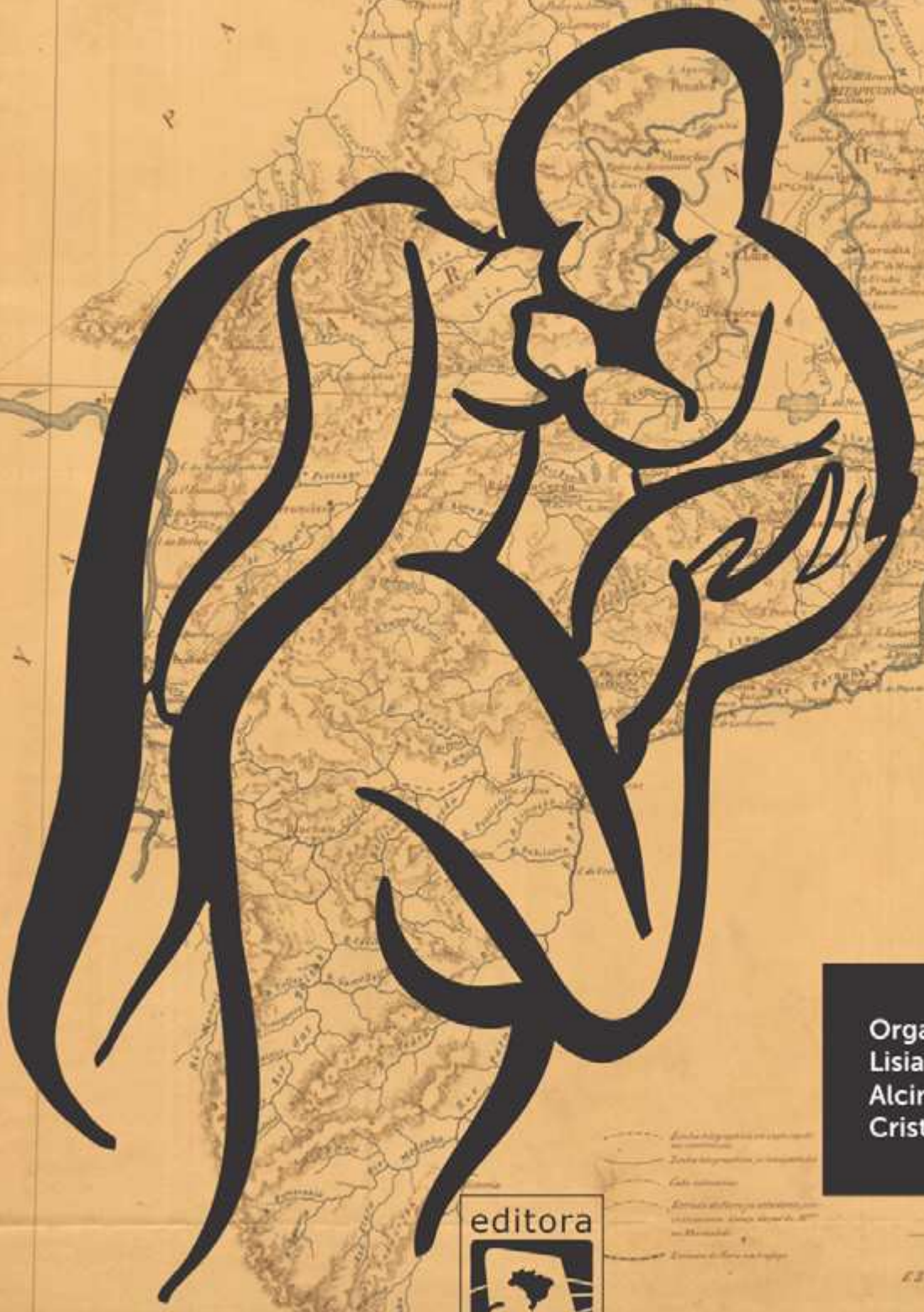
ORGANIZAÇÃO TECNOASSISTENCIAL

DO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA RECÉM-NASCIDA NO ESTADO DO MARANHÃO

SÉRIE | CONHECIMENTO EM MOVIMENTO



Organização:
Lisiane Boer Possa
Alcindo Antônio Ferla
Cristiane Scolari Gosch

editora redeunida

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA
ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu
Especialização em Saúde Materno Infantil

ORGANIZAÇÃO TECNOASSISTENCIAL

DO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA RECÉM-NASCIDA NO ESTADO DO MARANHÃO

SÉRIE | CONHECIMENTO EM MOVIMENTO

Organização:
Lisiane Boer Possa
Alcindo Antônio Ferla
Cristiane Scolari Gosch

Novembro de 2021

editora redeunida

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu

Especialização em Saúde Materno Infantil

Série Conhecimento em Movimento

Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão

Organizadores:

Lisiane Boer Possa, Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Scolari Gosch

Revisão:

Lisiane Boer Possa, Alcindo Antônio Ferla, Cristiane Scolari Gosch, Angélica Araújo de Menezes, Raíssa Barbieri Ballejo Canto, William Pereira Santos, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos.

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**
Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista
Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação
Renato Pereira Jr.

FICHA CATALOGRÁFICA

editora redeunida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

P856d **Possa**, Lisiane Boer; **Gosch**, Cristiane Scolari; **Ferla**, Alcindo Antônio (org.).

Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão / Organizadores: Lisiane Boer Possa, Cristiane Scolari Gosch e Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

78 p. (Série Conhecimento em movimento, v. 2).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-87180-98-4.
DOI 10.18310/9786587180984

1. Dimensionamento da Força de Trabalho. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde Coletiva. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-3018093

CDD 618.92:981.21
CDU 616-053.2(812.1)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO
1. Medicina: Pediatria / Cuidados infantis; Estado do Maranhão.
2. Pediatria (Maranhão).

ISBN 978-65-87180-98-4

POSSA, Lisiane Boer; **GOSCH**, Cristiane Scolari; **FERLA**, Alcindo Antônio (org.). **Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Conhecimento em movimento, v. 02). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-98-4.

PREFÁCIO

Roberto Tapia[1]

O CUIDADO MATERNO-INFANTIL COMO DESAFIO DA SAÚDE: PERCURSOS NOS DIFERENTES TERRITÓRIOS DO ESTADO DO MARANHÃO

O livro **"Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão"**, desenvolvido no escopo da cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, é uma iniciativa muito relevante. Ele significa, ao mesmo tempo, o material pedagógico utilizado na formação de especialistas em saúde materno-infantil e um esforço relevante dos organizadores, Lisiane Boer Possa, Alcindo Antônio Ferla e Cristiane Scolari Gosch, e demais autores e autoras em sistematizar conhecimentos úteis ao planejamento da rede de atenção à saúde no estado, com vistas a ampliar o acesso e qualificar o cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde (SUS) do Maranhão. É oportuno comemorar a organização desse livro por vários motivos.

Inicialmente, por destacar características do sistema local e regional de saúde do Maranhão. Visto de alguma distância, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, principalmente se considerada a sua característica de universalidade. Mas, visto de mais próximo, como o material sistematizado nos permite ver, temos demonstradas outras características importantes. Entre elas, a existência de pontos de atenção à saúde de mulheres e crianças que são distribuídos pelo território do estado, um território que é muito diverso quando visto desde a região litorânea próxima à Capital, São Luís, até a região sul do estado, e que são formados por diferentes estratégias organizativas, desde cuidados com base em saberes tradicionais de parteiras comunitárias, até modernos centros obstétricos localizados em hospitais de ensino. Como estamos próximos ao Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, também é relevante destacar as diferentes composições de trabalhadores e trabalhadoras que se ocupam do cuidado às mulheres e crianças no estado e nas diferentes regiões. No Ano Internacional pudemos reconhecer e comemorar a importância dos trabalhadores da saúde, ainda mais destacada no enfrentamento à pandemia de COVID-19 nos diferentes países, assim como reconhecer a importância do emprego seguro e da formação deles ao longo do tempo em que estão atuando nos sistemas e serviços de saúde. Os problemas e necessidades de saúde da população se transformam ao longo do tempo e articular formas de qualificar o trabalho por meio da formação profissional ao longo da vida é uma ação oportuna e estratégica.

O esforço global para qualificar a atenção materno-infantil, reduzindo a mortalidade e a violência na assistência de mulheres e crianças, já vem de longa data, mas ainda encontramos desafios muito relevantes em todos os territórios. A mortalidade infantil e materna caracteriza um aspecto desses desafios. Os indicadores de violência física, psicossocial e cultural também são desafios muito relevantes a serem superados. Eles, por certo, se somam ao desafio da superação da fome, da desnutrição, da falta de acesso a políticas públicas que assegurem boas condições de vida e controle crescente sobre os condicionantes e determinantes da saúde das mulheres e das crianças. O direito à infância também me parece um desafio enorme, principalmente em regiões com menor desenvolvimento econômico e social, onde o trabalho precoce parece ser a única alternativa à vida, perdendo de vista a necessidade de políticas públicas e sociais que assegurem o lazer, a aprendizagem lúdica, a educação nas diferentes etapas da infância, o convívio saudável com outras crianças. Enfim, combater a mortalidade precoce de crianças e de mães é uma ponta de um aglomerado de ações necessárias à garantia da vida e da saúde de mulheres e crianças.

No estado do Maranhão, vemos um grande esforço do governo na qualificação do cuidado às mulheres gestantes e crianças, com o qual na Organização Pan-Americana de Saúde nos orgulhamos de participar como apoiadores. Há um visível esforço de qualificar as diferentes dimensões das redes de atenção, da governança até o trabalho de cuidado direto com a população.

[1] Médico, com atuação prévia em clínica em emergências pediátricas e consultoria em planejamento e infraestrutura de unidades hospitalares no ministério da saúde do Chile, consultorias no Banco Mundial e no Banco Interamericano de Desenvolvimento. Atualmente é coordenador das Unidades Técnicas de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas em Saúde da representação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

A governança em saúde do Brasil, sobretudo no SUS, é algo muito potente: democrática e colegiada em todos os níveis da federação, permite a formação de pactos que podem significar mais sustentabilidade e mais eficiência no enfrentamento aos problemas. Na maioria dos países da Região das Américas, a governança é vertical e com pouca participação social, construída na centralidade do modelo médico-hospitalocêntrico. Chama-me a atenção a necessidade de disseminar essa informação sobre a governança do SUS, envolvendo cada vez mais os governos, os sistemas de saúde nas três esferas de governo e a população. Aqui, em um país continental como o Brasil e com enormes desafios em saúde, também há uma produção científica de qualidade, com a participação dos melhores especialistas em saúde pública do mundo, que se pode contar. No Brasil, com 5.570 municípios, a infraestrutura hospitalar é bem complexa, mais numerosa, difícil de ordenar. Entretanto, as abordagens que parecem mais adequadas nos diferentes países é o desenvolvimento da APS e das Redes de Atenção à Saúde, identificando as fortalezas do SUS e superando os gargalos. Esse eixo está muito forte nas parcerias que temos estabelecido no estado do Maranhão e uma visível e bem encaminhada ação da Secretaria de Estado da Saúde.

Além da governança, é necessário desenvolver conhecimentos e tecnologias para a qualificação do trabalho no interior dos serviços, redes e sistemas locais de saúde. O território brasileiro, e o Maranhão o espelha bem, é muito diverso para imaginarmos que apenas a aplicação de conhecimentos produzidos nas instituições de pesquisa do mundo todo serão suficientes para enfrentar os desafios do cotidiano do trabalho. É preciso apoiar a produção de conhecimentos válidos e oportunos em todo lugar, inclusive no interior dos sistemas de saúde. Produzir e disseminar conhecimentos é uma função da OPAS. A produção da comunidade científica no Brasil é impressionante e isso torna muito mais fácil enfrentar esse desafio no SUS. A capacidade de análise é de alto nível. É verdade que a academia precisa acompanhar as demandas do sistema de saúde e dar respostas aos desafios postos no cotidiano aos gestores de saúde. O sistema de saúde tem que produzir saúde e ser sustentável, uma qualidade que é um objetivo central de OPAS/OMS.

