tanto na atenção básica, os gerentes da atenção especializada, o geral da Secretaria da Saúde e o in loco que é ... de cada território. [...] E tem um outro processo que eu acho que é bem significativo, é a estratégia que a gente usa da educação

popular em saúde que também eu acabei não falando, né? É porque a gente usa mais a educação popular vinculada a educação permanente e não separado [...]. Pra mim o maior desafio é sustentar este modelo de apoio institucional e pedagógico que a gente já conhece que tem um custo alto né, expandi-lo para os serviços também de retaguarda. Porque isso nós temos para a atenção primária e aí a gente precisaria também pros demais serviços [...].” (P. 12)

Com isso, é imperativo atenção aos aspectos propostos nas e para as ações formativas, porque “nem toda ação educativa implica um processo de educação permanente, mesmo quando visa à melhoria do desempenho dos trabalhadores” (MEDEIROS, 2015, p. 118).

Contudo, depreendemos que o movimento pedagógico apresentado pelo município de Sobral/CE dialoga com os pressupostos da educação permanente, tendo em vista trazer em seus princípios pedagógicos a problematização, a aprendizagem significativa e a transformação das práticas em saúde (LIMA *et al*, 2018).

Além disso, percebemos que a formação de médicos e enfermeiros para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral permeia dois modelos educacionais de formação, a saber o sociocultural de Paulo Freire e o tradicional de Snyders, com tensionamento e movimentos voltados principalmente para o modelo freiriano ao partir de uma educação problematizadora, pautada nas necessidades locais de saúde e que tem como objetivo desenvolver profissionais para transformar e qualificar as práticas de atenção à saúde.

O quadro abaixo demonstra que na abordagem sociocultural, a relação homem e mundo se dá na ação e reflexão com o objetivo de transformar o mundo, mediante a adoção de metodologias de ensino problematizadoras e dialógicas (MIZUKAMI, 1986), enquanto na abordagem tradicional o homem é inserido em um mundo que irá conhecer a partir de informações que lhe serão transmitidas.

Quadro 14 - Principais características dos modelos educacionais (MIZUKAMI,1986). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.

Modelos Educacionais	Principais Características
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - Teórico: Snyders; - Ensino centrado no professor, caracterizado pela transmissão; - O professor é o agente e o aluno ouvinte; - Os conteúdos tem que ser aprendidos e os modelos imitados; - Relação homem-mundo: o homem é inserido em um mundo que irá conhecer a partir de informações que lhe serão transmitidas.
Comportamentalista	<ul style="list-style-type: none"> - Teórico: Skinner; - Ensino composto por padrões de comportamento que podem ser modificados com o treinamento; - O professor planeja e desenvolve o sistema de ensino-aprendizagem e o aluno controla o processo da aprendizagem; - Relação homem-mundo: o homem é consequência das influências ou forças existentes no meio ambiente; o homem é produto do meio.
Humanista	<ul style="list-style-type: none"> - Teóricos: Rogers e Neils; - O ensino é o produto de personalidades únicas, respondendo a circunstâncias únicas, em uma espécie de relacionamento; - O professor é um facilitador da aprendizagem, e esta depende de como o professor se relaciona com o aluno. O aluno é responsável pelos objetivos referentes à aprendizagem; - Relação homem-mundo: o homem está em um processo constante processo de atualização e se atualiza no mundo; o homem configura o mundo diante de si mesmo.
Cognitivista	<ul style="list-style-type: none"> - Teóricos: Piaget e Bruner; - O conhecimento é produto da interação entre homem e mundo, sujeito e objeto; - O ensino é baseado na proposição de problemas; - Cabe ao professor criar condições para que os alunos possam estabelecer reciprocidade intelectual e cooperação ao mesmo tempo moral e racional; - O conhecimento progride mediante a formação de estruturas. Tudo o que se aprende é assimilado por uma estrutura preexistente e provoca uma reestruturação; - Relação homem-mundo: o homem ao modificar o meio se modifica.
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> - Teórico Paulo Freire - O conhecimento é elaborado e criado pelo homem a partir da interação com o mundo e seu contexto sócio, político, histórico e cultural; - Educação problematizadora/conscientizadora, onde a relação professor-aluno é horizontal; - O professor cria condições para que, juntamente com o aluno, a consciência ingênua seja superada e que estes possam perceber as contradições da sociedade e grupos em que vivem; - Relação homem-mundo: interação homem-mundo é imprescindível para que o ser humano se desenvolva e se torne o sujeito de sua práxis.

Fonte: MIZUKAMI (1986).

Todavia, entendemos que as limitações processuais e de registro das atividades formativas identificadas nesta pesquisa inviabilizam-nos inferir, em sua plenitude, o modelo pedagógico adotado pelo município de Sobral no desenvolvimento dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil.

5.2.5 Avaliar é preciso

Gomes, Petta e Pereira (2018), ao discutirem sobre as bases conceituais das práticas avaliativas na formação profissional em saúde, definem avaliação como uma atividade permanente, crítico-reflexiva do processo de ensino e aprendizagem, que permite acompanhar o desenvolvimento deste e reconhecer os avanços e dificuldades vivenciados a fim de reorientar iniciativas educacionais.

Nesse sentido, ao questionarmos durante as entrevistas sobre como se deu a avaliação dos processos educativos realizados para médicos e enfermeiros de 2014 a 2018 para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, bem como qual a efetividade desses na atenção à saúde, percebemos em alguns pontos da Rede Cegonha de Sobral/CE a inexistência de avaliação sistematizada dessas ações.

“a avaliação é um nome bem Avaliação né?..... Se a gente consegue avaliar de alguma forma né? A gente tem aqueles indicadores dos protocolos prioritários né. [...] a própria avaliação das avaliadoras da Secretaria de Saúde do Estado né, foi start que elas puderam fazer uma auditoria e ver se realmente esse processo tava acontecendo ou não né, tinha tido resultado a avaliação desse processo e elas viram que algumas coisas estavam frágeis né. [...] eu fiquei pensando né como é que eu avalio né? Aí me veio na mente: não, a gente avalia desse jeito. Mas às vezes a gente tem tanta ânsia de tá aqui o problema o que eu vou fazer, fazer treinamento? Que às vezes a avaliação fica meio que velada né diante desse processo [...]” (P.1)

“Avaliação nessa lógica de impacto não. [...] Então, a gente tem alguns feedbacks né, então isso fica. Mas um instrumento sistematizado não, isso a gente não tem.” (P.9)

Kirkpatrick e Kirkpatrick (2008) concebem a avaliação de programas educacionais a partir de quatro níveis: 1) reação – o que os participantes pensam e

sentem sobre a formação; 2) aprendizagem –competências adquiridas ou desenvolvidas; 3) comportamento – o que foi efetivamente fixado e aplicado no campo profissional; e, 4) resultados – redução dos custos, aumento qualitativo e quantitativo da produção. É salutar que esses autores reconhecem a avaliação de resultados como a avaliação mais importante e mais difícil dos programas educacionais.

Assim, concernente à avaliação da efetividade das práticas formativas na atenção à saúde materno-infantil, verificamos mediante os relatos que esta ação, quando ocorria, se dava geralmente nos processos formativos em que havia prévia definição de metas, por meio de monitoramento dos indicadores assistenciais de saúde materno-infantil, notificações de eventos adversos, feedback dos gestores dos serviços de saúde e auditoria de prontuários.

“[...] Então, acredito que inclusive esse objetivo do treinamento ele deveria ser colocado logo ali no início, a meta da gente qualificando a assistência e fazendo essa educação como atividade educativa é qualificar o acolhimento de classificação de risco e a redução do tempo de atendimento. Então, esse objetivo deveria ser claro.....com uma frase curta né de impacto e que pudesse realmente ao final de um período estabelecido se avaliar. Então, se eu fiz o treinamento hoje, ao final de um mês eu já teria que tá avaliando como é que foi aquela prática.”
(P.13)

“[...] esses que nós trabalhamos com meta nós fazemos acompanhamentos mensais através da nossa planilha de indicadores. Ah eu tenho uma meta de redução de cinquenta por cento da infecção da corrente sanguínea, então a gente vem acompanhando junto ao serviço de controle de infecção e a gente vai fazendo o comparativo entre os anos né. Então, a gente consegue avaliar esses que nós temos indicadores. [...] os outros como é que vocês acompanham? Através das notificações.” (P.2)

“[...] todas são feitas com indicadores que são mensurados antes e após pra certificar a eficiência ou não destas formações.” (P.14)

“[...] como a gente trabalha com auditoria de prontuários também na parte materno-infantil a gente consegue identificar bem se o que foi pactuado nos treinamentos e o que foi repassado tá sendo posto em prática.” (P.5)

“[...] eu particularmente eu recebo o feedback que vem do colegiado gestor da Secretaria ou dos gerentes dos serviços né que eles dão ou com os docentes.” (P.9)

“[...] se houve algum evento, esse evento é investigado e aí a gente pode correlacionar se há alguma necessidade de treinamento devido a isso[...].” (P.10)

Estudo realizado por Nascimento *et al* (2020), em 79 municípios do Mato Grosso do Sul para investigar se a presença de profissionais que concluíram curso de especialização em Saúde da Família teria associação a indicadores de melhores cuidados de saúde materna e infantil, evidenciou que esta formação teve impacto visível no processo da Estratégia Saúde da Família dos locais onde os profissionais que concluíram o curso estavam inseridos. Durante a pesquisa, perceberam aumento no número de inscrição de mulheres grávidas, no número de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo e no número de crianças menores de um ano com vacinações em dia e crianças de 12 a 23 meses com vacinações em dia (NASCIMENTO *et al*, 2020).

Nesta perspectiva, a avaliação da eficácia do processo formativo na atenção à saúde do município pesquisado foi apontada pelos participantes como um desafio, tendo em vista entenderem que a melhoria da qualidade da assistência à saúde ser de ordem multifatorial e que o produto da formação é processo.

“[...] é um desafio na questão de avaliação, a pergunta anterior né, a própria avaliação da qualidade e enfim, do conhecimento

né da habilidade e atitude daquele profissional da aquisição desse conhecimento, habilidade e atitude. [...] Porque se a gente trabalha prevenção de infecção de corrente sanguínea, por exemplo, que é trabalhado fortemente na neonatologia, após a implantação do protocolo, a gente tem a evidência de que diminuiu muito né esse número de infecções até zerou em alguns períodos. Porém, não é atrelado unicamente ao treinamento. Claro que o treinamento e a capacitação ela é um dos pontos que vai fortalecer. Mas existem outras questões também que podem estar envolvidas no desfecho daquele paciente que não seja somente o treinamento.” (P.10)

“Um outro desafio pra nós que é típico no campo da educação, os produtos. E pode parecer meio esdrúxulo, mas eu digo que os produtos são processuais. O produto da educação é processo né. Então, isso é muito complexo porque nem sempre você tem a materialidade pra dizer que esse indicador de mortalidade infantil em Sobral se deve em parte tantos por cento em função dos processos educacionais.” (P.12)

Neste aspecto, Donabedian (1989) propôs uma importante abordagem para a apreciação da qualidade dos serviços de saúde, pautada na tríade estrutura-processo-resultado, em que a avaliação da estrutura analisa os recursos disponíveis para verificar sua adequação aos critérios e padrões estabelecidos; a avaliação de processo analisa se as atividades e tarefas são realizadas de forma prevista e se os procedimentos são baseados cientificamente; e a avaliação de resultado analisa a capacidade do serviço de alcançar seus objetivos. Portanto, para Donabedian, processo é o objeto principal da avaliação.

Neste contexto, podemos observar que o estudo desenvolvido por Nascimento *et al* (2020) também evidenciou impacto no processo da Estratégia Saúde da Família mediante a inserção de profissionais especialistas em Saúde da Família.

Além do mais, durante as entrevistas percebemos que há reconhecimento pelos participantes da necessidade de identificar e elaborar instrumentos de

avaliação da eficácia dos processos formativos que permitam correlacionar os resultados em saúde e as ações formativas na saúde. Neste aspecto, foi apontada também a importância de envolver a comunidade (mulheres e famílias) na avaliação da assistência pós processo formativo.

“E o outro grande desafio é esse da gente identificar, elaborar instrumentos de avaliação. Porque eu entendo também de que no momento que nós avançarmos nos instrumentos de avaliação e termos essas avaliações mais concretas, isso também poderá ser uma estratégia ou um dispositivo, um recurso a mais que nós teremos pra fundamentar as necessidades da sustentabilidade [...].” (P.12)

“[...] uma avaliação interna que a gente fez em relação a essa primeira formação, sensibilização a gente pensou fazer grupo focal depois com os profissionais, mas a gente entendeu depois que deveria ter a voz das mulheres e das famílias.” (P.6)

Pelo exposto, depreende-se que é imperioso discutir a implementação da prática avaliativa aos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, contemplando tanto o processo de ensino-aprendizagem como os resultados destes nos serviços de saúde, levando em consideração a participação de todos os atores envolvidos no cotidiano da saúde a saber: gestores, profissionais, formadores, estudantes e comunidade.

5.2.6 Contribuição dos processos formativos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE

A ideia de formar em e para a saúde se refere à transformação da prática e a tornar os profissionais atores do trabalho em saúde, processo no qual, de acordo com Mattos *et al* (2018), há uma relação indissociável entre o cuidado e a gestão em saúde.

Nesse sentido, ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre quais as contribuições dos processos formativos realizados, no período de 2014 a

2018 em Sobral/CE, para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil, emergiram: 1) qualificação dos profissionais, 2) implementação de boas práticas nos serviços de atenção à saúde materno-infantil e 3) qualidade da assistência ofertada à mulher e à criança.

Concernente às contribuições na qualificação dos profissionais foi mencionado que essas atividades são consideradas como ferramenta de gestão para a qualificação do quadro de profissionais, tendo em vista que favoreceram a inserção de médicos e enfermeiros, especialistas em obstetrícia, neonatologia e pediatria em uma das maternidades de referência da Rede Cegonha de Sobral/CE, aumentando assim a competência de atuação desta.

“[...] nos últimos anos isso ocorreu, tanto é que hoje no corpo de enfermagem todas as enfermeiras que estão lotadas na maternidade têm especialização em obstetrícia. Também resultou no redimensionamento desse pessoal né o aumento do número de médicos tanto os gineco-obstetra quanto os pediatras neonatologista e também o aumento do número de enfermeiros. [...] essas atividades elas acabam também servindo como ferramenta de gestão para a qualificação do quadro de profissionais. [...] o principal deles foi a possibilidade de formar bem as novas gerações de profissionais e isso é um retrato né. Nós temos hoje na própria maternidade do hospital um quadro enorme de ex-alunos e de ex-residentes trabalhando né.” (P.14)

Para Silva e Natal (2019), a residência multiprofissional em saúde, como instrumento de formação profissional para o SUS, configura-se uma ação e um processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, que possibilita mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população; promovendo mudanças na qualificação profissional (CASANOVA, BATISTA e MORENO, 2018).

No que concerne às residências médicas, Sanchez e Rodriguez (2020) afirmam que a percepção da necessidade de realizar mudanças na formação profissional para o fortalecimento do SUS considerou a Ginecologia e Obstetrícia

como um dos programas estratégicos para este. Diante disso, estes programas são considerados como a melhor estratégia para o provimento e a fixação do profissional médico na região em que o residente escolhe para a formação (MARTINS *et al*, 2017).

Verificamos também, neste quesito, que os processos formativos foram imprescindíveis para a capacitação dos profissionais recém-formados que adentraram nos serviços de atenção primária, uma vez que era perceptível a necessidade de conhecimentos destes para atuação na saúde materno-infantil.

“[...] infelizmente a gente observa que os profissionais eles saem das instituições de ensino, eles concluem o processo formativo, mas eles saem ainda com muita necessidade de aprendizagem. Sobretudo, quando a gente pega aí um recorte mais específico como a saúde materno-infantil. Então, quando o profissional adentra o sistema nós não temos como assegurar que esse profissional ele já venha de fato hábito. E aí eu entendo que as formações elas tem uma contribuição importante no sentido de alinhar os profissionais e também de garantir alguns elementos mais básicos pra atuação né nesse foco.” (P.9)

Corroborando com o exposto, estudo recente identificou a importância do desenvolvimento de processo formativo para os profissionais antes da entrada no serviço para que estes possam estar preparados para atuarem de acordo com os princípios doutrinários do SUS (CELESTINO *et al*, 2020).

No que se refere à contribuição dos processos formativos para as boas práticas de atenção à saúde materno-infantil, identificamos que estes favoreceram a implementação das boas práticas de assistência à mulher e à criança, preconizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito da Rede Cegonha, nas maternidades do referido município, emergindo: mudança de conduta profissional, melhoria da relação profissional-paciente, e elaboração de protocolos e rotinas baseadas em evidências científicas.

“[...] os processos formativos eles nos ajudam nessa forma: de eu querer expandir né essas boas práticas que o Ministério coloca pro serviço e pra esses colaboradores.” (P.1)

“Então, a implementação das boas práticas, da mudança de postura ela foi possível sim através desse apoio das políticas ministeriais e com os processos educativos cotidianos, no dia-a-dia, e não só naquele momento que a gente vai fazer educação permanente, não só naquele momento que a gente faz um treinamento, fora do horário de trabalho, mas no cotidiano, na discussão de caso, caso a caso, aprendendo todo dia [...].” (P.13)

“[...] passamos a observar profissionais mais sensíveis né às questões profissionais, mais preparados pra ouvir, preparados pra dar o que aquele paciente precisa dentro da sua necessidade.” (P.2)

“Nos últimos anos nós publicamos as rotinas da pediatria, as rotinas da obstetrícia né, nós publicamos o manual de assistência neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Então, tudo isso foi um resultado de um conjunto de atividades desenvolvidas no campo da formação direcionadas a melhorar e qualificar o serviço de assistência materno-infantil.” (P.14)

De acordo com Pereira *et al* (2018), as boas práticas ao parto e ao nascimento estão relacionadas ao (re)pensar do modelo de intervenção e ao estímulo das evidências científicas com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher no cenário obstétrico, apresentando impactos qualitativos no cuidado humanizado da mulher e do recém-nascido.

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento foram propostas pela Organização Mundial da Saúde em 1996 e instituídas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459/95 com o objetivo de qualificar a atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Neste cenário, Carvalho e Silva (2020, p.117) ressaltam a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente sobre essas práticas voltadas para os profissionais, tendo em vista que “ainda existem lacunas destacadas em outros estudos referentes às condutas dos profissionais, seja por despreparo ou por negligência”.

No tocante à contribuição para a qualidade da assistência à saúde materno-infantil, os processos formativos foram considerados fundamentais. Um dos participantes da pesquisa afirmou que a prática formativa é uma estratégia que favorece ao reconhecimento da realidade do serviço tal como é, subsidiando a reorientação/qualificação do processo assistencial.

“Essa atividade ela orienta a tomada de decisões pelos gestores e, antes disso, orienta, sobretudo, a qualificação do processo desenvolvido dentro do serviço.” (P.14)

Nesta perspectiva, corroboramos Silva *et al* (2019, p.15) quando declaram que os processos formativos na lógica da educação permanente tem o cotidiano do trabalho como o locus de aprendizagem, o qual é “problematizado e afetado pelas questões que atravessam o agir de diferentes atores na saúde”, sejam eles profissionais, gestores, professores, estudantes e usuários.

Diante disso, reiteramos que a educação permanente é um dispositivo que proporciona a autoanálise e as mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, mediante o incentivo de novas formas de pensar e agir, refletindo em “novos modos de se produzir saúde e de se organizar os processos de trabalho, os serviços de saúde, a formação profissional, a gestão e o controle social” (CAMPOS, SENA e SILVA, 2017, p.2).

5.3 Modelo lógico da Formação para a Atenção Saúde Materno-Infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha

Neste tópico, apresentaremos uma proposta de Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

Para tanto, discorreremos sobre as fundamentações teóricas e metodológicas que orientaram a construção do modelo lógico, bem como o caminho percorrido para a elaboração da modelização desta intervenção.

5.3.1 Teorizando a modelização de uma intervenção

De acordo com Medina *et al* (2005), no campo da saúde, a necessidade de avaliação das intervenções é cada vez mais imperiosa, tendo em vista a crise fiscal do Estado e a redução de gastos públicos associadas às crises dos modelos organizacionais e “às ideologias profissionais, em um contexto onde movimentos sociais demandam novas necessidades e formas de cuidado (BOSI e UHIMURA, 2013, p.83).

Reconhecida como uma importante estratégia de gestão e planejamento, a avaliação contribui para a utilização de recursos públicos de forma correta, sustentável e efetiva (PAIVA e CAETANO, 2020), sendo definida

“[...] como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade *ao que é feito* por referência *ao que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas” (AYRES, 2004, p. 585).

Donabedian (1989) ao discutir os conceitos da qualidade em saúde apresenta sete critérios para avaliação da qualidade de uma intervenção, quais sejam: validade, relevância, disponibilidade, qualidade do registro, adaptabilidade à avaliação, capacidade de ser mais ou menos estrito e eficiência em rastrear o problema.

Neste contexto, os modelos lógicos emergem como instrumentos de avaliação de políticas públicas por permitirem a exposição de determinada intervenção, seus resultados e impactos de forma simples e visual (BRASIL, 2018),

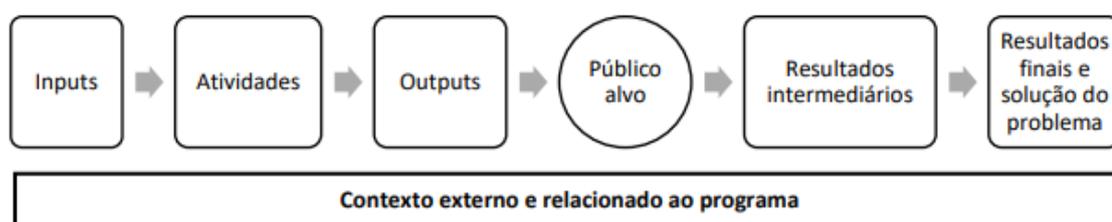
mediante a integração da descrição das ideias, hipóteses e expectativas (COSTA, 2018).

Assim, por favorecer ao gestor amplo entendimento de um programa, contribuindo “na análise das informações, no planejamento, no monitoramento, no desenho de avaliações, na formulação de questões de avaliação ou no diagnóstico dos resultados e impactos esperados” (BRASIL, 2018, p.6), os modelos lógicos podem ser utilizados como estudos de avaliabilidade de uma intervenção, avaliação *ex-ante* ou *ex-post* (COSTA, 2018).

Categorizados em três tipos, os modelos lógicos podem ser causal, teórico ou operacional. Para Champagne *et al* (2011, p.67), o modelo causal “representa o problema a ser corrigido e suas causas”, o teórico “representa o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focalizadas pelo programa”, enquanto o modelo operacional “estabelece o vínculo entre as estruturas e os processos, e isso até o primeiro resultado”.

Para Pessoa e Noro (2015), os modelos lógicos permitem a compreensão da estrutura dos componentes da avaliação, das questões envolvidas e das prováveis relações entre esses, auxiliando na definição de critérios e indicadores da avaliação de uma intervenção. Logo, apresentam como elementos: inputs, atividades, outputs, resultados intermediários, resultados finais, bem como hipóteses que sustentam a relação entre esses elementos e as influências das variáveis relevantes de contexto (COSTA, 2018) (Figura 7).

Figura 7 - Elementos do modelo lógico.