Outro desafio ligado à produção de conhecimento está a capacidade de comunicação desses resultados. Veja como essencial também potencializar a circulação do conhecimento acadêmico. Pois bem, a formação de trabalhadores do sistema estadual de saúde do Maranhão, ao qual os materiais produzidos no livro se destinam prioritariamente, é uma boa expressão do desafio de produzir, disseminar, comunicar e compartilhar os conhecimentos e, nesse caso, ainda melhor que o livro apresenta alianças importantes entre pesquisadores das intuições de ensino e pesquisa, trabalhadores dos sistemas de saúde municipais, estaduais e federal. Merece destaque o papel desempenhado pela Escola de Saúde Pública do Maranhão, que é um amálgama importante dessas conexões entre o melhor da produção de conhecimentos e a produção de tecnologias para o cuidado e a gestão.

Minha atuação profissional inicial, como médico pediatra, no sistema de saúde do Chile, cria uma expectativa importante com a experiência brasileira que a OPAS vem desenvolvendo em diferentes estados, em especial no Maranhão, onde o foco está bem próximo à experiência de trabalho que desenvolvi ao longo da carreira no Ministério da Saúde daquele país, sobretudo em Atenção Primaria da Saúde. Em geral, na Latino-américa, os sistemas de saúde são muito centralizados, ainda centrados no modelo médico-hospitalocêntrico e, na prática, o papel da atenção primária é pouco considerado na organização e alocação de recursos da rede de saúde. Na experiência de Maranhão vemos uma oportunidade maior de ordenar a rede de serviço, porém ela ainda está muito centrada no modelo médico, com uma lógica sequencial por densidade tecnológica e demandas de assistência à saúde.

Por isso me chama muito a atenção a experiência que se desenvolve no Maranhão em relação ao cuidado materno-infantil. Ao mesmo tempo em que os indicadores de saúde vão sendo melhorados, o material do livro nos permite acompanhar as transformações na vida e na produção de saúde das pessoas, com um enfoque amplo e atraente que incorpora reflexão, arte, música e testemunhos das pessoas, comunidades, das regiões. Comemoro, uma vez mais, a parceria com o governo do estado do Maranhão e as iniciativas que o livro dá visibilidade. Cumprimento os colegas que organizaram o livro e os demais autores e autoras. E agradeço à Editora Rede Unida, organização também parceira da OPAS e da Secretaria de Saúde do Maranhão, nessa iniciativa. E desejo uma excelente leitura às pessoas que acessarem o livro, que seja mobilizadora para ampliar o efeito da produção.

Brasília, março de 2022.

PREFÁCIO

Ana Lúcia Nunes[2]
Cynthia Griselda Castro Viegas[3]
Wellington Queiroz de Freitas[4]

CUIDADO À SAÚDE NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NO MARANHÃO: ACORDES DE INTEGRALIDADE

A organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão configura-se como um amplo contexto para as práticas de cuidado voltadas a Saúde Materno Infantil. Esse material foi produzido para a disciplina Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida do curso de Especialização Materno Infantil da Escola de Saúde Pública do Maranhão.

No tocante ao cuidado à Saúde Materno Infantil os profissionais de saúde ocupam posição estratégica no sentido de implantar Políticas de Atenção à Saúde da Materno Infantil e conduzir as ações de cuidado na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Sob essa perspectiva são muitos acordes que justificam os esforços para organização desse livro.

O primeiro é que a motivação deve ser uma permanente no cotidiano do cuidar e que também induz diariamente a aprimorar conhecimentos e socializar saberes sob a ótica das práticas de afeto.

Em segundo lugar, as práticas de saúde voltadas para atenção materna infantil são dinâmicas e complexas e, por isso sugere sistematizar nessa obra conhecimentos, habilidades e competências para o cuidado, contribuindo para tomada de atitudes de cuidado seguro e eficiente, com olhar no território e estruturado em rede.

Em seguida, defendemos a autonomia do profissional de saúde no processo de cuidar na ótica das linhas de cuidado integral, na força do trabalho em equipe mediados pelos pressupostos da educação permanente.

Esses foram os acordes do livro.

As músicas frutos desses acordes que irão surgir serão os resultados qualitativos das práticas de cuidado, na certeza plena que o livro irá apoiar a tomada de decisão.

Desejamos uma ótima leitura a todos.

[2] Diretora Administrativa da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão (ESP/MA)
[3] Coordenadora de Pesquisa de Desenvolvimento em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão (ESP/MA)
[4] Coordenador da Gestão do Trabalho em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão (ESP/MA)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

PARIR E NASCER: AS PRÁTICAS E OS AFETOS 14
- O que sabemos da assistência ao parto no passado dos tempos e dos lugares? 14
- No tempo da caça às bruxas 15
- A revolução científica e o paradigma mecanicista 16
- A institucionalização do parto 17
- O SUS e a atenção à saúde da mulher e do bebê 22

SAÚDE E TERRITÓRIO 28
- A Territorialização 29
- Pensando em outros territórios: conhecendo o território líquido 32

AS REDES CUIDADORAS: UMA PRODUÇÃO EM CADA TERRITÓRIO 35
- O que é uma Rede de Atenção à Saúde? 35
- Quais os objetivo das RAS? 36
- Para que serve uma Rede de Atenção à Saúde? 38
- Como eu posso tornar uma Rede mais efetiva nas prática do cuidado? 38
- Como eu posso contribuir para efetivar uma Rede de Cuidado? 39
- Quais as Redes de Atenção à Saúde prioritárias para o SUS? 39
- Rede Cegonha 40
- Estado do Maranhão e o Cuidado Mãe Bebê 42
- Informações Rede de Atenção do Maranhão 43

LINHAS DE CUIDADO INTEGRAL 45
- O que marcam e pretendem as linhas de cuidado? 45
- Que desafios temos para construir linhas de cuidado nas redes de atenção? 45

AS FORÇAS-VALORES: NOSSAS PRÁTICAS NO COTIDIANO DO TRABALHO 48
- Força-valor Território 48
- Força-valor clínica e cuidado 49
- Força-valor trabalho, governo de si e governo do outro 50
- Força-valor trabalho em equipe 51

TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS COLABORATIVAS 53
- O que sabemos e como fazemos? 53
- Nossas equipes: uma construção no cotidiano do trabalho 54

EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONHECIMENTO NO E PELO TRABALHO 58
- O que é a Educação Permanente em Saúde (EPS)? 58
- Princípios e pressupostos da EPS 59
- EPS e a Promoção da saúde 60

EDUCAÇÃO PERMANENTE E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO 63
- Diário de campo 63
- Narrativa 64
- Mapa falante 67
- Fluxograma Analisador 70
- Estratégia Educacional: Arco de Maguerez 70
- Árvore de causas e consequências – identificando problemas 72
- Plano de Intervenção 76

APRESENTAÇÃO

Lisiane Bôer Possa
Alcindo Antônio Ferla
Cristiane Scolari Gosch

Este material foi produzido para a disciplina Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida do curso de Especialização Materno Infantil da Escola de Saúde Pública do Maranhão.

No primeiro capítulo pretendemos refletir sobre o cuidado da mãe e do bebê e a produção de fazeres e saberes que produzam práticas cotidianas comprometidas com a produção de saúde. Saúde essa que caracteriza-se pelo resgate do protagonismo e autonomia da mulher na gestação e no parir como centro do nosso trabalho.

O território em que vivemos e trabalhamos e as suas particularidades, que se constituem no social e na cultura historicamente, é o tema do segundo capítulo. O reconhecimento da multiplicidade das formas de existir em cada território é que possibilitam que os escopos dos serviços de saúde e das práticas dos trabalhadores sejam de fato comprometidos com a resposta às necessidades de saúde individuais e coletivas.

As redes, abordadas no terceiro capítulo, têm a tarefa de articular os diferentes pontos de atenção e são o resultado da capacidade de produzir gestão, atenção, educação e participação em cada lugar e no cotidiano. São diversas porque historicamente construídas a partir dos diferentes interesses e ideias de gestores, trabalhadores e usuários e, portanto, expressam distintas modelagens tecnoassistencial.

Se as redes de atenção tratam dos serviços e dos fluxos estruturados e particulares de cada território, as linhas de cuidado integral, tematizadas no quarto capítulo, são uma ferramenta que possibilitam que o nosso trabalho esteja de fato sendo produzido com o compromisso do cuidado singular de cada uma das mulheres, das suas formas de viver e de se relacionar com o mundo.

Nossos valores, ou seja, como pensamos o território, o cuidado, o trabalho e as formas de governar são orientadores das nossas práticas cotidianas. No quinto capítulo propomos que nossas crenças sejam objeto de reflexão. Nossos posicionamentos implicam em diferentes formas de organizar o trabalho e realizar o cuidado individual e coletivo. Esses são resultado de conflitos cotidianos dos quais fazemos parte a partir das nossas intervenções nas equipes.

As formas como as equipes se articulam para o trabalho, tanto podem estarem centradas nas especialidades e procedimentos quanto nas pessoas e suas necessidades. Abordamos no sexto capítulo o trabalho em equipe, as práticas colaborativas e a gestão participativa que são fundamentais para que nossos fazeres sejam potentes para a produção da saúde, do cuidado e de encontros que efetivamente se comprometam com as vidas e existências.

As redes, o conhecimento sobre os territórios, as linhas de cuidado, os nossos valores para agir no mundo, o trabalho em equipe abordados nos capítulos anteriores se efetivam quando colocamos em questão as nossas práticas cotidianas. Aprender e produzir conhecimento no e pelo trabalho, ou seja, a educação permanente, tratada no sétimo capítulo possibilita a produção e transformação dos nossos modos de ver e atuar no mundo.

Por fim, apresentamos no oitavo capítulo ferramentas para a educação permanente. Registrar o nosso fazer, narrar nossa experiência, mapear o lugar e cotidiano das nossa práticas nos territórios e produzir planos de intervenção tornam possível o aprendizado e a produção do conhecimento.

Esperamos que os conceitos-dispositivos-ferramentas que apresentaremos possam contribuir para a produção de conhecimento que se dá no e para o cotidiano do trabalho. Desejamos também que esses possam apoiá-los na produção dos trabalhos de conclusão do curso.

Não terminamos, seguimos sempre porque construir redes e práticas cuidadoras para as mães e bebês nos territórios é um compromisso ético, político e estético que se refaz a cada dia nos encontros singulares com cada uma das mulheres, mas também com cada um dos trabalhadores, gestores e usuários que compartilham conosco o trabalho de fazer o SUS universal, nossos serviços acolhedores, nosso trabalho decente, nossa participação democrática, nosso aprendizado significativo e o cuidado comprometido com a integralidade, a equidade e o respeito às diferenças.

O trabalho vivo em ato, produzido em cada encontro entre gestores, trabalhadores e usuários, que reconhece as relações, ou seja, as tecnologias que possibilitam centrar nossos aprendizados e práticas nas necessidades de saúde individuais e coletivas também é para educação a possibilidade de uma aprendizagem que, como afirma Paulo Freire, nos transforma para que transformemos o mundo.

PARIR E NASCER: AS PRÁTICAS E OS AFETOS

Angélica Araújo de Menezes

O que sabemos da assistência ao parto no passado dos tempos e dos lugares?

A arte de partejar

A história da humanidade se entrelaça com a arte do partejar. Atividade que, por séculos, foi realizada pelas parteiras que cuidavam tanto do corpo feminino quanto dos recém-nascidos e, enquanto detentoras de rico saber popular, produziram simbolismos sobre o ciclo e o corpo gravídico materializado em lendas e crendices (BRENES, 2005). Além das parteiras, o nascer era acompanhado e ajudado por outras mulheres, em geral, do ambiente mais próximo da parturiente, como familiares (mãe, avós, irmãs, dentre outras), vizinhas e/ou amigas. E veio os tempos das trevas.

Parto na Idade Média (escultura Romana/ créditos: tendimag.com)

Cordel
"A mãe que pariu o mundo"

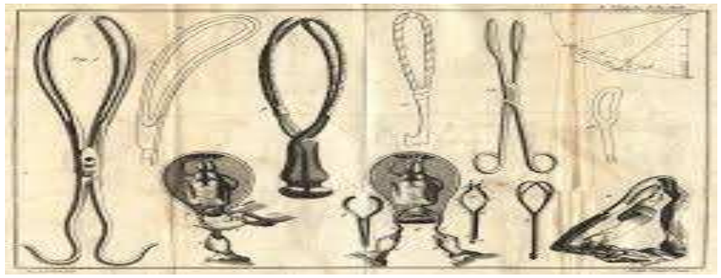
No tempo da caça às bruxas

Foto: Ilustração de William A. Crafts - 1876

O período da caça às bruxas foi um importante fator para a exclusão das parteiras e curandeiras do cuidado à população, situação esta decorrente da execução de milhares de mulheres na Europa Ocidental (do total de pessoas executadas neste período 70% a 90% eram do sexo feminino) ou do medo que esta ação causava. Tratou-se de uma estratégia Estatal e Religiosa para garantir o monopólio do cuidado à saúde como saber médico através das universidades criadas no Renascimento (FREDERICCI, 2019; EHRENREICH e ENGLISH, 1976; VIEIRA, 2002).

> "A medicina, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, transformou-se em uma atividade reservada aos homens, de forma que a situação das parteiras e das curandeiras tornou-se uma ameaça ao monopólio do saber (BRASIL, 2010)."

No final do século XVI, a introdução do fórceps obstétrico, inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen, levou a um maior declínio da assistência prestada pelas parteiras. "O fórceps trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica, substituindo paulatinamente a embriotomia e desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana" (OSAVA; TANAKA, 1997; LITOFF, 1982).



Uma das primeiras ilustrações de fórceps. Fonte: https://bebemamae.com/parto/imagens-impressionantes-mostram-como-era-o-parto-no-passado

A revolução científica e o paradigma mecanicista

Quadro representando o julgamento de Galileu a propósito da tese referente ao movimento da Terra em torno do Sol.
Fonte: https://brasilescola.uol.com.br/biografia/galileu-galilei.htm

O modelo de racionalidade científica moderna, constituída a partir da Revolução científica iniciada no século XVI, reformulou a visão de mundo e o sistema de valores da sociedade. Esse novo paradigma, também conhecido como mecanicista, entende que é possível compreender o funcionamento dos organismos vivos pelo estudo isolado de cada parte (CAPRA, 1996; LUZ, 1988; TAVARES, 1993). Esta fragmentação aumenta a compreensão sobre as partes que compõe os organismos vivos, entretanto, diminui o conhecimento sobre o funcionamento global e integrado do corpo humano, bem como sua interação com o meio ambiente (BRASIL, 2010).

> O modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, pauta-se nesta concepção fragmentada da biologia. Assim, concebe o processo saúde - doença sob a ótica biológica, apenas, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. "Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive (BRASIL, 2010).

Pablo Picasso - A Mulher que chora (1937)

É neste contexto, nos séculos XVII e XVIII na França, que surge a obstetrícia como disciplina científica e, consequentemente, especialidade médica. Assim, este novo saber médico passa a negar a validade do saber das parteiras e vem a ser mais um dos fatores causais da retirada, paulatina, destas trabalhadoras do direito do exercício de seu ofício, além de consolidar a entrada dos homens na atenção ao parto. Os conflitos decorrentes da disputa entre médicos e parteiras/obstetrizes, surgidos nesta época, persistem até os tempos atuais (BRASIL, 2010).

A medicina moderna, a partir do século XVIII, consolida a medicina como único saber, no momento histórico da formação da sociedade capitalista se constitui o projeto de medicalização dos corpos. Desta forma, a medicalização do corpo feminino se insere cada vez mais na nossa cultura e transforma eventos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, em doenças e o parto em evento cirúrgico (BRASIL, 2010).

A institucionalização do parto

As Mulheres de Argel (Pablo Picasso, 1955)

Até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetrizes/parteiras (TANAKA, 1995), uma vez que, as maternidades não eram um lugar seguro para as mulheres darem à luz, isto em decorrência da elevada incidência de infecção puerperal e suas graves consequências.

Após a Segunda Guerra Mundial novos conhecimentos e habilidades foram incorporados no campo da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, o que levou a redução significativa dos riscos do parto hospitalar e da morbimortalidade materna e neonatal, contribuindo, assim, para uma progressiva institucionalização do parto e nascimento e, consequentemente, da medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir (TANAKA, 1995).

Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana, além do isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia (BRASIL, 2010). Rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica e individualizada, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma, por exemplo (BRASIL, 2001). Configura-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem "faz" o parto (BRASIL, 2001; CARNEIRO; VILELA, 2003).

Seção Cinema:
Violência obstétrica: A voz das brasileiras - Exposição Sentidos do Nascer

A hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, o que culminou, entre outras coisas, no progressivo aumento de cesarianas desnecessárias, aumentando os riscos à saúde das mulheres e bebês e implicando, ainda, em elevação de custos para o sistema de saúde. (FAÚNDES; CECATTI, 1991b; TANAKA, 1995).

> As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que, de acordo com as características da população brasileira, que apresenta entre outras singularidades um elevado número de cesarianas anteriores, deveria ser entre 25% e 30% (BRASIL, 2016; ENTRINGER et al., 2018). Há evidências de que, quanto mais as taxas se distanciam dos valores preconizados, seja para mais ou para menos, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e neonatal (DENEUX-THARAUX et al., 2006; JOSEPH et al., 2010; DAHLGREN et al., 2009; GELLER et al., 2010a; GELLER et al., 2010b; WHO, 2015).

No Brasil, o percentual de cesáreas aumentou nas últimas décadas e, de acordo com estudo realizado pela Fundação Oswaldo Fiocruz (FIOCRUZ), o Brasil saiu de uma taxa de aproximadamente 15% em 1970 para mais de 50% em 2010 (LEAL; Gama, 2016). Em uma Análise da Situação de Saúde do Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2018, verificou-se que as taxas de cesárea em 2014 foram de 57%, e em 2015 de 55,5% (BRASIL, 2018).

> Vale ressaltar que, taxas aumentadas de parto cirúrgico, quando comparadas com parto vaginal, além de estar relacionadas a uma maior mortalidade materna (DENEUX-THARAUX et al., 2006), também estão associadas ao maior risco de histerectomia pós-parto (JOSEPH et al., 2010; DAHLGREN et al., 2009), trombose venosa profunda (JOSEPH et al., 2010), choque cardiogênico (JOSEPH et al., 2010), maior tempo de internação hospitalar (GELLER et al., 2010a), além de um maior risco de admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal nos recém-nascidos de parto cirúrgico (GELLER et al., 2010b).

Neste sentido, a redução das taxas de cesarianas torna-se um grande imperativo, no entanto, não se constitui tarefa fácil uma vez que a escolha da via de parto possui diversas e complexas causas que incluem os arranjos de modelos assistenciais na atenção ao nascimento nas regiões brasileiras (médico centrada em contraposição à abordagem multidisciplinar e multiprofissional), características socioculturais da população e preferências profissionais. Além disso, a qualidade dos serviços de atenção ao pré-parto, parto e nascimento muitas vezes não prepara e/ou prepara de forma inadequada as mulheres para os períodos pré e perinatal (BRASIL, 2016).

Seção Cinema:
Nascer no Brasil: Cesárea, mitos e riscos

Além do exposto acima, é importante pontuar que neste cenário de institucionalização do parto, de uso abusivo de práticas intervencionistas e cirúrgicas e de afirmação da ciência como o modo dominante de produção de verdades, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais passa a ser considerado como uma espécie de trabalho inferior, associado à pobreza e à ignorância e passa a ser exercido de forma marginal e, muitas vezes, “clandestina” (BESSA,1997).

No entanto, apesar da desvalorização, o trabalho da parteira tradicional permanece como um recurso importante, muitas vezes imprescindível e único, para a assistência à saúde da mulher e dos bebês em comunidades rurais, ribeirinhas, de florestas, povos indígenas, quilombolas e outras comunidades que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde. São essas práticas que mantiveram ao longo do tempo o parir humanizado, o protagonismo da mulher e o cuidado singular (BRASIL,1994, 2003, 2004a, 2004b; BESSA,1997; CHAMILCO, 2001; DIAS, 2002).

PODCAST:
Partos Tradicionais do Povo Indígena Pankararu

O Movimento pela Humanização

Di Cavalcanti, Mulheres Protestando, 1951

> “Desistir… eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.” Cora Coralina

Com a mudança do parto domiciliar para o institucionalizado, a mulher foi afastada de sua família e rede social. O parto e o nascimento passaram a ser acompanhados e programados de acordo com as necessidades dos profissionais da saúde. As mães se tornam passivas no partejar, perdem o poder de decisão sobre como e onde será o parto. Grandes enfermarias coletivas retiravam a privacidade e, as regras rígidas a possibilidade de se ter uma rede de apoio durante o internamento (DINIZ, 2001; OMS, 1996; BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

> A institucionalização do nascimento e a medicalização do corpo feminino ratificou o saber médico hegemônico em relação aos saberes tradicionais, aumentando a distância entre as culturas leigas e obstétricas (HELMAN, 2003). Levou a perda de autonomia da mulher e a inserção de procedimentos não naturais como a posição litotômica, a episiotomia, dentre outros (TORNQUIST, 2002; CORDEIRO; SALBATINO, 1997; HELMAN, 2003). Assim, o parto no ambiente hospitalar é um fator potencialmente estressante para a mulher por ser um local desconhecido, no qual o cuidado passa a ser prestado por pessoas estranhas que leva a perda da ligação com o espaço familiar e com a cultura da parturiente em um momento exclusivo e especial de sua vida (RAMALHO, 2009).

A realização do parto hospitalar e com equipes especializadas também trouxe coisas positivas, como a redução da dor pelo uso da epidural, uma maior segurança em partos difíceis e em situações de risco e, consequentemente, redução da mortalidade materna e neonatal nestas situações (SPINK, 2013).

> É importante pontuar que as práticas que envolvem o parto variaram e, ainda variam, nos diferentes países e nas diversas culturas. Todavia, algo que se mantém estável em todas as sociedades é o fato de que, durante o trabalho de parto as mulheres sempre foram assistidas por uma ou mais mulheres vinculadas afetivamente e/ou por parentesco (familiares, amigas e, parteiras) e, posteriormente, no ambiente hospitalar por profissional obstetra (médicos e enfermeiros) e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003; SPINK, 2013).

Ao longo dos anos percebeu-se a necessidade de se resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz. Assim, surge, a partir do final da década de 1970, um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de humanização do parto (DINIZ, 2005). Desde então, têm se destacado a crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto e a proposição de um novo modelo de atenção, centrado na autonomia da mulher, na garantia de seus direitos e no estímulo ao parto normal.