Fonte: Costa (2018).

De Souza, Abbad e Gondim (2017), organizam os elementos do modelo lógico em três estruturas centrais: 1) os elementos de contexto, que compreendem as influências externas ao programa; 2) a estrutura programada, constituída pelos recursos, atividades e produtos; e, 3) a estrutura dos resultados, que explicita os resultados a serem apresentados a curto, médio e longo prazo. Nesse sentido,

corroboramos com os autores quando afirmam que o contexto é imprescindível haja vista ser uma fonte de variáveis que deve ser pontuada e monitorada em todas as fases do ciclo de gestão de uma intervenção (planejamento, implementação e pós-implantação).

Champagne *et al* (2011, p.69) afirmam que para quase todos os programas é possível encontrar o modelo lógico operacional, uma vez que a elaboração deste tipo de modelo não é difícil e envolve basicamente as perguntas: “‘Quem faz o quê?’, ‘Quais os recursos investidos?’ e ‘Quais são as atividades previstas?’”. Logo para a construção de um modelo lógico operacional podem ser utilizadas várias fontes, desde documentos, entrevistas e observações (CHAMPAGNE, 2011; COSTA, 2018).

As etapas para a elaboração de um modelo lógico varia de acordo com o referencial teórico adotado. Para Medeiros *et al* (2010) a modelização da intervenção compreende as etapas: coleta de informações; definição do problema objeto da intervenção; identificação dos componentes do modelo lógico; avaliação do modelo construído por informantes-chaves; e, consenso da melhor lógica do programa. Para Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), as etapas são: coleta e análise de informações; pré-montagem do modelo lógico; validação do modelo lógico; e, elaboração do plano de avaliação. Na perspectiva de Maclaughkin e Jordan (2010), as etapas se constituem em: coleta das informações; definição do problema e seu contexto; identificação dos elementos do modelo; desenho do modelo; e, validação do modelo proposto.

Quanto à forma de apresentação dos modelos lógicos, estes podem assumir formas variadas, dentre as quais citamos: textos, tabelas, diagramas, hierarquia de objetivos (CHAMPAGNE *et al*, 2011). Porém, a escolha da forma de apresentação geralmente está relacionada a que melhor se encaixa ao programa e à informação que se quer transmitir (W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2001).

Contudo, é salutar que Maclaughkin e Jordan (1999) ressaltam que o modelo lógico representa uma intenção e não uma realidade da intervenção, tendo em vista focar nos resultados esperados e desafiar a atribuição causal que depende de muitos fatores influenciadores dos processos e resultados. Além disso, apresenta como limitação demandar tempo para elaboração de vários modelos a cada mudança de entendimento do programa devido à dinamicidade do contexto.

Nesse sentido, Bezerra *et al* (2012) destacam que o modelo lógico pode e deve ser revisado de acordo com a necessidade a fim de contemplar novos aspectos ou outros não previstos anteriormente e que surgiram no decorrer da implantação do programa.

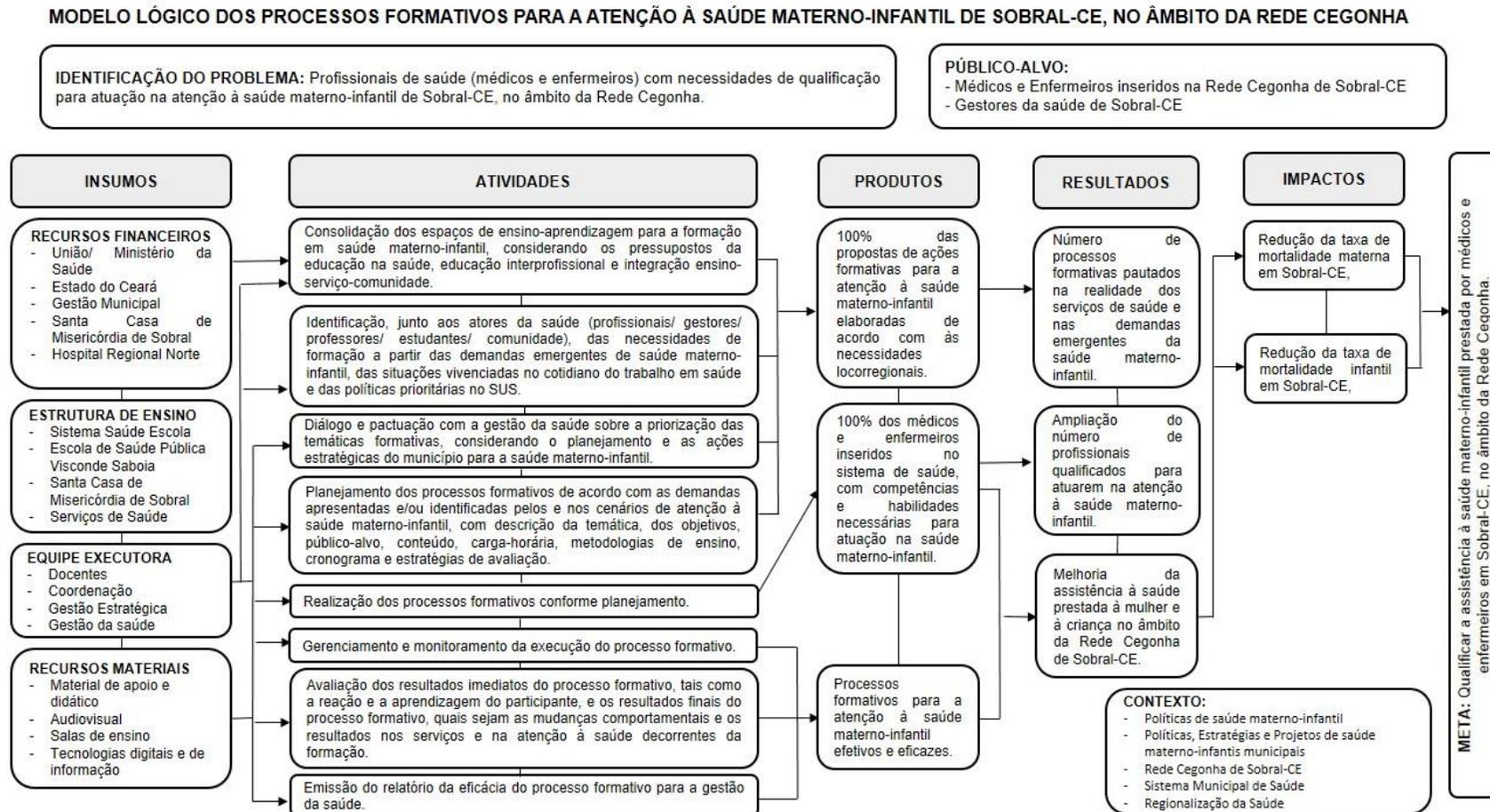
5.3.2 O Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha

Considerando que o modelo lógico permite compreender determinada intervenção a partir de sua exposição visual, construímos uma proposta de modelo lógico para os processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha a fim de instrumentalizar a gestão da saúde de Sobral/CE concernente à avaliação da efetividade do referido programa, permitindo identificar os pontos de melhoria e orientar tomadas de decisão.

Para fins desta modelização, adotamos as etapas propostas por Maclaughkin e Jordan (2010): 1 - coleta das informações mais relevantes; 2 - definição do problema e seu contexto; 3 - identificação dos elementos do modelo de intervenção; 4 - desenho do modelo; e, 5 - validação do modelo proposto. Todavia, como esta pesquisa teve como objetivo apenas elaborar o modelo lógico, a etapa de validação não foi realizada, cabendo ser realizada em momentos e/ou pesquisas futuras.

Para a construção do modelo, utilizamos as informações coletadas mediante análise documental, registro em diário de campo e entrevistas realizadas na fase de coleta de dados desta pesquisa, das quais, após análise, foram extraídos o problema e o contexto da intervenção, bem como identificados os elementos do modelo da intervenção. Posteriormente, o modelo foi formatado em diagrama, seguindo o movimento de cima para baixo (*top-down*) e da esquerda para a direita (Figura 8).

Figura 8: Modelo lógico da Formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor por pesquisa direta (2020).

* Entende-se por *insumos* os recursos humanos, financeiros, organizacionais e comunitários que o programa tem disponível para direcionar para a realização do trabalho. As *atividades* do programa são o que o programa faz com os recursos para alcançar as mudanças esperadas; os *produtos* são os produtos diretos das atividades e podem incluir tipos, níveis e metas de serviços a serem prestados pelo programa; os *resultados* são as mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades dos participantes do programa, estado e nível de funcionamento; e o *impacto* é a mudança fundamental intencional ou não intencional que ocorre nas organizações, comunidades ou sistemas como resultado das atividades do programa (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2001).

Diante disso, a proposta de modelização da intervenção, diagramada na Figura 8, favorecerá aos atores envolvidos com o programa o entendimento, de forma clara e simples, da integração entre os elementos da formação para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, desde os *inputs* até a obtenção dos resultados finais, permitindo conhecer o problema, a população-alvo, as atividades desenvolvidas para o alcance dos resultados a curto, médio e longo prazo, assim como reconhecer o contexto que pode interferir nos resultados e na interação entre os elementos do modelo, favorecendo o planejamento, monitoramento e avaliação da intervenção.

Sobre essa questão, Paiva e Caetano (2020, p.8) afirmam que essa “análise contribui para a reflexão quanto aos principais desafios que devem ser considerados para reduzir os riscos de fracasso ou limitação das intervenções”, bem como favorece a apropriação e a utilização dos resultados pelos gestores e demais atores envolvidos.

Lemos, Prado e Medina (2020) ao referirem que a modelização apresenta “o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar determinada situação problemática, sendo a sistematização destas hipóteses a teoria do Programa”, destacam que o contexto, os atores envolvidos e o alinhamento entre os objetivos e interesses são fundamentais para a pertinência de uma intervenção.

Desta forma, para fins de qualificar a assistência à saúde materno-infantil prestada por médicos e enfermeiros em Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha, percebe-se por este diagrama que é imperioso a destinação de aporte financeiro aos processos formativos, bem como a disponibilização de estrutura de ensino nas unidades assistenciais e nas instituições formadoras, além de pessoal com qualificação em docência na saúde e gestão estratégica na saúde. Estes, em articulação às atividades, favorecerão a obtenção dos produtos e dos impactos esperados para a saúde materno-infantil de Sobral/CE, quais sejam: redução das taxas de mortalidade materna e de mortalidade neonatal.

Corroborando com o exposto, Souza, Abbad e Gondim (2017, p.6) mencionam que a construção de modelos lógicos facilitam o entendimento dos elementos críticos essenciais para a compreensão “da cadeia lógica de eventos e atividades que produzem os resultados esperados e possibilitam a aferição da eficácia e da efetividade da intervenção”.

No que concerne à saúde materno-infantil de Sobral/CE, o Plano Municipal de Saúde traz de forma clara que a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna é um dos bons resultados alcançados com as práticas da saúde adotadas no município e com o desenvolvimento de programas, projetos e ações nas diversas políticas setoriais (SOBRAL, 2017b), das quais citamos os processos formativos para qualificação dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede de atenção à saúde materno-infantil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha, nos remeteu ao desvelamento das práticas de formativas em saúde como uma estratégia imprescindível para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil.

Para tanto, ao utilizarmos a análise da implantação como o tipo de análise para esta intervenção, vários aspectos foram levados em consideração, haja vista essa análise ter como objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e contexto, em comparação com os resultados.

Conquanto, há que ressaltar, nesse contexto, a complexidade dessa intervenção ao compreender que ela se dá na intersecção entre os campos da saúde e da educação, as quais, depreendidas como práticas sociais pela Saúde Coletiva, na noção de campo apresentam fundamentos onto-epistemológicos distintos e intersetorialidade aplicada na prática.