Seção Cinema:
Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas

Mônica Ventura (Pamela Castro, 2021)

Neste período já se identificavam diversos problemas, muitos vistos até hoje, como os elevados custos da atenção hospitalar, desvinculado da melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a variabilidade loco-regional de opiniões (DINIZ, 2005). Assim, crescia cada vez mais a crítica ao modelo tecnocrático, o que levou a organização de grupos que sistematizaram estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e ao desenvolvimento da metodologia de revisão sistemática e no movimento pela medicina baseada em evidências (DINIZ, 2005).

Ouça essa música que nos fala dos tempos da vida: Paciência (Lenine)

A discussão sobre a humanização do parto e nascimento ganhou grande representatividade quando, em 1985, em conferência realizada, em Fortaleza/CE, pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre tecnologias apropriadas para o parto, publicou a Carta de Fortaleza (WHO, 1985), que entre as recomendações registradas, constavam:

- a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas;
- a liberdade de posição no parto;
- a presença de acompanhantes;
- a abolição de algumas práticas realizadas rotineiramente na assistência ao parto, como a aplicação de enemas, a tricotomia e a amniotomia;
- o uso seletivo da episiotomia e da indução do parto com ocitócitos.

Além disso, argumenta-se que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma-se que nada justifica taxas maiores que 10% a 15% . (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985; BRASIL, 2010).

Em 1996, a OMS publica uma lista com 275 práticas de assistência perinatal que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança, este trabalho foi fruto da revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950 realizada pelo Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto. Este documento ficou conhecido como as Recomendações da OMS e objetivava garantir os direitos das mulheres, diminuir as intervenções desnecessárias e questionar procedimentos realizados sem nenhum critério científico (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2005).

O Parir (Chagall, 1910)

No Brasil, conforme trazido por Menezes (2020), ao longo dos 30 anos de implantação do SUS foram desenvolvidos ações, programas e políticas com forte potencial de melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança, sobretudo, da mortalidade infantil e materna, além de reivindicar a assistência integral e humanizada à mulher.

Entre estes podemos destacar a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que contribuiu para aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde. Em que pese, a ESF levou, na maioria dos municípios de alta cobertura, à redução da mortalidade infantil (principalmente pós neonatal) e de crianças menores de cinco anos (MENEZES, 2020).

Ainda entre as propostas, pontua-se a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) que se diferenciam dos centros obstétricos por retomarem características do ambiente familiar, como o acolhimento à mãe e bebê, a presença de acompanhante escolhido pela gestante e a aplicação de boas práticas, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo sem deixar de ofertar recursos tecnológicos apropriados (MACHADO; PRACA, 2006). Ainda que com sua eficácia comprovada, o modelo de CPN ainda sofre oposição de alguns profissionais da saúde, os quais não admitem que a assistência obstétrica apresentada nessas unidades, seja coesa com a proposta de atenção integral à mulher em processo de trabalho de parto (MACHADO; PRACA, 2006).

> Ação humanizadora importante foi à reinserção do acompanhante durante o trabalho de parto, a qual passa a ser apoiada por muitas equipes, a fim de se afastar a estranheza e a solidão e potencializar a confiança, o encorajamento e a tranquilidade na mulher no processo de parturição (BRASIL, 2010). Entretanto, até hoje, ainda há divergências materializadas nas diferentes posições adotadas nas instituições de saúde (STORTI, 2004). Sendo aceita nos serviços que procuram dar uma atenção centrada na mulher, enfatizando os aspectos sociais e emocionais e; sofrendo restrições e/ou obstáculos naqueles locais em que a centralidade é colocada no biológico e no modelo biomédico de saúde/doença (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Da mesma forma, as recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde no ano 2000, cujo objetivo foi repensar o modelo obstétrico e contribuir para organização da rede de atenção à saúde materno infantil, a fim de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, estimulando o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões.

Guia que classifica essas recomendações da OMS sobre a atenção ao parto em quatro categorias:

CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	CATEGORIA D
PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:	PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:	PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO	PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:
• Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; • Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; • Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; • Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; • Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; • Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; • Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; • Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; • Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; • Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; • Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; • Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; • Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; • Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; • Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; • Condições estéreis ao cortar o cordão; • Prevenção da hipotermia do bebê; • Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; • Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.	• Uso rotineiro de enema; • Uso rotineiro de tricotomia; • Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; • Cateterização venosa profilática de rotina; • Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; • Exame retal; • Uso de pelvimetria por Raios-X; • Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; • Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; • Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; • Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; • Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; • Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto; • Lavagem uterina rotineira após o parto; • Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.	• Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos; • Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto; • Pressão do fundo durante o trabalho de parto; • Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto; • Manipulação ativa do feto no momento do parto; • Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto; • Clampeamento precoce do cordão umbilical; • Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.	• Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; • Controle da dor por agentes sistêmicos; • Controle da dor por analgesia peridural; • Monitoramento eletrônico fetal; • Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; • Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; • Correção da dinâmica com utilização de ocitocina; • Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; • Cateterização da bexiga; • Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário; • Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto; • Parto operatório; • Uso liberal e rotineiro de episiotomia; • Exploração manual do útero após o parto.

Por fim, têm-se a Rede Cegonha, programa/estratégia criada pelo Ministério da Saúde em 2011, que surge com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para proporcionar às mulheres qualidade de vida e bem estar na gestação, parto e pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois anos de vida. Para tal, incorporou todas as ações anteriores a sua criação, a fim de possibilitar o alcance de seus objetivos, como a redução da mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, sejam eles jovens e/ou adolescentes. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011a; LEAL et al., 2018)

Parto Humanizado
Hospital Conceição versão (Despacito)

Com base no estudo realizado por Leal et al. (2018), que resume as intervenções realizadas no setor público e os indicadores de resultados alcançados na saúde de mulheres e crianças no período 1990-2015, verifica-se que houve universalização da atenção pré-natal e hospitalar ao parto, aumento do acesso à contracepção e aleitamento materno, diminuição das hospitalizações por aborto e da subnutrição, redução na mortalidade infantil de mais de 2/3, com menor repercussão no componente neonatal, tendo a razão de mortalidade materna (RMM) reduzido de 143,2 para 59,7 por 1000 nascidos vivos. Conquanto, nem todos os indicadores foram positivos, como é o caso da sífilis, da taxa de cesarianas e dos nascimentos prematuros que ainda se mantém elevados.

Questões e anotações

1. Como você vê a questão da humanização do nascimento?
2. Quais ações são realizadas em seu serviço para humanizar o nascimento?
3. Para você, qual a melhor via de parto?
4. Qual a importância das parteiras e do conhecimento tradicional na atenção à saúde da Mulher e da criança nos dias de hoje?
5. É possível haver colaboração entre os saberes tradicionais e acadêmicos?

Referências

Básica:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: uma operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Brasília 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. 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.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

Complementar:

BESSA, Lucineide Frota. **Condições de trabalho de parteiras tradicionais**: algumas características no contexto domiciliar rural. 1997. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.

BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas, comadres ou parteiras**: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do confl ito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96 p.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 447 p.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência. Revista **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 32, jul. 2003. Livro de resumos I.

CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar em um município da Amazônia Legal – Santana - AP. 2001. 184 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001

CORDEIRO, Silva Nogueira; SABATINO, Hugo. A Humanização do Parto. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática.** São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 280-317.

DAHLGREN Leanne S. et al. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada** : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. 2009 Sep;31(9):808-17.

DENEUX-THARAUX C, Carmona E, BOUVIER-COLLE MH, BREART G. Postpartum maternal mortality andcesarean delivery. **Obstetrics and gynecology**. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541-8.

DIAS, Maria Djair. *Mãos que acolhem vidas:* as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. **Tese (Doutorado)** – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, **Rio de Janeiro**, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. **Tese (Doutorado em Medicina)** - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. Parto normal ou cesárea?: O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: **UNESP**, 2004. (Saúde e cidadania)

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, 20 Sup 1, p. 52-62, 2004.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirde. Complaints and Disorders: the sexual politics of sickness. Londres: **Writers and Readers Publisher Cooperative**, 1973

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FREDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva**. Editora Elefante, 2019.

GELLER, Elizabeth et al. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. **American journal of perinatology**. v. 27, n 09, p. 675-83. 2010a.

GELLER EJ, Wu JM, JANNELli ML, Nguyen TV, VISCO AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. **Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association**. v. 30, n 04, p. 258-64. 2010b.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JOSEPH KS, Liu S, ROULEAU J, Kirby RS, KRAMER MS, Sauve R, et al. SEVERE maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada**: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. 2010 Sep;32(9):837-46.

LEAL, Maria do Carmo, GAMA, Silvana Granado Nogueira. **Nascer no Brasil**: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. 2016.

LITOFF, Judy Barret. The midwife throuhhout history. **J. Nurs Midw**, [S.l.], v.27, n. 6, p. 3-11, 1982.

LUZ, Madel Terezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRACA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 275-279, 2006.

MENEZES, Angélica Araújo. **O uso do Workload Indicators of Staffing Need (WISN) no dimensionamento da equipe médica em uma maternidade do estado na Bahia.** 2019. Orientadora: Catharina Matos Leite Soares. 97 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais**. Brasília, 1994. 51 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Curumim, **Gestação e Parto. Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar**: uma responsabilidade do SUS. Brasília, 2003. Fôlder.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004 - 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004b. 82 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. 199 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à gestante**: uma operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Brasília 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília, 1996. (OMS/SRF/MSM).

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina d' Andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais**. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, 2016. Cap. 1, p. 25-54

RAMALHO, Alice Anabela. **A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital**. 2009. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009

SPINK, Mary. Jane. P. **Psicologia Social e Saúde**: saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto**: expectativas e vivências do casal. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TANAKA, Ana Cristina d' Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 107 p

TAVARES, Clotilde. **Iniciação à visão holística**. Rio de Janeiro: Record, 1993. 167 p. (Coleção Iniciação) (Nova Era).

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILLASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf Epidemiol SUS, 7:7-28, 1998.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da hu[1]manização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

VIANA, Ana Luiza et al. Novas perspectivas para a regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf. Acesso em 02/02/2020.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

WHO - World health Organization. **Statement on Caesarean Section Rates**. 2015.

Vídeos Complementares:

- Parto Natural e Parto Humanizado – Ciência e Letras
- Parir é natural
- Parto no Brasil: a caminho da humanização parte 1
- Parto no Brasil: a caminho da humanização parte 2
- Parto no Brasil: a caminho da humanização parte 3
- Parto no Brasil: a caminho da humanização parte 4

SAÚDE E TERRITÓRIO

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

O reconhecimento do território como espaço dinâmico de construção das relações sociais destaca os desafios para implementação de políticas públicas que articulem o poder público, movimentos sociais e os atores envolvidos no processo de planejamento, implantação e implementação dos serviços ofertados à população. Isto porque, os diferentes interesses entre público e privado, individual e coletivo, local e global tem sua gênese na dinâmica do uso do território.

> No Brasil, a saúde coletiva estuda o território, objetivando prevenir riscos e evitar danos à saúde, nos seus diversos instrumentos de gestão, porque entende que os aspectos políticos, econômicos e sociais interferem no processo saúde-doença das populações (ERTHAL, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza seus serviços, considerando as especificidades dos territórios, constituindo-se de uma rede de serviços a fim de assegurar o direito de cidadania, com em princípios e diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988.

> Oliveira (2013) esclarece que na gestão do território é necessário considerar as dinâmicas existentes no espaço, o qual possui uma construção identitária cultural, política e econômica própria e, por isso mesmo, caracteriza-se como território e não apenas um espaço geográfico limitado.

Teixeira et al (1998) nos trazem a reflexão de que no cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção.

Tarsila do Amaral - Estrada de Ferro Central do Brasil (1924),

Neste contexto, para Moken et al (2008) o território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de saúde, que são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar.

A Territorialização

A Carta de Lalonde (1996) ressaltou a necessidade do "mapa da saúde" dos territórios que contemplasse os aspectos da biologia humana, meio ambiente, estilo de vida da população e a organização da atenção à saúde. Assim, a Promoção da Saúde relaciona-se fortemente aos múltiplos aspectos de modos de vida e sua relação com os processos da realidade social e local dos territórios (RABELO, 2010).

> Para Ceccim "o território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho" (2005, p. 983). Neste sentido, na saúde, o território é construído por meio do sentimento de pertencimento, e pode superar limites políticos e naturais, agrupando diferentes cidades através de pontos comuns e interdependentes. Assim, a relação com a terra e o lugar terá diferentes representações para habitantes do urbano e do campo, para mulheres e homens (OLIVEIRA, 2014).

"Maranhão, meu tesouro, meu torrão"

Para planejamento de suas ações e serviços, a saúde coletiva utiliza da territorialização, como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadrinhamento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, a territorialização tem por base a teoria da produção social, na qual a realidade é indivisível, e tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem (TEIXEIRA et al, 1998).

> O documento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) "Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil: Uma análise através de indicadores" acrescenta que compreender a dinâmica existente no território, pressupõe acrescentar aos aspectos do planejamento em saúde, aspectos sociais e culturais, inerentes ao uso do espaço geográfico.

Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (OPAS, 2010, p.29).

Tarsila do Amaral - Morro da Favela (1924)

> Reforçam Teixeira at al (1998) a análise social do território contribui para construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positividades dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado. Os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico 'informação-decisão-ação'.

Ressalta-se a importância da regionalização dos serviços de saúde no Brasil, que se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 como um dos pressupostos da descentralização e foi ratificada na Lei 8.080 de 1990, como prioridade para a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

Por ser um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e operacionalização do uso do território entre os entes federados, a regionalização não se trata apenas de delimitar um território geográfico, mas também traz em seu bojo a necessidade de pactuação de acordos políticos que sejam coerentes com o uso do território pelos agentes locais que o utilizam (VIANA et al, 2008).

As regiões de saúde devem conter dentre outras ações e serviços a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e vigilância em saúde, e se caracterizam como:

> espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p.1).

Tarsila do Amaral - Carnaval em Madureira, 1924.

Sugestão de vídeo:
O uso da categoria território na saúde

Pensando em outros territórios: conhecendo o território líquido

O território líquido é uma categoria que caracteriza o território amazônico e compreende as relações que nele são estabelecidas. Entendemos que os rios são fluxos que ligam pessoas, histórias, culturas, instituições e serviços. Para as políticas públicas, essa é uma visão que ajuda a entender o movimento do território e a necessidade de políticas voltadas para um território que não é fixo (SANTOS,2018).

> Cruz, Lemos e Iguchi (2016) nos dizem que é a partir da imersão no território que podemos compreender como acontece a produção da vida, como se estabelecem as relações, como se constroem interações e trocas, bem como as dificuldades e necessidades existentes.

O território amazônico é "vivo e se conecta pela superfície líquida". O líquido é expressivo nesse território, a variação das águas (cotas altas e cotas baixas), produz no território novos caminhos e variações também na superfície sólida (Ferla *et al*,2019, p.11). Na Amazônia é necessário pensar na "terra" tendo o seu papel exercido pelos rios que são regidos pelo ritmo da natureza (SCHWEICKARDT *et al* 2016). "A água é referência simbólica do ribeirinho" (PEREIRA *et al*,2019, p.93).

Tarcila do Amaral - Calmaria II, 1929.

Nos territórios Amazônicos a distância é medida pelo tempo de deslocamento nos rios, furos ou igarapés, "estradas" naturais que conectam os lugares e pessoas, por isso Silva (2018) ressalta a importância de investimento financeiro nos serviços de saúde da região e na construção de política que leve em conta as especificidades e desafios de regionalizar a saúde na Amazônia, buscando uma regionalização dinâmica, o que exige da gestão em saúde um movimento contínuo de discussão.

Feuerwerker (2014) analisa que nos territórios se fabricam as relações, seus limites, suas possibilidades e as redes vivas que aparecem e reaparecem no cotidiano. As redes vivas de cuidado são, para Merhy et al (2014), fragmentárias ou circunstanciais, surgem em qualquer espaço, formal ou informal de saúde, atuam por tempo determinado, amenizando a necessidade daquela população.

Desta forma, na promoção da saúde da população, devemos compreender a relação indissociável entre saúde e ambiente, ações de saúde e território, qualidade de vida da população e mudanças socioambientais, cultura e relações sociais.

Sugestão de leitura:
A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM.

Questões e anotações:

1. O Território líquido caracteriza a região amazônica. Quais seriam os aspectos que você destacaria e considera que descreve as particularidades do território em que trabalha e vive as pessoas que você cuida?

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988.

BRASIL. Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de 2011 que trata da **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** (PNSIPCF), 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 975-986, 2005

CRUZ, Patrícia de Góes; LEMOS, Sônia Maria; HIGUCHI, Maria Inês. O espaço como uma rede viva que constrói sociabilidade e cuidado. IN: SCHWEICKARDT, Júlio César et al. **Educação e Práticas de Saúde na Amazônia**: **tecendo redes de cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016

ERTHAL, Graciele. **Determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma Estratégia Saúde da Família Rural**. Orientadora: Teresinha Heck Weiller. Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa. Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, RS, 2014. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2014_2015/Dissertacao_Graciel e_Erthal.pdf. Acesso em: 20/12/2019.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação** - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e- eses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf. Acesso em: 05/11/2019.

FERLA, Alcindo Antônio; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; SCHWEICKARDT, Kátia Helena Serafina Cruz; GAI, Daniele Noal. Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido IN: **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**, Vol.2/ Alcindo Ferla [et al] organizadores. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019, p.08.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira (Eds.). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1ª edição ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.

MONKEN, Mauricio; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa; NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque; GONDIM, Grácia maria de Miranda; GRACIE, Renata. O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.23- 41.

OLIVEIRA, J.A. **A invenção geográfica da Amazônia**. Revista GeoUECE - Programa de Pós-Graduação em Geografia da UECE Fortaleza/CE, v.3, nº5, p.184-197, jul./dez. 2014. Disponível em http://seer.uece.br/geouece.

PEREIRA. Francine Rebello; SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; SCHWEICKARDT, Kátia Helena Serafina Cruz. O banzeiro no território líquido na Amazônia: análise da micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha IN: **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**, Vol.2/ Alcindo Ferla [et al] organizadores. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019, p.08.

RABELO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SILVA, Charlene Maria Muniz da. **Mocambo, Caburi e Vila Amazônia no município de Parintins: múltiplas dimensões do rural e do urbano na Amazônia / Charlene Maria Muniz da Silva**. - Manaus: UFAM, 2018.

SILVA, Charlene Muniz da Silva; FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto. Sustentabilidade e territorialidades rurais: o território rural do Baixo Amazonas, Parintins (AM). IN: WITKOSKY, Antonio Carlos. **Território e Territorialidades na Amazônia: formas de sociabilidades e participação política**. Manaus: Editora Valer, 2014.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, 2016. Cap. 1, p. 25-54

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Fundamentos da vigilância sanitária, p. 49-60, 2000.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf. Acesso em 02/02/2020.

AS REDES CUIDADORAS: UMA PRODUÇÃO EM CADA TERRITÓRIO

Alcindo Antonio Ferla
Raíssa Barbieri Ballejo Canto

As redes de atenção nós construímos em cada território. Somos trabalhadores, gestores e usuários que nos articulamos para fazermos os pontos de atenção que as compõe. Cada lugar é diferente, em cada contexto precisamos inventar as redes cuidadoras. Como começamos? Precisamos saber que as pessoas que vivem no território necessitam, com quais serviços contam, o que cada um deles faz ou pode fazer.

O que é uma Rede de Atenção à Saúde?

Conforme o Ministério da Saúde[1], as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como **arranjos organizativos de ações e serviços de saúde**, de **diferentes densidades tecnológicas**, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam **garantir a integralidade do cuidado**. O conceito não se traduz em iguais formas de organização dos serviços em cada território, mas na busca da equidade na resposta às necessidades da população.

As **redes de atenção** caracterizam-se pela **formação de relações horizontais** entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela **centralidade nas necessidades em saúde** de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo **compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados** sanitários e econômicos.

Fonte: https://redehumanizasus.net/92464-redes-de-atencao-a-saude-ras/

[1] Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Quais os objetivos das RAS?

1. Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada,
2. Incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

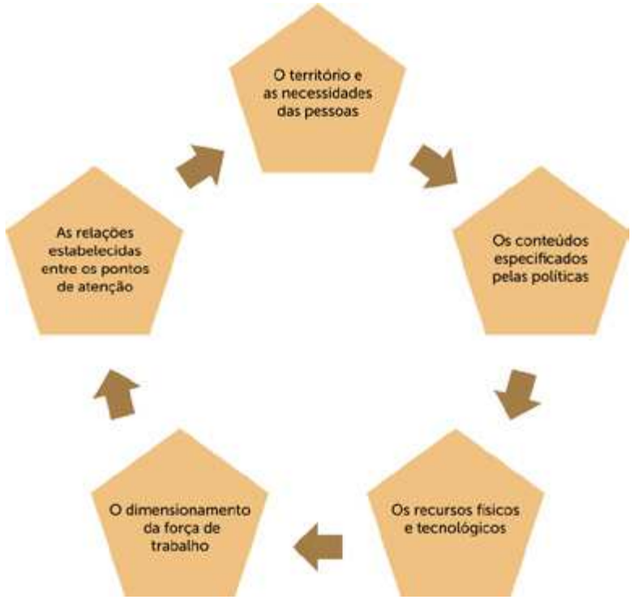
Vídeo:
Redes de Atenção à Saúde (RAS) - FOP UNICAMP

Uma Rede de Atenção à Saúde se refere:

- Aos pontos de atenção disponíveis num determinado território,
- Aos atributos do trabalho que se realiza no interior de cada ponto de atenção e entre os diferentes pontos que interferem na resolutividade das ações
- Às características físicas e tecnológicas dos serviços que se relacionam com determinados conjuntos de problemas e necessidades da população
- À capacidade de identificar e compreender as necessidades e problemas das pessoas e coletividades

A atenção está associada as rede temáticas que são efetivadas nos pontos que se associam (ou que deveriam se associar) para responder às demandas, ao conteúdo e às metas atribuídas pela política específica que rege cada rede temática.

Para falar de uma rede de atenção é necessário ter em conta:



Para que serve uma Rede de Atenção à Saúde[2]?

- Para efetivar a organização da gestão setorial e das práticas assistenciais de forma suficiente para responder as necessidades centradas não somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma **rede de práticas cuidadoras e de afirmação da vida em um determinado território**.
- Além do reconhecimento das necessidades das pessoas e coletividades em um determinado território, a proposta de rede de atenção inclui **articular as ações de gestão, atenção, educação e participação** para a organização dos fluxos adequados as respostas as essas necessidades.
- Mais do que respostas possíveis às dores, angústias e aflições, assim como aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações), há necessidade de que não se produzam apenas consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de **produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário**.

Como eu posso tornar uma Rede mais efetiva nas práticas do cuidado?

Todo serviço de saúde deve ser orientado para as necessidades da população da qual é responsável.