Ao retomarmos aos conceitos de rede de atenção à saúde também objeto deste estudo, observamos que estas emergiram no final dos anos 90 nos EUA, e mais recentemente no Brasil, como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde mediante a articulação entre os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a fim de garantir a integralidade da assistência.

Nesse sentido, a Rede Cegonha, lançada em 2011 como uma das redes estratégicas no Brasil, ao ter como objetivo garantir assistência integral, humanizada e segura a mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança desde o nascimento até os dois anos de vida, apresentava como finalidade reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Tendo em vista que Sobral/CE, é o município da região norte do Estado do Ceará que dispõe de todos os pontos de atenção da rede cegonha e que após implantação da Rede Cegonha apresentou redução significativa dos óbitos maternos e infantis, e, levando em consideração também a ausência de estudos sobre a Rede Cegonha com enfoque na área de educação na saúde, desenvolver e pesquisar este tema permitiu depreender a importância das práticas formativas na qualificação da atenção materno-infantil, favorecer o reconhecimento das práticas de gestão e

atenção qualificadoras da assistência materno-infantil neste município, além de ter permitido identificar as necessidades de melhorias e para tomada de decisão.

Destarte, o percurso realizado nesta pesquisa, desde o entendimento de como está organizada a Rede Cegonha no município de Sobral/CE, quais as práticas de gestão contribuem para a efetividade da qualidade da atenção à saúde materno-infantil, que desafios são vivenciados neste município para a qualificação da atenção materno-infantil até a compreensão dos processos formativos desenvolvidos para médicos e enfermeiros no período de 2014 a 2018 e a contribuição destes para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE, favoreceram elaborar o modelo lógico operacional dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil em Sobral/CE.

Diante disso, esta pesquisa avaliativa nos permitiu perceber que embora o município de Sobral disponha de todos os componentes da Rede Cegonha, apresente baixas taxas de mortalidade infantil comparadas ao Estado do Ceará e ao Brasil, decorrentes de várias ações e projetos desenvolvidos nesta cidade mesmo antes dessa estratégia, apresenta ainda o desafio da operacionalidade desta RAS devido ao financiamento insuficiente do SUS, o que implica na insuficiência da quantidade de leitos obstétricos e neonatais e na oferta de exames. Foi identificado além disso, o desafio da vinculação da gestante à maternidade para o parto e a necessidade de fortalecimento da integração entre os pontos de atenção da rede e do transporte sanitário, já que este está garantido apenas nas situações de emergência.

Tal situação se reflete e tem implicação nos processos formativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil deste município, tendo em vista que de 2014 a 2018, foram realizadas 88 ações formativas para médicos e enfermeiros inseridos na Rede Cegonha de Sobral, abrangendo os componentes da Rede Cegonha Pré-natal, Parto e Nascimento, e Atenção Integral à Criança e Puerpério, com ausência de formações orientadas ao componente Sistema Logístico.

Nesse sentido, ao evidenciarmos que a maioria dessas ações aconteceram a nível de atenção terciária, não sendo identificados registros de formações para a atenção secundária, e que alcançaram em sua maioria enfermeiros, entendemos ser imperioso investir na qualificação dos profissionais inseridos em toda a rede de atenção materno-infantil de Sobral/CE para fins de

fortalecer a linha de cuidado materno-infantil e garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada à mulher e à criança neste município, assim como se faz necessário implementar avaliação sistematizada dos processos formativos e da efetividade destes nas práticas de atenção à saúde, mediante participação de todos os atores implicados com a saúde.

Outrossim, percebemos que o movimento pedagógico dos processos formativos para qualificação da saúde materno-infantil apresentado pelo município de Sobral/CE dialoga com os princípios da educação permanente ao trazer em suas práticas a problematização e a aprendizagem significativa para a transformação do trabalho em saúde.

Assim, embora percebamos que as práticas formativas para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE se aproximem dos modelos pedagógicos sociocultural de Paulo Freire e tradicional de Snyders, a ausência de registros dos processos formativos em si, assim como as fragilidades mencionadas pelos participantes da pesquisa, impedem-nos de inferir plenamente sobre qual o modelo pedagógico adotado por este município no desenvolvimento dos processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil.

Portanto, levando em consideração que Sobral/CE dispõe de um ambiente favorável ao desenvolvimento de práticas formativas, críticas e reflexivas do processo de trabalho na saúde materno-infantil, por se configurar um Sistema de Saúde Escola e dispor de uma potencial rede de atenção à saúde materno-infantil, modelizar a intervenção “Processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral-CE, no âmbito da Rede Cegonha” permitirá aos atores envolvidos o entendimento e monitoramento da cadeia lógica de eventos e atividades que permitem a obtenção dos resultados esperados por este, qual seja: qualificar a assistência à saúde materno-infantil prestada por médicos e enfermeiros em Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

Além disso, esta pesquisa avaliativa nos permitiu identificar a importância da sensibilização e implicação dos gestores municipais para a implementação de ações, programas e projetos voltados à melhoria da qualidade da atenção à saúde materno-infantil, uma vez que no município de Sobral/CE este foi um dos aspectos citados como imprescindível para a obtenção dos resultados positivos da saúde materno-infantil.

Isto posto, entendemos que esta pesquisa apresenta como limitação o fato de avaliar a intervenção apenas sob a perspectiva de um dos atores envolvidos nesta (gestores), não havendo a participação dos demais *stakeholders* (profissionais, docentes, comunidade), o que não permitiu a visão ampliada do objeto pesquisa sob a ótica de todos os envolvidos, e o fato não ter trabalhado estatisticamente a correlação dos indicadores de saúde materno-infantil com a produção em saúde e o desenvolvimento de ações e projetos para qualificação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança até os dois anos de idade.

Desta forma, são necessários o desenvolvimento de estudos que avaliem os resultados de cada ação, programa e projeto voltado para a atenção à saúde materno-infantil de Sobral/CE, bem como que permitam avaliar os fatores multicausais que favorecem a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, correlacionando-os aos indicadores de saúde, a fim de favorecer o planejamento e a tomada de decisão nas intervenções materno-infantis.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva**. 2015. Acesso em: 29 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/DCN-CGSC-versao-junho-2015.pdf>>.
- ADESSE, L.; SILVA, K. S.; BONAN, C.; FONSECA, V. M. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**, v.39, n.106, p.694-706, 2015.
- AGUIAR, R. P.; LINHARES, J. H. **O ensino na Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE/CE à luz da legislação vigente**. In: NOGUEIRA, D. L.; MARQUES, K. M. A. P.; PINTO, V. P. T. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no contexto hospitalar. Sobral (CE): Sobral Gráfica e Editora, 2018.
- ANDRADE, S. M. A. S.; MANZOTTI, C. A. S.; GOUVÊA, J. A. G.; GOMES, C. F.; BERNUCI, M. P.; CASSIANO, A. C. M. Impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.17, n.3, p.310-317, 2016.
- ANGULO-TUESTA, A.; SANTOS, L. M. P.; NATALIZI, D. A. Impacto da pesquisa em saúde nos avanços de conhecimento, construção de capacidades de pesquisa e políticas informadas por evidências: um estudo de caso sobre a morbimortalidade materna no Brasil. **São Paulo Medical Journal**, v.134, n.2, p.153-162, 2016.
- ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 6, p.1000-7, 2014.
- ARCANJO, Carolina Cavalcante Tavares et al. Vivências de cuidadores de crianças prematuras após alta hospitalar: experiência do Projeto Coala. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 19, n. 1, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026092, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200510&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Presses Universitaires de France, 1977.
- BEHAR, P. A. **Modelos Pedagógicos em Educação a Distância**. São Paulo (SP): Penso Editora, 2009. p.2

BERBEL, Neusi A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BEZERRA, L.C. de A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 nov. 2020.

BITTENCOURT, R. L.; CUNHA, Y. M.; BATISTA, K. M. Abordagens de ensino no curso de Geografia. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.**, v. 18, n.2, p. 96-102, 2017.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva: panorama e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, pp. 575-586.

_____. Os desafios atuais para a pesquisa qualitativa. **Fórum Sociológico**, v 24, p. 1-11, 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

BOURDIEU, P. Le champ scientifique. **Actes de la recherche en Sciences Sociales**, n. 2/3, p. 88-104, jun. 1976.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Löic. **Racionalidade e reflexividade**: nota aos leitores brasileiros. Preface to Convite a sociologia reflexiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**. 2 ed., 1 reimp. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.016, de 19 de junho de 1998**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P3.016_98obst.doc>. Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 31 jul. 2018.

_____. **Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 31 jul. 2018.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru.** 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria GM/MS nº 198/2004,** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-198-2004_188196.html>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. **Informe da Atenção Básica,** a. 5, mai/jun, 2004c. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS),** 3. ed. rev. atual. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v8.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 29 jun, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 16 abr. 2016.

_____. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Portaria MS/GM nº 1.459**, de 24 de junho de 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.c

_____. **Rede amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011e.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. 44 p.

_____. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial 1.000 de 15 de abril de 2004**. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/POR TARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>>. Acesso em: 30 jul. 2018

_____. **DATASUS**: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS – Informações de Saúde. Acesso em: 09 nov. 2020. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>.

BRASIL. Ministério da Educação. Assessoria Estratégica de Evidências. **Guia**: elaboração de modelos lógicos. 2018. Disponível em: <https://evidencias.mec.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/GUIA_ElaboracaoModelo.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb>>. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRÜGGEMANN, O. M.; EBSEN, E. S.; EBELE, R. R.; BATISTA, B. D. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.8, 2016.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; DE SENA, Roseni Rosângela; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022009.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

CARVALHO, Silas Santos et al. Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, 2020. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6290>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CARETI, Camila Marques et al. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160010.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CARDOSO, M. L. M.; COSTA, P. P.; COSTA, D. M.; XAVIER, C.; SOUZA, R. M. P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p.1489-1500, 2017.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v.17, n. 44, p.49-60, 2013.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl1/1325-1337/pt>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L.; ALVES, G. R.; CARDOSO, G. C. P. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: an analysis of the QualiSUS Rede Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, 2017.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALCANTE, G. A.; NERI, J. G.; SILVA, A. S.; OLIVEIRA, F. S. C.; GONÇALVES, K. S.; CORTEZ, J. S. Desafios na implementação da educação permanente em saúde e a enfermagem: revisão integrativa. **Re. Saúd. Digi. Tec. Edu.**, Fortaleza, CE, v. 2, n. 2, p. 29-42, ago./dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/resdite/article/view/31021>>. Acesso em: 30 out. 2020.

CEARÁ. Secretária da Saúde. **Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha no Ceará, 2012-2014**. 2012.

_____. **Regionalização: saúde descentralizada**. Disponível: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/categoria-5?cssfile=principal5.css>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Plano Estadual de Saúde, 2016-2019**. 2016.

CEARÁ. Secretaria Municipal da Saúde de Sobral. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. **Plano municipal de educação permanente em saúde de Sobral**. Sobral (CE): Secretaria Municipal da Saúde, 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **IntegraSUS**. Disponível em: <<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-vigilancia-saude/situacao-epidemiologica/taxa-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

_____. **Nascer no Ceará**. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/nascer-no-ceara/>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004/ fev.2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

CELESTINO, Lázaro Clarindo et al. Capacitação profissional na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e3751-e3751, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3751>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTRADRIOPOULOS, A. P. **Modelizar as intervenções**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: métodos e conceitos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; DENIS, J. L. **A análise da implantação**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: métodos e conceitos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: métodos e conceitos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COSTA, F. G. S. N. **Modelo lógico**: instrumento de avaliação para a Estratégia Saúde da Família. [dissertação]. Mestrado profissional em Gestão Pública. Universidade de Brasília. Brasília (DF): 2018.