'É essencial conhecer

As condições de vida e de trabalho das pessoas e coletividades que ocupam o território;

Os pontos de vista que têm acerca da saúde, da doença, dos fatores que beneficiam a saúde, que prejudicam a saúde e dos recursos que buscam em caso de doença ou abalos à saúde;

As concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para evitar adoecimentos

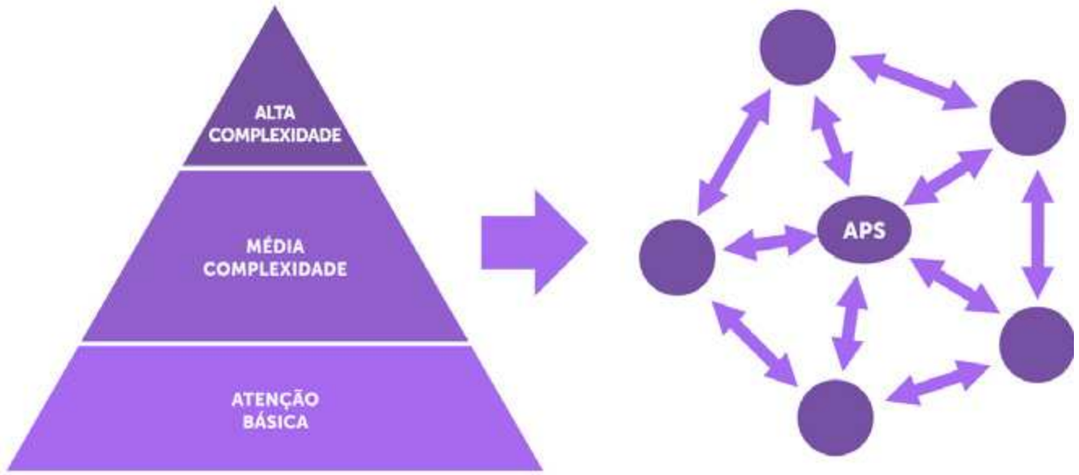
Fonte: CECCIM & FERLA, 2006

Será com esse conhecimento que se poderá produzir o fluir pelas **linhas de cuidado**. As linhas **intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos de menor à maior tecnicidade da atenção.** Ou seja, redes de atenção incluem os pontos de atenção nos territórios onde se produzem linhas de cuidado para facilitar o percurso das pessoas por eles, ampliar o acesso e qualificar as respostas, ou seja, tornar as trajetórias das pessoas em resposta as suas necessidades mais resolutivas. Portanto, há um matriciamento entre as práticas de cada agente do trabalho e cada serviço, assim como há necessidade de conhecimento qualificado dos territórios, com ampliação permanente do que se sabe sobre ele e sobre . Isso também quer dizer que cada **contato com o território também ensina como o serviço pode se qualificar e quais situações não encontram a acolhida necessária** nos serviços e na rede de atenção como um todo.

[2] Textos extraído de: Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.

Como eu posso contribuir para efetivar uma Rede de Cuidado?

É **necessário planejar fluxos que produzam ações resolutivas das equipes de saúde**, centradas no **acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora** – a continuidade do cuidado como um tramado em que o usuário tenha um acesso que garanta inclusão, conhecimento sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais.



A **contribuição de cada agente do trabalho** para a construção da rede de atenção à saúde **é qualificar o cuidado em cada ponto**, é buscar evidências no cotidiano para ampliar o acesso e a resolutividade, é **articular e contribuir com o monitoramento e a avaliação dos pontos da rede**, é compartilhar com os diferentes trabalhadores dos diferentes pontos a aprendizagem feita no trabalho.

> O componente mais importante de uma rede de atenção são as pessoas que realizam o trabalho em cada ponto de atenção. **Os trabalhadores e as trabalhadoras são, ao mesmo tempo, a conexão com os usuários e com os serviços entre si**. O trabalho em saúde faz os links entre os pontos de atenção e com a integralidade da atenção. Os agentes do trabalho fazem o cuidado, a qualidade, a gestão, a aprendizagem, a participação; ou seja, são centrais para o funcionamento dos serviços e para a conexão resolutiva entre eles.

Planos e planos
Planos e planos, eis o que faço.
Sou um pescador de mim.
Isco-me todos os dias.
Garimpo as minhas ideias,
As minhas vontades. Escolho, separo,
Reparo, rearrumo, desarrumo, mudo o rumo,
Começo tudo outra vez.
De novo, sempre, necessariamente.
Dia a dia.
Hora a hora.
Planos e planos eis, o que faço,
E às vezes acho que planejamento
De nada é válido.
Tudo tem que ter um toque de improviso,
Que nem aviso, que chega e pronto.
No entanto, planejar é preciso e eu preciso
Planejar para não planejar a vida.
Planos e planos, eis o que faço.
Nos descaminhos do mundo.
Nas esquinas universais.
Usar apenas a lógica pode ser lógico,
Mas não essencialmente seguro.
Transdicisplinaria os caminhos.
Planos e planos, eis o que faço.
Dou forma à previsibilidade.
Entender necessidades e vontades,
E imaginar como elas podem ser
Alteradas em diferentes situações.
A vida vivida de rascunho,
Não dá para passar a limpo.
Planejar é preciso, mesmo
Que seja do infinito.

Autora: Evelyn Almeida Ramos

Quais as Redes de Atenção à Saúde prioritárias para o SUS?

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituindo entre outros conceitos o de Região de Saúde, as Comissões Intergestores e Rede de Atenção à Saúde, que como vimos, é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de densidades tecnológicas crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017 define as seguintes Redes Temáticas:

- Rede Cegonha
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

> Região de Saúde é espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde

> Comissões intergestoras instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS

Rede Cegonha

Neste momento do curso falaremos mais profundamente da Rede Cegonha[3], instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, e é organizada em 4 componentes:

Figura 1 - Desenho da Rede Cegonha

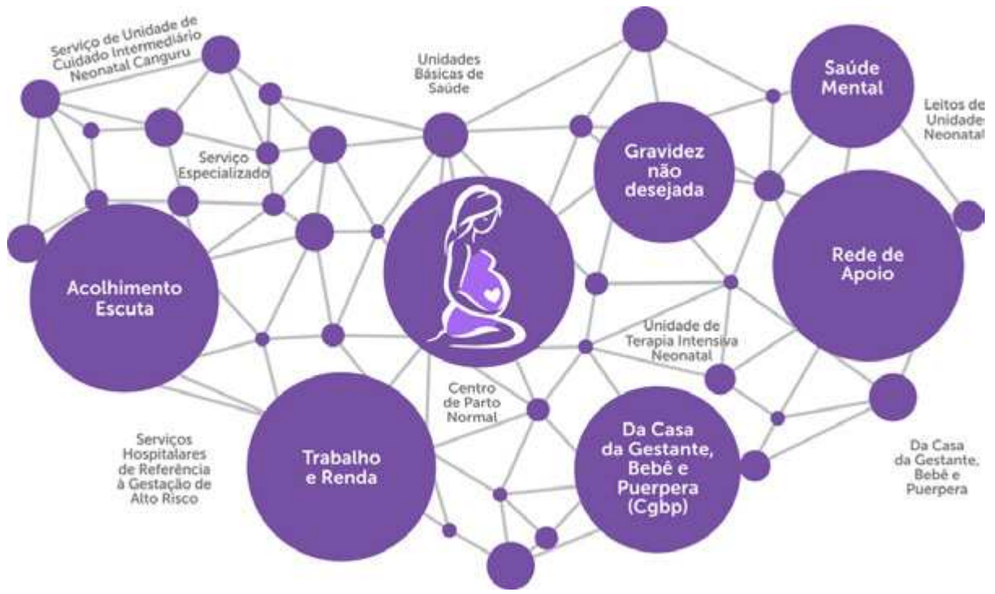
Fonte: Elaborado pelo autor com base na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

[3] Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Pontos de Atenção da Rede Cegonha

Fonte: Elaborado pelo autor com base na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Rede de Cuidado



Fonte: Elaborado pelo autor com base na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Questões e anotações:

Com quais pontos da Rede de Atenção seu serviço interage?

Como essa interação acontece (referência e contrarreferência, cuidado compartilhado, matriciamento)?

Você percebe maneiras de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde?

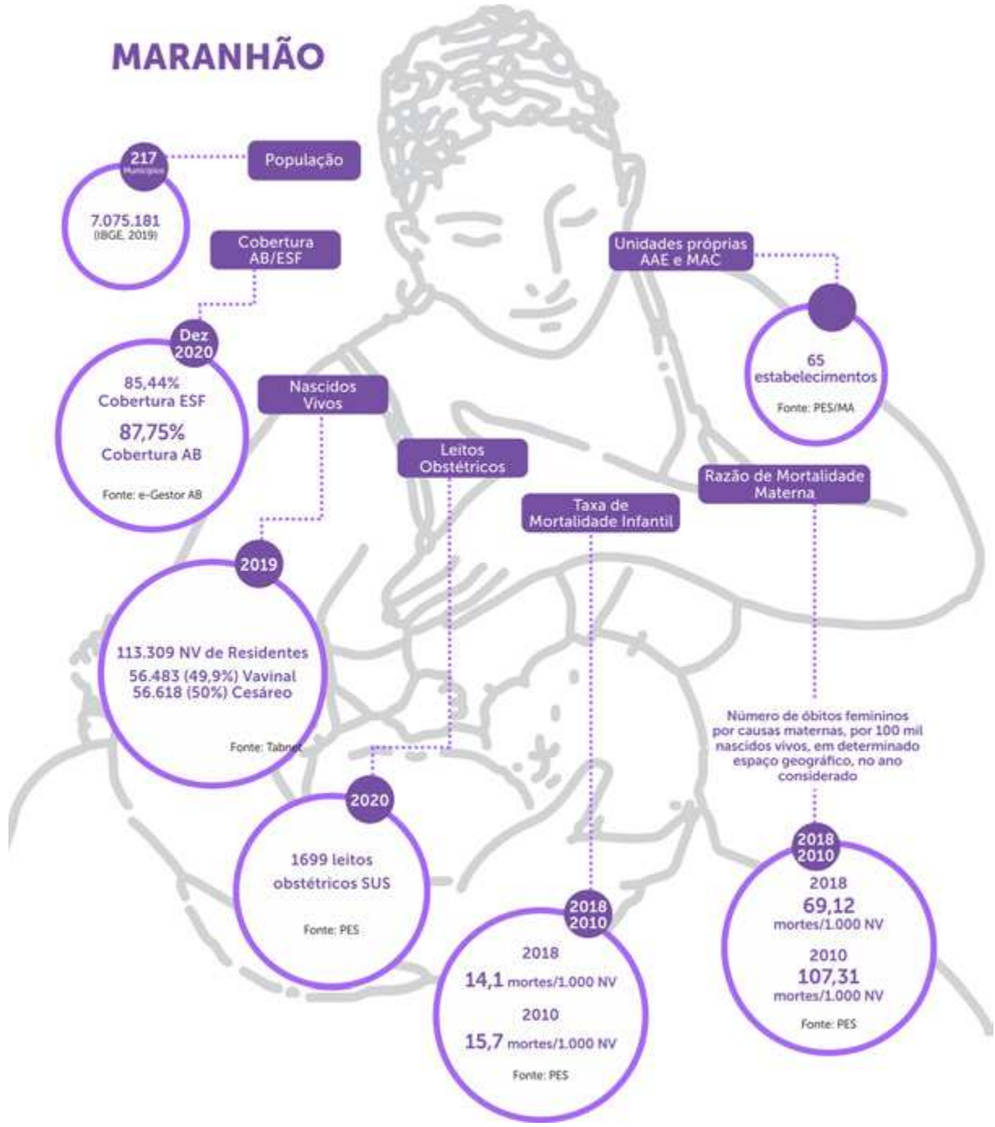
Quais os principais desafios para implementar a Rede de Atenção à Saúde?