COSTA, M. A. R.; SOUZA, V. S.; TESTON, E. F.; et al. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Rev Fund Care Online**. v.10, n. 2, p. 558-564, abr/jun. 2018.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 14, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

DE SOUSA, Henrique Jorge Javi. In: SOUSA, Liduína de Albuquerque Rocha *et al* (orgs.). **Nascer no Ceará**: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará. Fortaleza (CE): Littere, 2018.

DE SOUSA, Janaildo Soares et al. Estimção e análise dos fatores determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 10, n. 2, p. 140-155, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaaber.org.br/rberu/article/view/126>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

DE SOUZA, Daniela Borges Lima; ABBAD, Gardenia da Silva; GONDIM, Sonia Maria Guedes. Modelos lógicos na avaliação de um mestrado profissional: um exemplo de aplicação. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 14, 2017. Disponível em: <<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/1429>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. Monografia. Escola Nacional de Administração Pública. Brasília (DF): 2013. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública.

DILTHEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu**. Madri: Revista de Occidente, 1956.

DONABEDIAN, Avedis. **La qualità dell'assistenza sanitaria**. Roma: Nuova Italia Scientifica, 1989.

DO NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves et al. Impact of continuing education on maternal and child health indicators. **Plos one**, v. 15, n. 6, p. e0235258, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235258>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

DO NASCIMENTO, Maria Izabel Cristina Silva et al. Mortalidade neonatal precoce e a assistência às mulheres e aos recém-nascidos em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9209>>. Acesso em: 31 out. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; TORRES, J.A.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Panam Salud Pública**, v. 37, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt.>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. **Histórico da avaliação**. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: métodos e conceitos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DURKEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução: Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2002.

EDWARDS, Roger A., et al. Online continuing education for expanding clinicians roles in breastfeeding support. **Journal of Human Lactation**, v. 31, n 4, p. 582–586, 2015.

ELOIA, Suzana Mara Cordeiro et al. Processo de trabalho das mães sociais da Estratégia Trevo de Quatro Folhas. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 20, n. 2, 2019.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVEIRA, L. C.; ESMERALDO FILHO, C. E.; QUEIROZ, D. M. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira et al. O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2115-2124, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n6/2115-2124/>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2015.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.

FERLA, A. A. *et al.* (orgs.). **Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes**. 2017. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/166222/001047847.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

FERNANDES, R. C. A.; MEGID NETO, J. Modelos educacionais em 30 pesquisas sobre práticas pedagógicas no ensino de ciências nos anos iniciais da escolarização. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 17, n. 3, , p. 641-662, 2012.

FERNANDES, R. Z.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, pp.4457-4466, nov. 2014.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. Brasília: 2007.

FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n120/223-239/pt/>>. Acesso em: 30 out. 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, N. O.; PORTO JUNIOR, F. G. R. Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica Brasileira. **Revista Desafios**, v. 4, n. 1, p. 21-31, 2017. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53059/ssoar-desafios-2017-1-oliveira_figueiredo_et_al-Políticas_publicas_de_saude_aportes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 jul. 2018.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. **Introdução à metodologia da pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FORTE, F. D. S.; MORAIS, H. G. F.; RODRIGUES, S. A. G.; SANTOS, J. S.; OLIVEIRA, P. F. A.; MORAIS, M. S. T.; LIRA, T. E. B. G.; CARVALHO, M. F. M. Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v.20, n.58, p.787-797, 2016.

FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde Debate**, v. 43, n. esp., Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe1/4-7/pt>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; BELISARIO, S. A.; GARCIA, A. C.; PINTO, I. C. M.; CASTRO, J. L.; PIERANTONI, C. R. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 53ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAS, V.G. Imagens de mulher e agenda de gênero na reta final da campanha da primeira presidenta do Brasil. **Revista Artemis**, v.16, p.186-204, 2013.

FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. Access to childbirt care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.50, 2016.

FURTADO, Juarez Pereira et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00087917, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1993.

GASTALDO, D.; MCKEEVER, P. Investigación cualitativa, intrínsecamente ética? **Index de Enfermería**, p. 28-29, 2000. Disponível em: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_l_9-10.php>. Acesso em 12 fev. 2018.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: Artmed, 2009.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016.

GOMES, R.; PETTA, H. L.; PEREIRA, S. M. S. F. **Práticas avaliativas: bases conceituais na formação profissional em saúde**. In: LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

GONÇALVES, Juliana; SAMPAIO, Juliana. O acompanhamento de indicadores de saúde no monitoramento e avaliação da atenção básica: uma experiência no distrito sanitário de João Pessoa/PB. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 55-60, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-780421>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GONZAGA, I. C. A.; SANTOS, S. L. D.; SILVA, A. R. V.; CAMPELO, V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, 2016.

GOULDNER, A. W. **The coming crisis of western sociology**. London: Heinemann; 1970.

GREEN, J.; THOROGOOD, N. **Qualitative Methods for Health Research**. 2009.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução de Beth Onorato. Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2011.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>>. Acesso em: 07 nov. 2020.

GUILLEMIN, Marilys; GILLAN, Lyn. Ethics, Reflexivity and “Ethically Important Moments” in Research. **Qualitative Inquiry.**, v. 10, n. 2, 2004.

GUTH, S. C.; MOTTA, M. E. V.; CAMARGO, M. E.; GILIOLI, R. M.; ZANANDREA, G.; FABRIS, J. P. As abordagens educacionais nas relações professor-aluno e seus reflexos na gestão organizacional educacional. **Revista GEINTEC**, v. 2, n. 1, p. 52-63, 2012.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sup 2, p. S331-S336, 2004.

HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI, E.; CURSINO, E. G.; CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R.; MELLO, D. F. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 241-247, 2011.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Básico do Município de Sobral**. 2016. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Sobral.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2021.

IRELAND, Timothy Denis; SPEZIA, Carlos Humberto (orgs.). **Educação de adultos em retrospectiva: 60 anos de CONFINTEA**. Brasília: UNESCO, MEC; 2012. 276 p.

JESUS, Patricia Carvalho de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; MORAES, José Rodrigo de. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 311-320, 2017.

KALE, Pauline Lorena et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceptos em maternidades públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1577-1590, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n5/1577-1590/>>. Acesso em: 31 out. 2020.

KASSAR, S. B.; MELO, A. M. C.; COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; LIRA, P. I. C. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.3, pp.269-277, 2013.

KOMATSU, R. S. Sensibilizando nossos olhares. **Interface**, v. 7, n.3, p.171-2, ago, 2003.

LAVICH, C. R. P.; TERRA, M. G.; MELLO, A. L.; RADDATZ, M.; ARNEMANN, C. T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, 2017.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1915-1928, 2018.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.913-922, 2016.

LEMOS, Larissa Morgan Andrade; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe. Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 297-309, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n125/297-309/pt/>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

LIMA, Andrea Maria; CASTRO, José Flávio Lima. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a melhoria das práticas obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, v. 4, p. e56, 2017. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/56>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

LIMA, M. M.; REIBNITZ, K. S.; KLOH, D.; MARTINI, J. G.; BACKES, V. M. S. Indications of comprehensiveness in the pedagogical relationship: a *design* to be constructed in nursing education. **Rev Esc Enferm USP**, 2017.

LIMA, Fernanda et al. Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 391-397, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23550/27842>>. Acesso em: 31 out. 2020.

LIRA, Geison Vasconcelos; NOGUEIRA, Denise Lima. Teoria e Método para um Modelo de Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 4-10, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e00952014>.

LOBO, Maria Stella de Castro et al. Análise envoltória de dados dinâmica em redes na avaliação de hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 22, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2016.v50/22/pt>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev esc enf**, v. 40, n. 2, p. 292- 298, 2006.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170435, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MACÊDO, Winnie Taíse Pena et al. The nursing professionals' engagement to educational practices. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 1058-1064, 2019.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M.; REIS, A. A. C.; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulo de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, 2016.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. 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**: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.36, n.2, pp.56-64, 2014.

MARTÍNEZ, F. J. M.; BOSI, M. L. M. **Pesquisa Qualitativa**: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MARTINS, Emanuella Margareth Lima Rolim et al. Política de residência médica e carência de especialistas em ginecologia e obstetrícia no SUS em Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 843-856, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300843&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MATTOS, L. B.; SOUZAM C. L. E.; BAUER, M. S.; MAGALHÃES, C. R. **Educação permanente em saúde**: histórico e vivências de pesquisa no cotidiano da atenção primária à saúde. In: MAGALHÃES, C. R.; FLORES, C. D.; ALMEIDA, A. N. (orgs.). Educação e Saúde: olhares interdisciplinares. Campinas (SP): Pontes Editores, 2018.

MAYS, N.; POPE, C. **Qualidade na pesquisa qualitativa em saúde**. In: POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3.ed. Porto Alegre: Artmed 2009.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G.B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, v. 22, p. 65-72, fev. 1999. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718998000421>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

_____. Using logic models. In: WHOLEY, J.S.; HATRY, H.P.; NEWCOMER, K.E. **The Handbook of Practical Program Evaluation**. 3ª. Ed. San Francisco (EUA): 2010.

MEDEIROS, N. M. H. **Educação permanente em saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores.** São Paulo: Fap-Unifesp, 2015.

MEDEIROS, P.F.P. et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 1, p.s209-s217, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2020.

MEDINA, M.G., et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais.** In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 41-63. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

MENDES, Áquilas; et al. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa.** Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28237/2/Aquilas_Mender_sa%C3%BAde_e_capitalismo_financeiro.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Acesso em: 10 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.

_____. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENEZES, T. S.; MENEZES, A. P. As tendências pedagógicas e as práticas educativas na saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 216-226, ago./dez. 2014.

MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

MESQUITA, S. K. C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 473-486, maio/ago. 2016.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MICHILIN, N. S.; JENSEN, R.; JAMAS, M. T.; PAVELQUEIRES, S.; PARADA, C. M. G. L. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.4, p.669-675, 2016.

MINAYO, M. C. S. Los conceptos estructurantes de la investigación qualitativa. **Salud colectiva**, v. 6, n. 3, p. 251-261, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2018

_____. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5, n. 7, São Paulo: abril, 2017.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I.C.Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.

MOREIRA, A. V. **Santa Casa de Misericórdia de Sobral– Hospital de Ensino**: a semente que germinou pelas mãos responsáveis de bons semeadores. In: NOGUEIRA, D. L.; MARQUES, K. M. A. P.; PINTO, V. P. T. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no contexto hospitalar. Sobral (CE): Sobral Gráfica e Editora, 2018.

NASCIMENTO, T. L. C.; NATIVIDADE, M. S.; TEIXEIRA, C. S. S.; ANJOS, M.S., MENEZES, G.M.S.; COSTA, M.C.N. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. **Epidemiol Serv Saúde** [preprint]. 2020 [citado 2020 out 21]:[22p.]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100003>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

NEVES, Dulce Morgado; SANTOS, Mário JDS. Babies born better: o uso do software MaxQDA na análise preliminar das respostas portuguesas à secção qualitativa do inquérito. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 124-135, 2018. Disponível em: < <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/210>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

NOGUEIRA, Denise Lima et al. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 151-158, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100151&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00772014>.

NOGUEIRA, D. L.; FONTENELE, M. G. M.; ARAÚJO, C. R. C.; ARAGÃO, O. C. **Educação Permanente em Saúde no contexto de um Hospital de Ensino**. In: NOGUEIRA, D. L.; MARQUES, K. M. A. P.; PINTO, V. P. T. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no contexto hospitalar. Sobral (CE): Sobral Gráfica e Editora, 2018.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva**: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

OLIVEIRA, E. M.; CELENTO, D. D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v.7, n.1, p.33-38, jul. 2016.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha; PICCININ, Valmiria Carolina. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. **Cadernos EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, mar. 2009.

ONWUEGBUZIE, A. J.; LEECH, N. L. Sampling designs in qualitative research: making the sampling process more public. **The qualitative report**, Fort-Lauderdale, v.12, n. 2, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório Mundial de Saúde. p. 1-119, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <[PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustentavel,planeta%20e%20para%20a%20prosperidade.&text=Os%20ODS%20s%C3%A3o%20integrados%20e,%3A%20econ%C3%B4mica%20social%20e%20ambiental.>>. Acesso em 09 nov. 2020.</p></div><div data-bbox=)

PAIM, J. S. **Modelo de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIVA, Marlla Rúbya Ferreira et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de; CAETANO, Rosângela. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190142, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100703&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2020.

PEDUZZI, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1535-1543, 2013.

PEREIRA, M.H.M.; PENA, P.G.L.; FERNANDES, R.C.P. **Conflitos e estratégias dos trabalhadores de enfermagem na emergência de uma maternidade pública**. In: LIMA, M.A.G., FREITAS, M.C.S., PENA, P.G.L., and TRAD, S., orgs. Estudos de

saúde, ambiente e trabalho: aspectos socioculturais [online]. Salvador: EDUFBA, 2017, pp. 79-107. ISBN: 978-85-232-1864-5. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Rita_De_Cassia_Fernandes/publication/333986691_Conflitos_e_estrategias_dos_trabalhadores_de_enfermagem_na_emergencia_de_uma_maternidade_publica/links/5de83fb34585159aa462c07a/Conflitos-e-estrategias-dos-trabalhadores-de-enfermagem-na-emergencia-de-uma-maternidade-publica.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PERES, C. M.; VIEIRA, M. N. C. M.; ALTAFIM, E. R. P.; MELLO, M. B.; SUEN, K. S. Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 249-255, 2014.

PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; NORO, Luiz Roberto Augusto. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2277-2290, July 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702277&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2020.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. **Pressupostos teórico-conceituais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização**. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESQ-ABRASCO, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde**. In: POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3.ed. Porto Alegre: Artmed 2009.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. **Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde**: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 3.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

RATTNER, D. Da saúde materno-infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 8, n. 2, p. 103-108, 2014.

REAL, M. M. F.; VASCONCELLOS, M. O Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família no Brasil: concepção e modelo. **Revista Movendo Ideias**, v, 15, n. 1, 2010.

RÊGO, M.B.C.; MATÃO, M.E.L. Análise dos partos vaginais e cesarianas no município de Goiânia-Goiás: antes e após a Rede Cegonha. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.14, n.2, p.83-92, 2016.

REMPEL, Claudete et al. Percepção de alunos de Ciências Biológicas sobre diferentes Metodologias de Ensino. **Revista Signos**, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/signos/article/view/1002/989>>. Acesso em: 01 nov 2020.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

SALGADO, M.C. El muestro em investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, 2012.

SAMPAIO, A. F.; ZANCUL, M. S.; ROTTA, J. C. G. Educação em saúde na formação de professores de Ciências Naturais. **Revista Eletrônica de Investigações em Educação em Ciências**, v. 10, n. 2, 2015.

SAMPAIO, Luana Maia et al. Rede cegonha: acompanhamento pré-natal e vinculação de gestantes à maternidade de referência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/38384>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHEZ, Natalia Romano; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Avaliação de um Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 44, n. 2, e057, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000200209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SCHUTZ, A. **Concept and theory formation in the Social Science**. Sociological perspectives. Minddlessex: Penguin Books, 1971.

SILVA, A. G. Jr.; ALVES, C. A. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p.27-41.

SILVA, Hudson Pacifico; CAXIAS, Maiara Cristina Luiz. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 808-820, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/808-820/pt>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, Kenia Lara da et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro,

v. 17, n. 2, e0019222, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n1p200/36209>>. Acesso em 01 nov. 2020.

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sônia. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0022050, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SILVA, T. J. P.; QUEIROZ, M. V. O.; CAMPOS NETO, F. H.; PENNAFORT, V.P.S. Attention to the parturient adolescent: access and reception - a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.12, n.4, p.872-882, 2013.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza Ramos. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p.593-601, 2010.

SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerântola et al. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 19, n. 1, p. 171-186, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n1/311-320/pt>>. Acesso em: 26 out. 2020.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Impresso Oficial do município. **Resolução Municipal de nº. 001/2008**. Instituir fluxo referente a política de Educação na Saúde do município de Sobral no âmbito da Secretaria da Saúde e Ação Social e Reconhecer a dimensão estratégica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia que faz parte da Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS. Sobral: Prefeitura Municipal de Sobral, 2008. Disponível em: <<http://www.Sobral.ce.gov.br/diario/public/iom/IOM222.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SOBRAL. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Projeto Político Pedagógico - PPP**. Sobral, Ceará, 2016. 38p.

SOBRAL. **Plano Plurianual 2018-2021**. Sobral (CE), 2017a.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Plano Municipal de Saúde de Sobral/CE/CE 2018 a 2021**. Sobral (CE), 2017b. 84p.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, v. 8, pp. 102-106, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102>. Acesso em: 11 out. 2017.

TABILE, P. M.; BERNHARD, T. W.; MÜLLER, E.; DIHEL, D.; KOEPP, J. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Issue 1, p.680-690, 2015.

TAJRA, F.S. **Regionalização da saúde materna e infantil no Estado do Ceará: contando glórias ou contendo soluções?** Fortaleza (CE): 2016. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva / Doutorado com associação DE IES – AMPLA AA UECE / UFC / UNIFOR.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade.** In: BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

UNICEF-BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.html>. Acesso em: 30 jul. 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira.** In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, M. F. F.; NICOLOTTI, C. A.; SILVA, J. F.; PEREIRA, S. M. L. R. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação**, v. 20, n.59, p.981-991, 2016.

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018,

VIEIRA, E. M. *et al.* Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2002. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300002>. Acesso em: 06 nov. 2020.

WEBER, M. **Metodologia das ciências sociais.** v. 1. São Paulo: Cortez, 1993.

WEHBI, Nizar K. et al. A needs assessment for simulation-based training of emergency medical providers in Nebraska, USA. **Advances in Simulation**, v. 3, n. 1, p. 22, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s41077-018-0081-6>>. Acesso em: 31 out. 2020.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. **Using logic models to bring together planning, evaluation, & action:** Logic model development guide. Battle Creek (MI), 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e método. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Instrumento de Coleta de Dados

Temática	Período	Carga-horária	Participantes	Objetivos de aprendizagem	Estratégias metodológicas	Estratégias avaliativas

**APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTORES E/OU
COORDENADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

Entrevistador: _____

Data da entrevista: _____ Hora: _____

Participante: _____ Idade: _____.

Escolaridade: _____. Categoria profissional: _____

Função: _____

Tempo de atuação na área: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Considerando sua atuação na gestão da atenção à saúde ou saúde materno-infantil, comente sobre como os processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil realizados pelos seus profissionais ou por vocês contribuíram e/ou contribuem para a qualificação das práticas de atenção à saúde à mulher e à criança, no âmbito da Rede Cegonha.

**APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTORES E/OU
COORDENADORES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

Entrevistador: _____

Data da entrevista: _____ Hora: _____

Participante: _____ Idade: _____.

Escolaridade: _____. Categoria profissional: _____

Função: _____

Tempo de atuação na área: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Considerando o desenvolvimento de processos educativos para atuação na Rede Cegonha na Região de Saúde de Sobral/CE, comente sobre como essas atividades podem contribuir para a qualificação das práticas de atenção à saúde à mulher e à criança, no âmbito da Rede Cegonha.
- 2) Como se dá ou se deu o processo de definição das temáticas, planejamento, realização e avaliação das ações educativas para os profissionais que atuam na Rede Cegonha?

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
GESTORES/COORDENADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE E PROFISSIONAIS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Denise Lima Nogueira para ser participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa objetiva avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha. Para tanto, convido você para participar de uma entrevista sobre os processos educativos de profissionais para atuação no cuidado à mulher e a criança, a contribuição dessas atividades para a qualificação das práticas de atenção à saúde da mulher e da criança no SUS. Solicito sua autorização para gravar a entrevista a fim de que possamos registrar fidedignamente as informações disponibilizadas por você.

Ressalto que a pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos a sua pessoa, tais como o risco de constrangimento e desconforto durante a entrevista, bem como o risco de divulgação e exposição de sua identidade. Contudo, informo-lhe que esses serão minimizados por meio da garantia de que você pode parar e interromper a entrevista no momento em que sentir necessidade, e da utilização de nomes fictícios durante a transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados.

Além disso, destaco que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Vale salientar que essa pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o assunto, e para o fortalecimento e até mesmo a reorientação das práticas de formação e qualificação da atenção à saúde materno-infantil, e que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa, bem como a pesquisa não trará nenhum custo para você.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Denise Lima Nogueira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Prof. Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-140 – Fortaleza-CE

Telefones para contato: (88) 99922-0266

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante da pesquisa **“AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”**. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

_____	____/____/____	_____
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
GESTORES/COORDENADORES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Denise Lima Nogueira para ser participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa objetiva avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha. Para tanto, convido você para participar de uma entrevista sobre os processos educativos de profissionais para atuação no cuidado à mulher e a criança, a contribuição dessas atividades para a qualificação das práticas de atenção à saúde da mulher e da criança no SUS. Solicito sua autorização para gravar a entrevista a fim de que possamos registrar fidedignamente as informações disponibilizadas por você.

Ressalto que a pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos a sua pessoa, tais como o risco de constrangimento e desconforto durante a entrevista, bem como o risco de divulgação e exposição de sua identidade. Contudo, informo-lhe que esses serão minimizados por meio da garantia de que você pode parar e interromper a entrevista no momento em que sentir necessidade, e da utilização de nomes fictícios durante a transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados.

Além disso, destaco que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Vale salientar que essa pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o assunto, e para o fortalecimento e até mesmo a reorientação das práticas de formação e qualificação da atenção à saúde materno-infantil, e que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa, bem como a pesquisa não trará nenhum custo para você.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Denise Lima Nogueira

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Prof. Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-140 – Fortaleza-CE

Telefones para contato: (88) 99922-0266

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG:_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante da pesquisa **“AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”**. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

_____	____/____/____	_____
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
_____	____/____/____	_____
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE F – DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA****DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, (NOME DO RESPONSÁVEL PELO SETOR), chefe do (COLOCA O NOME DO LOCAL DA INSTITUIÇÃO QUE VAI AUTORIZAR), fiel depositário dos documentos e registros sobre educação na saúde e atenção à saúde na Rede Cegonha datados do ano 2014 a 2018, autorizo a pesquisadora DENISE LIMA NOGUEIRA a colher dados referente aos processos educativos do período supracitado para fins de seu estudo: “AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018” a ser realizado no período de maio a agosto de 2019.

Fortaleza, _____ de _____ de 201__.

(colocar o dia, mês e ano)

ASSINAR

(COLOCA O NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO, LEMBRANDO QUE NÃO PODE ESTÁ ENVOLVIDO NA PESQUISA)

APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018” comprometem-se a preservar a privacidade dos dados sobre educação na saúde e atenção à saúde na Rede Cegonha datados do ano 2014 a 2018, concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima e que a coleta de dados da pesquisa somente será iniciada após aprovação do sistema CEP/CONEP.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, _____ de _____ de 201____.

DENISE LIMA NOGUEIRA
Pesquisador Principal

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA COMISSÃO DE PESQUISA DE SOBRAL/CE



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0003/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Tese vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/ Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, intitulado: **AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018**, desenvolvido por DENISE LIMA NOGUEIRA, sob orientação das professoras Dra. Márcia Maria Tavares Machado (orientadora) e Dra. Maria do Socorro de Sousa (co-orientadora).