O Estado do Maranhão e o Cuidado Mãe Bebê

O Estado do Maranhão é composto por 217 municípios, totalizando 7.075.181, conforme IBGE, 2019) e está dividido em 03 Macrorregiões de Saúde (Macro Norte; Macro Sul e Macro Leste), composta por 9, 4 e 6 Regiões de Saúde, respectivamente.

Regiões de Saúde do MA

Informações da Rede de Atenção do Maranhão



Fonte: Elaborado pelo autor

Questões e anotações:

1. O que você sabe sobre a rede de atenção do território em que trabalha?

2, Qual a sua participação e contribuição nesta rede?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília - DF, 2017.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília - DF, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.

MARANHÃO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023. Secretaria da Saúde do Maranhão**, 2020.

LINHAS DE CUIDADO INTEGRAL

Lisiane Bôer Possa
Raíssa Barbieri Ballejo Canto

Nos territórios é que são construídas as ***linhas de cuidado integral***, que tem como foco **garantir percursos seguros e resolutivos em resposta às necessidades dos usuários**.

O que marcam e pretendem as linhas de cuidado?

As **linhas de cuidado são marcadas pela dinamicidade, pelos contextos e decisões que são produzidos a partir dos encontros** que envolvem os atores. Trata-se de arranjos, estratégias e dispositivos que reorganizam os processos de trabalhos das equipes de cada serviço e entre os diferentes serviços.

A proposta de ***linhas de cuidado*** tem como pressuposto **a integralidade e expressa as práticas cuidadoras** que são construídas a partir da (re)organização da gestão e da atenção, da educação e da participação em resposta a uma concepção de saúde que não se reduz à saúde centrada no tratamento de doenças, mas está pautada pela "inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida" (CECCIM; FERLA, 2006, p. 165).

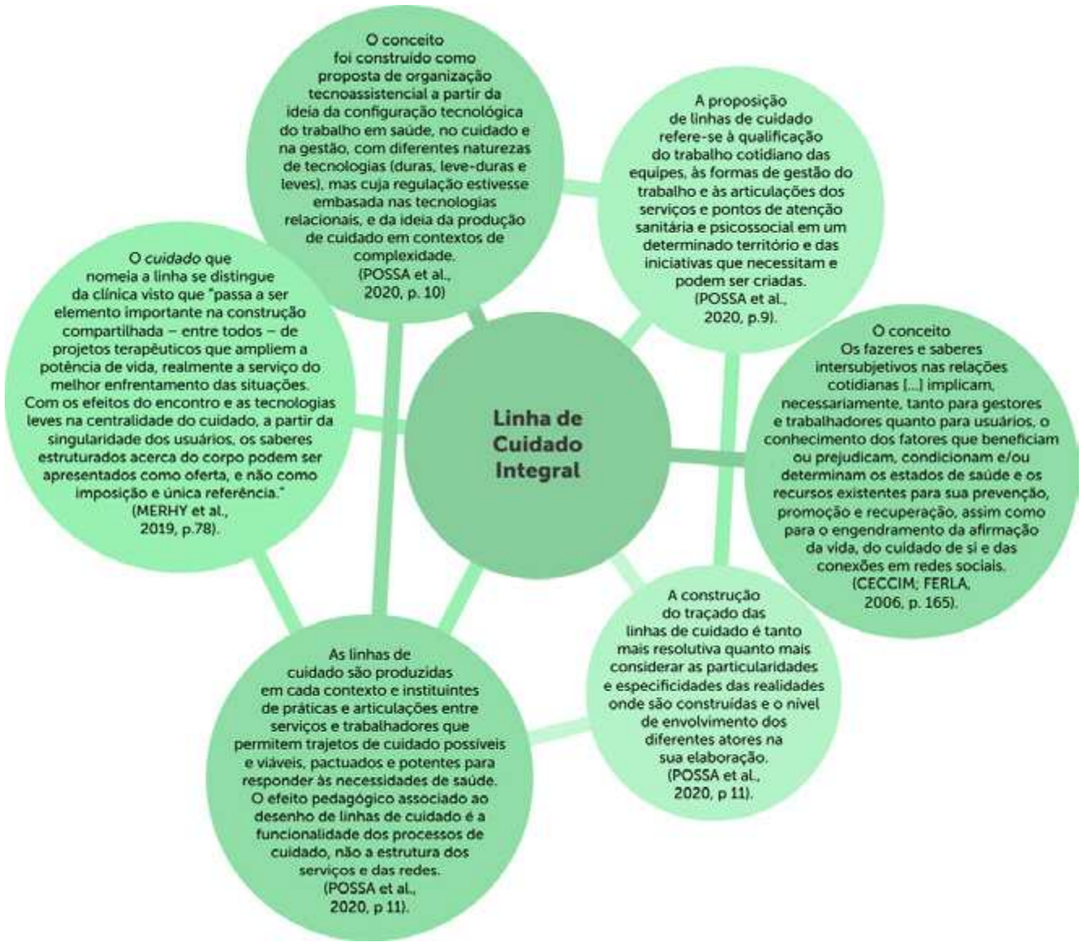
Que desafios temos para construir linhas de cuidado nas redes de atenção?

A construção das redes de atenção e de ensino tendem a ser organizadas a partir da oferta dos serviços, cristalizando (in)capacidades nos territórios. **O desafio é reconfigurar essas redes para responder às necessidades em saúde e superar a desigualdade no acesso**. Trata-se de (re)organizar os processos de trabalho de tal forma que esteja orientado pela discussão e pactuação entre os atores que estão implicados com a produção de saúde nos territórios, gestores, equipes de trabalhadores da saúde e da educação, usuários, estudantes e movimentos sociais.

O **reconhecimento da singularidade de cada usuário** e a radicalidade do compromisso com a produção de percursos seguros, garantidos e de qualidade acontece em cada encontro com os trabalhadores. São linhas no plural porque cada usuário é reconhecido nas suas diferenças, como sujeito único e ator do processo de cuidado.

Não haverá uma rede de atenção se as práticas no interior dos serviços não estiverem conectadas entre si e ampliando o conhecimento dos sujeitos, principalmente as pessoas que atuam profissionalmente nesses serviços, de tal forma que o trabalho se desenvolva ao mesmo tempo que se realiza. A educação permanente é fundamental para produzir redes de atenção à saúde e linhas de cuidado, não basta a existência de serviços e estabelecimentos **é preciso aprender como fazê-la e como cuidar em cada encontro com os indivíduos e coletividades ambos singulares nas suas existências**.

Sugestão de leitura:
Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios.



Questões e anotações:

1. No território em que atua, quais as principais dificuldades para responder as necessidades singulares das mulheres e bebês que cuida?

2. Qual é ou pode ser a sua contribuição para a produção das linhas de cuidado?

3. Conte uma experiência de cuidado em que você contribuiu para garantir um percurso que garanta acesso seguro, resolutivo e qualificado para uma mulher gestando:

4. Quais são os principais parceiros que você conta no cotidiano do seu trabalho para produzir as linhas de cuidado?

Referências

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, p. 165-184, 2006.

MALTA, Deborah de Carvalho; MERHY, Emersom Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, sept. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf.

MERHY, Emersom Elias; FEUERWERKER Laura Carvalho Macruz; SANTOS Mara Lisiane de Moraes; BERTUSSI, Debora Cristina; BADUY, Rossana Staevie. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez 2019

POSSA, Lisiane Bôer et al. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 6, n. 2 Suplem, 2020. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3365 Acesso em: 07 maio 2021.

AS FORÇAS-VALORES: NOSSAS PRÁTICAS NO COTIDIANO DO TRABALHO

Raíssa Barbieri Ballejo Canto

Mais do que pontos de Atenção, a Rede é composta por campos de forças que definem fluxos micropolíticos, representados como forças-valores que orientam nosso trabalho cotidiano. Nossos pensamentos, crenças, preconceitos, concepções são os valores que temos e que se constituem em forças que fazem acontecer nossas práticas .

> "Uma força só existe por existir outra força, intensivamente diferente, atuando no mesmo campo. Onde há uma força atuando em um sentido, sempre há outra operando resistência; e, em geral, nos campos de força, há várias forças em tensão, não somente pares contraditórios" (MERHY, et al, 2019, p. 72).

Força-valor Território

Os ***territórios*** podem ser considerados apenas na sua dimensão material, restritos aos mapas dos lugares, reduzidos adscrição da população e ao conhecimento unilateral e *a priori* sobre como vivem os outros. Essa perspectiva usualmente é base para o planejamento das redes de atenção à saúde e das ações programáticas numa perspectiva gerencialista que estigmatiza as pessoas uma vez que as classifica com base nas vulnerabilidades e precariedades dos espaços em que vivem. Para a produção do cuidado e da formação em saúde, há que se reconhecer **o território historicamente construído como rede de relações e processos singulares de construir e viver**, em que se produzem sofrimentos, mas também potências, que são conhecidos a partir da participação da multiplicidade de coletivos que habitam esses espaços (MERHY et al., 2019).

Força-valor território	Busca perceber o modo como os usuários e movimentos se posicionam – considerando que território corresponde aos seus processos singulares de construir e de viver suas vidas como Redes Vivas Existenciais.	É um campo de forças, uma teia ou rede de relações em si mesmo – como produção de si (territórios existenciais) e os lugares de produção da vida (a casa, a rua, o trabalho, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta).	Não somente campos de saberes e práticas disciplinares, pois, para os povos originários, por exemplo, território se define pela inseparabilidade da constitutividade dos viventes e da Terra-Mãe.

Fonte: MERHY, 2019.

Força-valor clínica e cuidado

A força-valor clínica mobiliza o usuário como objeto da ação dos trabalhadores, a força-valor **cuidado agencia o usuário como protagonista na produção de sua existência e como legítimos seus modos de sentir e enfrentar sofrimentos, problemas e dificuldades**.

Uns, agenciados pela força-valor clínica, querem que a doença ocupe lugar central na organização da vida, e os saberes técnicos determinam o que deve ser realizado. Outros, agenciados pela força-valor cuidado, querem ajuda para continuar a viver do modo mais potente e prazeroso possível, apesar do problema/doença/sofrimento.

Força-valor clínica-cuidado	Tem a ver com os saberes reconhecidos como legítimos ou não e com a possibilidade ou não de construção compartilhada de um projeto terapêutico, de modo que ele faça sentido para o usuário e sirva para enriquecer seu viver, apesar dos problemas e sofrimentos com que eventualmente precise viver ou enfrentar.	Tem a ver com sentir-se bem e mal, com e sem forças, com e sem vontade, com reconhecer algo como sofrimento, dor, prazer, como reconhecer o que lhe faz bem e mal, que tem a ver com experimentações da vida em sua multiplicidade em diferentes situações. Esse saber a partir das experimentações do corpo é subjetivante e singular. Essa força agencia implicação com o outro, solidariedade com o sofrimento humano, compreensão com as fragilidades, maior sensibilidade às singularidades e multiplicidades existenciais de cada usuário.	A base da clínica das várias profissões da saúde é o saber técnico hegemônico, com pretensão de verdade produzida a partir da ciência, que toma o corpo como uma máquina biológica dada, definida, fixa, deslocada das intensidades do viver. Saber técnico produzido de modo fragmentado, em função das especializações. Outras forças que contribuem para sua legitimação como verdade – campo de forças do mercado, das indústrias de equipamentos, de remédios, de aparatos tecnológicos, que socialmente ajudam a construir certas verdades sobre saúde, doença e os modos de proteger uma e livrar-se da outra.