Na condição de instituição proponente do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **AUTORIZA** a coleta de dados da pesquisa do tipo estudo de caso junto aos **coordenadores de atenção à saúde e da atenção materno-infantil de Sobral (aproximadamente 2 participantes); os gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE e dos Serviços de Saúde (aproximadamente 4 participantes) responsáveis pelo processo de qualificação dos profissionais em serviço; e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE (atenção primária, secundária e terciária) que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil (aproximadamente 19 participantes), no período de 2014 a 2018. Inclui também coleta de informações em documentos e registros que tratam sobre Educação na Saúde para a Atenção à Saúde na Rede Cegonha, datados do ano 2014 a 2018.**

Esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada um dos profissionais supracitados, mediante apresentação dos objetivos e procedimentos para participação, cuja autorização será atestada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas

Código de Validação: PF79862552295482F

Emitido em: Sobral, 11 de Março de 2019, às 08:11, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabola.ufsobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir. O descumprimento desses condicionamentos assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos por fim, que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como compromisso na devolução dos resultados da pesquisa ao sistema local de saúde. Para tanto, utilize esta plataforma para o envio do arquivo em pdf.

Em caso de dúvidas sobre este parecer, contate-nos pelo telefone: (88) 3614-5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 06 de Março de 2019

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE DE SOBRAL/CE



SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ
11ª REGIÃO DA SAÚDE DE SOBRAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **DENISE LIMA NOGUEIRA**, discente do **DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA** da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**, solicito por meio desta carta de anuência a permissão da Coordenadora da 11ª Região de Saúde do Estado do Ceará para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”**, sob orientação da professora **DRA. MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO**.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha, tendo como metodologia pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso, a ser realizada no município de Sobral/CE no período de abril a julho de 2019, tendo, como unidades de análise documentos e participantes, mediante amostragem teórica. Os documentos compreenderão aqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil, desenvolvidos em Sobral/CE e para os profissionais de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018; e, os participantes compreenderão a aproximadamente 25 pessoas, entre coordenadores de atenção à saúde e de atenção materno-infantil do município em estudo, gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE, dos Serviços de Atenção Primária e Secundária e das Unidades Hospitalares responsáveis pelo processo de formação dos profissionais de saúde e médicos e enfermeiros atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018. As informações provenientes das entrevistas serão organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo, por categoria, e as informações decorrentes dos documentos serão analisadas por meio da análise documental. A pesquisa atenderá aos princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/16.

A presente pesquisa acarretará riscos mínimos, pois se propõe a minimizar os possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, mediante a garantia da autonomia e utilização de codinomes no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados. Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais como deterioração e rasuras, também serão minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa será interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise.

Os benefícios esperados com o estudo são desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE.

A privacidade e o sigilo das informações contidas na pesquisa serão respeitados por todos os pesquisadores envolvidos, os dados serão exclusivamente para obtenção dos resultados da pesquisa, será concedido aos participantes da pesquisa recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo também permitida a retirada do termo de consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.



DENISE LIMA NOGUEIRA

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa citada, concedo a anuência para o desenvolvimento da pesquisa.

Sobral, 25 de março de 2019.



Dra. Mônica Souza Lima

Coordenadora da 11ª Região da Saúde de Sobral

Mônica Souza Lima
Coordenadora 11ª CRIS

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/CE



FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
 Certificada como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial nº 2.576 de 10/10/2007
 DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – DEPE

Sobral (CE), 18 de março de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA PARA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DOS MODELOS EDUCACIONAIS DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL EM SOBRAL-CE NO PERÍODO DE 2014-2018", sob responsabilidade do(a) orientador(a) Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado atende ao protocolo para realização de pesquisa e obteve parecer favorável desta Comissão de Pesquisa para sua realização.

A pesquisa foi submetida ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão no mês de janeiro/2019 e terá como campo de coleta de dados a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e somente poderá ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Lia Gomes da Frota Machado
 Coordenadora da Comissão de Pesquisa
 Santa Casa de Misericórdia de Sobral - SCMS

Lia Gomes da Frota Machado
 Coordenadora da Comissão de Pesquisa
 Santa Casa de Misericórdia de Sobral

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL NORTE



**HOSPITAL
REGIONAL
NORTE**



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO**, professora do **DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA** da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**, solicito por meio desta carta de anuência a permissão do diretor do Hospital Regional Norte para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018”**, da **DENISE LIMA NOGUEIRA** sob minha orientação.

O objetivo geral da pesquisa é avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha, tendo como metodologia pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso, a ser realizada no município de Sobral/CE no período de abril a julho de 2019, tendo, como unidades de análise documentos e participantes, mediante amostragem teórica. Os documentos compreenderão àqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil, desenvolvidos em Sobral/CE e para os profissionais de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018; e, os participantes compreenderão a aproximadamente 25 pessoas, entre coordenadores de atenção à saúde e de atenção materno-infantil do município em estudo, gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE, dos Serviços de Atenção Primária e Secundária e das Unidades Hospitalares responsáveis pelo processo de formação dos profissionais de saúde e médicos e enfermeiros atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018. As informações provenientes das entrevistas serão organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo, por categoria, e as informações decorrentes dos documentos serão analisadas por meio da análise documental. A pesquisa atenderá aos princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/16.

A presente pesquisa acarretará riscos mínimos, pois se propõe a minimizar os possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, mediante a garantia da autonomia e utilização de codinomes no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados. Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais



HOSPITAL
REGIONAL
NORTE



ISGH



GOVERNO do
ESTADO do CEARÁ

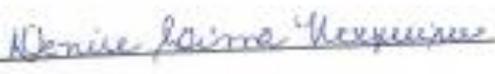
Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

como deterioração e rasuras, também serão minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa será interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise.

Os benefícios esperados com o estudo são desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE.

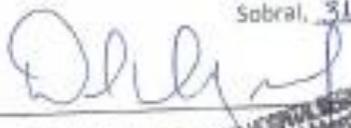
A privacidade e o sigilo das informações contidas na pesquisa serão respeitados por todos os pesquisadores envolvidos, os dados serão exclusivamente para obtenção dos resultados da pesquisa, será concedido aos participantes da pesquisa recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo também permitida a retirada do termo de consentimento, seguindo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

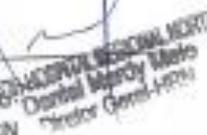

PROFA. DRA. MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO
Assinatura e Carimbo


DENISE LIMA NOGUEIRA

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa citada, concedo a anuência para o desenvolvimento da pesquisa.

Sobral, 31 de 03 de 2019.


Daniel Hardy Melo
Diretor Geral - HRN



ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO COORDENADOR DA PESQUISA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Pesquisador: DENISE LIMA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12671419.9.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.355.553

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese caracterizado como uma pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso, no município de Sobral/CE no período de junho a setembro de 2019, tendo, como unidades de análise documentos e participantes, mediante amostragem teórica. Os documentos compreenderão àqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil, desenvolvidos em Sobral/CE e para os profissionais de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018 (disponíveis na Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral, na Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE mediadora de processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil e nos Serviços de Saúde de Sobral/CE) e, os participantes compreenderão aproximadamente 25 pessoas, entre coordenadores de atenção à saúde e de atenção materno-infantil do município em estudo, gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE, dos Serviços de Atenção Primária e Secundária e das Unidades Hospitalares responsáveis pelo processo de formação dos profissionais de saúde e médicos e enfermeiros atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil no período de 2014 a 2018. Será aplicada entrevista semi-estruturada. As informações provenientes das entrevistas serão organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo, por categoria, e as informações decorrentes dos documentos serão analisadas por meio da análise documental. As informações provenientes das entrevistas serão

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Tedllo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85) 3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.355.553

organizadas e analisadas por meio da análise de conteúdo por categoria, também conhecida como análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (1977) e as informações decorrentes de documentos relativos aos processos formativos serão analisadas por meio da análise documental.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

Secundários: Descrever os processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil realizados no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha; Inferir os modelos pedagógicos adotados pelos processos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha; Desenhar o modelo lógico de formação para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha; Identificar a contribuição dos processos educativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil para a qualificação das práticas na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, serão minimizados por meio da garantia da autonomia e utilização de codinomes no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados. Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais como deterioração e rasuras, também serão minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa será interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise.

Benefícios: Desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.355.553

Metodologia com descrição dos participantes, instrumento e procedimento de coleta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências éticas e ou documentais.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1282120.pdf	24/04/2019 07:37:55		Aceito
Outros	Carta_apreciacao_CEP.pdf	24/04/2019 07:35:48	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_principal.pdf	22/04/2019 20:37:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	22/04/2019 20:36:18	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciamentoHRN.pdf	22/04/2019 20:34:44	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia.pdf	22/04/2019 20:33:04	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	22/04/2019 20:32:48	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2019 20:32:29	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoesto.pdf	22/04/2019 20:31:06	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciamentoSCMS.pdf	19/03/2019 19:30:10	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciamentoCREB.pdf	19/03/2019 19:19:33	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestorescoordenadoresprofissionaisdaeducacaonasaude.pdf	18/03/2019 06:38:08	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_gestorescoordenadoresdaatencao.pdf	18/03/2019 06:37:36	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3355-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.366.663

Ausência	TCLE_gestorescoordenadoresdaatenca o.pdf	18/03/2019 06:37:36	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	anunciasecretariadasaude sobral.pdf	18/03/2019 06:29:05	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	18/03/2019 06:18:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Maio de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: conep@ufc.br

ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/CE

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SOBRAL**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Pesquisador: DENISE LIMA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12671419.9.3001.8109

Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.372.697

Apresentação do Projeto:

Tratar-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso. Nesta pesquisa, os documentos compreenderão aqueles relativos aos processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil desenvolvidos para os profissionais inseridos na Rede Cegonha de Sobral/CE, no período de 2014 a 2018, que estejam disponíveis na Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral, na Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE mediadora de processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil, e nos Serviços de Saúde de Sobral/CE, compreendendo os serviços de atenção primária, secundária e os hospitais de grande porte: Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Regional Norte. Serão analisados os documentos e registros que tratam sobre Educação na Saúde para a Atenção à Saúde na Rede Cegonha, datados do ano 2014 a 2018, considerando o último quinquênio. Assim, serão incluídos na pesquisa: os coordenadores de atenção à saúde e da atenção materno-infantil do município em estudo (aproximadamente 2 participantes); os gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE e dos Serviços de Saúde (aproximadamente 4 participantes) responsáveis pelo processo de qualificação dos profissionais em serviço; e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE (atenção primária, secundária e terciária) que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil (aproximadamente 19 participantes), no período de 2014 a 2018. Não serão incluídos os gestores,

Endereço: Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919

Bairro: Centro

CEP: 62.010-550

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3113-0464

E-mail: cep@stacasa.com.br

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SOBRAL**



Continuação do Parecer: 3.372.687

coordenadores que estiverem de férias, de licença médica ou trabalhista durante o período de coleta das informações, e os

23 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que estiverem de férias, de licença médica ou trabalhista durante o período de coleta das informações e os que não forem localizados mediante contato telefônico ou e-mail. A coleta das informações ocorrerá no período de junho a setembro de 2019. Os métodos e procedimentos serão organizados em duas etapas: pesquisa documental e entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

1- Objetivo Geral:

Avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

2- Objetivos específicos:

-Descrever os processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil realizados no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha;

-Inferir os modelos pedagógicos adotados pelos processos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha;

-Desenhar o modelo lógico de formação para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha;

-Identificar a contribuição dos processos educativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil para a qualificação das práticas na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

os possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, serão minimizados por meio da garantia da autonomia e utilização de codinomes no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados. Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais como deterioração e rasuras, também serão minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE H). Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa será interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise.

Endereço: Rua Antônio Cristiano de Melo, 919

Bairro: Centro

CEP: 62.010-550

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3112-0464

E-mail: csp@stacasa.com.br

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SOBRAL**



Continuação do Parecer: 3.373.687

Benefícios:

A pesquisa atenderá ao princípio da beneficência, tendo em vista que contribuirá para o desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, consequentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância para a atenção à saúde materno-infantil no SUS, no âmbito da qualificação das práticas de saúde na Rede Cegonha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram todos assinados e apresentados.

Recomendações:

O estudo preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/16, a qual contempla as Ciências Sociais e Humana, portanto, sugerimos que a pesquisadora inclua a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12 que contempla as pesquisas com seres humanos, já que a mesma submeterá aos participantes uma entrevista semi-estruturada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá ter compromisso em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada e instituições onde os dados foram coletados (Resolução CNS nº 580/2018, Artigo 9º).

Cabe ao pesquisador encaminhar ao CEP os resultados parciais e final da pesquisa, bem como quaisquer intercomências durante o desenvolvimento da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_apreciacao_CEP.pdf	24/04/2019 07:35:48	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Antônio Cristóvão de Melo, 919

Bairro: Centro

CEP: 62.010-550

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3112-0464

E-mail: cep@ufacsas.com.br

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SOBRAL**



Continuação do Parecer: 3.372.697

Outros	Curriculo_pesquisador_principal.pdf	22/04/2019 20:37:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	22/04/2019 20:36:18	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaanuenciaHRN.pdf	22/04/2019 20:34:44	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaSCMS.pdf	19/03/2019 19:20:10	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCRES.pdf	19/03/2019 19:19:33	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgestorescoordenadoresprofissionaisdaeducacaonasaude.pdf	18/03/2019 06:38:08	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestorescoordenadoresdaatencao.pdf	18/03/2019 06:37:36	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	anuenciasecretariadasaudeosobral.pdf	18/03/2019 06:29:05	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	18/03/2019 06:18:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 05 de Junho de 2019

Assinado por:

JOSÉ HENRIQUE LINHARES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Antônio Cristóvão de Melo, 919

Bairro: Centro

CEP: 62.010-550

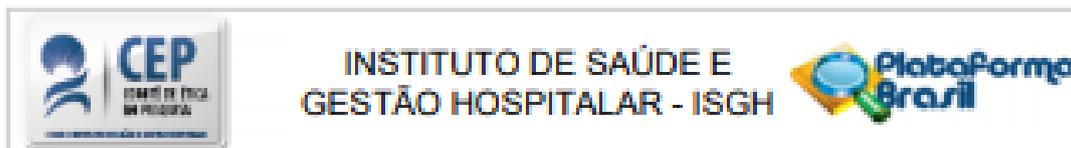
UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3113-0464

E-mail: cnp@stacasa.com.br

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DO CENTRO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA – HOSPITAL REGIONAL NORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO(S) MODELO(S) EDUCACIONAL(IS) DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM SOBRAL/CE NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Pesquisador: DENISE LIMA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12671419.9.3002.5684

Instituição Proponente: INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.458.532

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará tendo uma unidade hospitalar gerida pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar como uma das instituições coparticipantes. No projeto é descrito que "a Educação em e na Saúde, ao lado da Gestão em Saúde e da Atenção à Saúde, compreende um núcleo de conhecimento e prática da Saúde Coletiva que teve sua origem, no Brasil, em meados dos séculos XIX e XX a partir da educação sanitária, seguida pelos movimentos de educação popular com Paulo Freire na década de 60, estruturada em três atributos intelectuais e práticos: Educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em serviços de saúde; Educação popular em saúde e ativismo comunitário e Investigação e docência na saúde (ABRASCO, 2015). Nos modelos educacionais de formação para a atenção à saúde materno-infantil é salutar que a formação de profissionais da saúde orientada às necessidades emergentes seja tema de discussão e reflexão por pesquisadores dos campos da saúde e da educação. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, por meio de estudo de caso. Serão analisados os documentos e registros que tratam sobre Educação na Saúde para a Atenção à Saúde na Rede Cegonha, datados do ano 2014 a 2018, considerando o último quinquênio, que estejam disponíveis na Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral, na Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE mediadora de processos formativos para a atenção à saúde materno-infantil, e nos Serviços de Saúde de Sobral/CE, compreendendo os serviços de

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190

Bairro: Guajuru

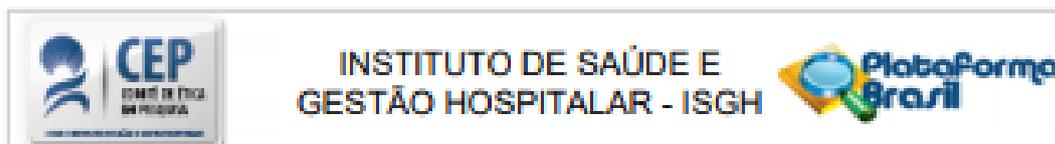
CEP: 60.840-070

UF: CE **Município:** PORTALEZA

Telefone: (85)3165-2767

Fax: (85)3165-2765

E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Projeto: 3.458.532

atenção primária, secundária e os hospitais de grande porte: Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Regional Norte. Participarão da pesquisa 25 participantes compreendidos em: coordenadores de atenção à saúde e da atenção materno-infantil do município em estudo (aproximadamente 2 participantes); os gestores e coordenadores da Escola Formação em Saúde da Família de Sobral/CE e dos Serviços de Saúde (aproximadamente 4 participantes) responsáveis pelo processo de qualificação dos profissionais em serviço; e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na Rede Cegonha do Município de Sobral/CE (atenção primária, secundária e terciária) que participaram de práticas qualificadoras sobre atenção à saúde materno-infantil (aproximadamente 19 participantes), no período de 2014 a 2018. Não serão incluídos os gestores, coordenadores que estiverem de férias, de licença médica ou trabalhista durante o período de coleta das informações, e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que estiverem de férias, de licença médica ou trabalhista durante o período de coleta das informações e os que não forem localizados mediante contato telefônico ou e-mail. A coleta das informações ocorrerá no período de junho a setembro de 2019. Os métodos e procedimentos serão organizados em duas etapas: pesquisa documental e entrevista (gravada com consentimento do participante com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido). A análise compreenderá de três etapas: 1) tratamento descritivo do material de análise mediante a transcrição das entrevistas e organização das informações documentais, seguidas da leitura flutuante e horizontal do conteúdo para assimilação o que configura a etapa de pré-análise; 2) processo de codificação do corpus de análise com identificação das unidades de registro ou de codificação, as quais correspondem à palavra, frase, minuta ou centímetro quadrado, e na identificação das unidades de contexto, que, superiores às unidades de codificação, permitem compreender o significado da informação em seu contexto e inferir sobre essa, configurando a segunda etapa que é a exploração de material; 3) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

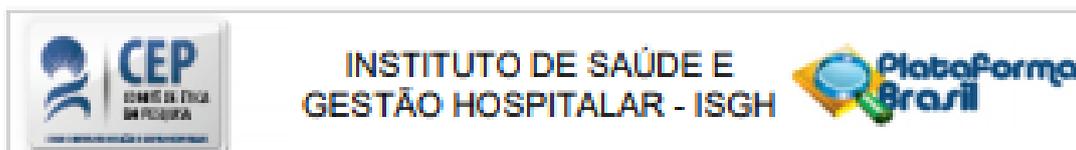
Objetivo primário:

- Avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

Objetivos secundários:

- Descrever os processos educativos sobre atenção à saúde materno-infantil realizados no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.
- Inferir os modelos pedagógicos adotados pelos processos educacionais de formação

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 65.843-075
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85) 3192-2767 Fax: (85) 3192-2765 E-mail: cepigh@gmail.com



Continuação do Formos: 3.458.532

desenvolvidos para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.

- Desenhar o modelo lógico de formação para a atenção saúde materno-infantil no município de Sobral/CE, no âmbito da Rede Cegonha.
- Identificar a contribuição dos processos educativos desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil para a qualificação das práticas na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Possíveis danos aos participantes decorrentes do estudo, tais como constrangimento durante a entrevista, divulgação e exposição da identidade dos participantes, serão minimizados por meio da garantia da autonomia e utilização de codinomes no processo de transcrição das entrevistas e divulgação dos resultados. Os possíveis danos aos documentos e registros de arquivos, tais como deterioração e rasuras, também serão minimizados a partir do cuidadoso manuseio destes e responsabilização dos pesquisadores por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados. Em caso de ocorrência de danos aos participantes e documentos, a pesquisa será interrompida para adequações no processo de coleta de dados e garantia da não-maleficência às unidades de análise."

Benefícios:

A pesquisa possivelmente "contribuirá para o desvelamento dos modelos educacionais de formação desenvolvidos para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no âmbito da Rede Cegonha de Sobral/CE, favorecendo o fortalecimento e/ou reorientação das práticas de formação para a atenção à saúde materno-infantil e, conseqüentemente para a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no âmbito da Rede Cegonha em Sobral/CE."

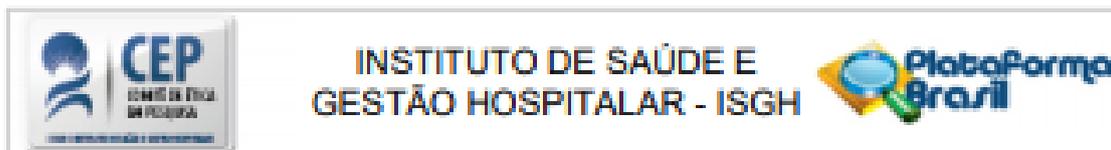
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relacionada ao campo da Saúde Coletiva, sendo relevante por avaliar os modelos educacionais de formação desenvolvidos para a atenção à saúde materno-infantil, no âmbito da Rede Cegonha, e a contribuição desses para a qualificação das práticas de atenção à saúde na Rede Cegonha de Sobral/CE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados na Plataforma Brasil os documentos obrigatórios para execução da pesquisa na instituição coparticipante Hospital regional Norte: Folha de Rosto; Carta de anuência; Termo de

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 66.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.458.532

Consentimento de Utilização dos Dados; Termos de Consentimento Livre Esclarecido; Projeto detalhado; Instrumento de coleta de dados; Cronograma; Orçamento.

Recomendações:

- Recomenda-se a comunicação e registro de quaisquer alterações realizadas no protocolo de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa e Centros Participantes.
- Recomenda-se que ao término da pesquisa, o pesquisador realize a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil e para as Instituições participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- A pesquisa atende a Resolução 466/2012 CNS/MS estando de acordo com os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

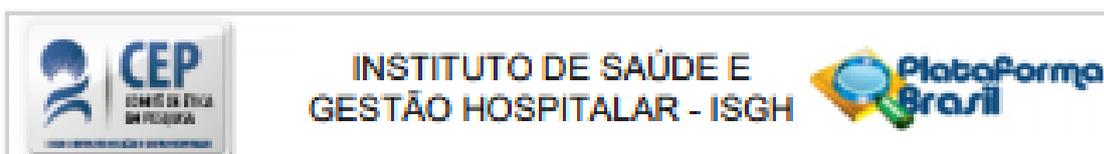
Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aceita o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para a Instituição participante e CEP/ISGH.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_apreciacao_CEP.pdf	24/04/2019 07:35:48	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_principal.pdf	23/04/2019 20:37:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	23/04/2019 20:36:18	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaHRN.pdf	23/04/2019 20:34:44	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaSCMS.pdf	19/03/2019 19:20:10	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCRES.pdf	19/03/2019 19:19:33	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEgestorescoordenadoresprofessio	18/03/2019	DENISE LIMA	Aceito

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajara CEP: 66.043-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85) 3195-2767 Fax: (85) 3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.458.532

Assentimento / Justificativa de Ausência	naidaeducacaonasaude.pdf	06:38:08	NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestorescoordenadoresdaatencao.pdf	18/03/2019 06:37:36	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Outros	anunciasecretariadasaude sobral.pdf	18/03/2019 06:29:05	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	18/03/2019 06:18:34	DENISE LIMA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Julho de 2019

Assinado por:
Jamilla Soares Moreira Alves
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajuru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85) 3195-2767 Fax: (85) 3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com