Fonte: MERHY, 2019.

Força Valor trabalho, governo de si e governo do outro

Governar o **trabalho em saúde**, reconhecendo **que todos governam e todos disputam projeto, é preciso criar espaços de conversa e escuta, colocar o trabalho em análise para recolher os efeitos produzidos** sobre os envolvidos; é preciso tensionar e criar situações que favoreçam a abertura para os desafios que as singularidades nos impõem. Para favorecer a produção do cuidado, precisa ser construído de modo coletivo e compartilhado, e estar sempre em questão.

Força-valor trabalho	O trabalho em saúde está tensionado pelas 'necessidades sociais'	Quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho.	Quanto menos afetados pela singularidade, quanto mais orientados por definições a priori (sobre qual o saber válido, quem é o usuário, quais são seus problemas e como devem ser entendidos e enfrentados), maior o predomínio do trabalho morto.
Tecnologias	**Tecnologias leves:** correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro – escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros.	**Tecnologia leve-duras**: saberes estruturados das profissões da saúde – que, em parte, são duras, porque são produzidas e disponibilizadas a priori, mas, em parte, são leves porque podem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro	**Tecnologias duras**: equipamentos, instrumentos

Fonte: MERHY, 2019.

Na micropolítica dos encontros entre os trabalhadores e usuários, não há nada decidido de antemão, há sempre uma disputa entre quem cuida e quem é cuidado. A força-valor **governo de si e governo do outro** é acontecimento, permanentemente atravessada por forças outras em tensão no mundo da vida e do cuidado.

Força-valor governo de si e do outro	No trabalho vivo em ato, exercem o governo de si, com alto grau de autonomia, apesar dos desígnios da gestão e dos desejos e demandas dos usuários.	Os usuários exercem seu autogoverno incorporando ou não as prescrições terapêuticas estabelecidas, ou, ainda, buscam governar os serviços e trabalhadores disputando, a partir de seus desejos e concepções de cuidado, os modos de operar os serviços e os encontros.	Há forças e tensões permanentemente em disputa, em busca da hegemonia de seus projetos, da autonomia, do controle. Pouca escuta e sensibilidade às demandas das vidas que buscam o cuidado nas equipes, predominam as forças operadas para o controle sobre os modos de andar a vida dos usuários, e sobre escolhas dos projetos de cuidado, os quais agenciam a captura do trabalho vivo e a diminuição da porosidade para o encontro.

Fonte: MERHY, 2019.

Força-valor trabalho em equipe

A força-valor trabalho em equipe, dependente da força-valor cuidado e da força-valor trabalho, que reconhece que todos governam. Essa **força tensiona os núcleos de saber de cada profissão, colocando a singularidade das situações vividas pelos usuários no centro da interação para conformar um comum**. Desse modo, partindo do encontro com o usuário e suas questões, pode-se chegar a problemas que são novidade para os núcleos profissionais, ou seja, que vão exigir a produção de novas respostas, vão impor desafios à construção/ composição do agir tecnológico das profissões. Não há mágica, há que se abrir espaço de escuta ampliada ao usuário e suas questões.

Força-valor trabalho em equipe	Para operar a saúde de modo ampliado e no território, em oposição ao modelo hegemônico, seria importante contar com equipes multiprofissionais para trabalhar em equipe, não basta reunir em um mesmo espaço uma diversidade de trabalhadores, nem atribuir a eles tarefas que se entrecruzam, tampouco estabelecer normativamente que se deve trabalhar em equipe e até reservar um tempo para que se reúnam.	Equipe, assim como rede, é uma construção ativa, que implica enfrentar diferenças, relações de poder e a construção de um comum, que agencia o diálogo entre os núcleos de saber, em uma certa lógica de matriciamento.	Uma força-valor trabalho em equipe que mobiliza encontros apenas no plano formal e da hierarquia, com baixa potência para superar tensões e diferenças, levando à produção de conflitos e burocratização. O diálogo disparado a partir dos núcleos profissionais exclui os usuários, tende a tomá-los como objeto, pois quem predomina é a força-valor clínica da transmissão de conhecimentos técnicos, em que uns sabem e outros aprendem

Fonte: MERHY, 2019.

Questões e anotações:

1. Qual destas cinco força-valores está mais presente no seu cotidiano de trabalho? Porquê?

2. Qual destas cinco força-valores é menos presente no seu cotidiano de trabalho? Você consegue identificar os empecilhos para isso? Consegue pensar em estratégias para qualificá-la?

3. Fiquei em dúvida em relação à:

4. Gostaria de pôr em prática a seguinte ideia que aprendi aqui:

Referências

MERHY, Emersom Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTOS, Maria Lisiane de Moraes; BERTUSSI, Debora Cristina; BADUY, Rossana Staevie. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez 2019

TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS COLABORATIVAS

Lisiane Bôer Possa
Raíssa Barbieri Ballejo Canto

A organização dos processos de trabalho e de educação em saúde continuam tendo como base os modelos ideais de atuação, uma área dura que prioriza os controles administrativos, as regras e normatização formais das práticas, descolado do trabalho real que acontece nas condições existentes dos diferentes territórios, que produzem saúde e fazem funcionar os serviços cotidianamente (FERLA et al., 2020). Esses modelos ideais sustentam uma compreensão dos trabalhadores como "recursos", enquanto **os trabalhadores são pessoas que realizam o trabalho e que são atravessados por uma diversidade de ideias, interesses e projetos na produção da saúde**, para os quais o cotidiano do trabalho pode significar desconforto, resistência, aprendizagem, dádiva, etc. (CECCIM, 2005).

O que sabemos e como fazemos?

As ***práticas colaborativas*** são construídas nos processos cotidianos de trabalho compartilhados, no aprender com e pelo trabalho interprofissional. É um acontecimento produzido nos encontros, na alteridade dos trabalhadores e usuários e nas experimentações

> [...] que inclui tudo aquilo que pertence ao campo – e que os núcleos cooperam em sua composição –, como tudo aquilo que podemos desenvolver como "núcleo comum" ou tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe. (CECCIM, 2017, p.50).

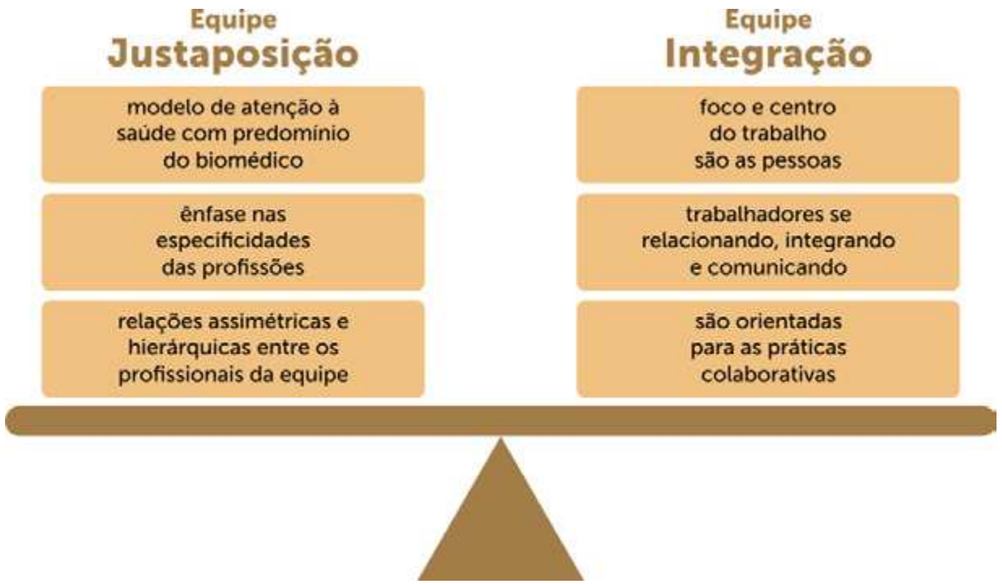
O ***trabalho em equipe*** na lógica do matriciamento e que agencia o diálogo, entre os saberes dos núcleos de cada profissão e aqueles da experiência, pauta-se pelo comum que se produz pela **interação centrada nas singularidades das situações vividas pelos usuários**.

> [...] partindo do encontro com o usuário e suas questões, pode-se chegar a problemas que são novidade para os núcleos profissionais, ou seja, que vão exigir a produção de novas respostas, vão impor desafios à construção/ composição do agir tecnológico das profissões. Não há mágica, há que se abrir espaço de escuta ampliada ao usuário e suas questões. [...] Esse comum, produzido a partir da complexidade e singularidade das situações, dá visibilidade à pobreza e ao limite das respostas isoladas de cada núcleo de saber técnico. Esse comum pede composição, não somente entre os trabalhadores, mas com os usuários." (MERHY, et al., 2019, p. 80).

Por outro lado, o trabalho em equipe pode restringir-se a encontros formais, hierárquicos e que tanto induzem os conflitos, uma vez que não contribui para a superação das diferenças e tensão, quanto à burocratização que empobrece o potencial cuidador das equipes. Trata-se do trabalho centrado no corpo biológico, no saber tecnicista, que pressupõe que uns saibam e outros não, em relações de competição e nos núcleos e disputas profissionais que excluem os usuários na medida em que os tomam por objeto (MERHY et al., 2019).

Nossas equipes: uma construção no cotidiano do trabalho

Observam-se no cotidiano duas modalidades de trabalho em equipe de saúde: **equipe justaposição** que expressa apenas o agrupamento de pessoas nos processos de trabalho, e a **equipe integração**, quando há interação dos agentes, com vistas a uma finalidade negociada entre esses e os usuários. Com base nessa tipologia, espera-se que o projeto terapêutico não se restrinja ao âmbito do serviço de saúde, no qual é originado, mas que envolva e incorpore outras instâncias e atores, direta ou indiretamente ligados a ele (PEDUZZI, 2011).



As ***equipes integração*** são orientadas para as práticas colaborativas, ou seja, profissionais das diferentes especialidades e profissões se comunicando, se relacionando e se integrando para resolver os problemas de atenção à saúde das pessoas. Tem como foco e centro do trabalho as pessoas e o objetivo comum de produzir maior resolutividade e qualidade na atenção à saúde das pessoas no território e a colaboração para que isso seja alcançado. É mais do que cada um fazer sua parte. Trata-se de conversar e construir formas compartilhadas de trabalho em que o foco deixa de ser a realização de procedimentos e passa a ser as pessoas (PEDUZZI, 2001).

Nas ***equipes justaposição*** os trabalhadores não constroem um plano de cuidado que seja compartilhado e que considere a complexidade e as múltiplas dimensões das necessidades de saúde das pessoas. Vincula-se a um único modelo de atenção à saúde com predomínio do biomédico e hegemônico, onde o trabalho do médico é visto como o "núcleo" de onde derivam as demais áreas profissionais, sendo mais valorizado e legitimado, quer seja pela sociedade, como também pelos demais integrantes da equipe. A superação das relações assimétricas entre os profissionais da equipe, não significa excluir as especificidades das profissões, pois, cada um tem contribuições importantes para qualificação do trabalho prestado a população, no entanto, quanto maior ênfase nas especificidades das profissões, quanto mais hierárquicas as relações, maior a possibilidade de equipe ser um agrupamento (PEDUZZI, 2001).

O Quadro 2 lista alguns pontos que são facilitadores as equipes integração, bem como, alguns fatores que dificultam o trabalho em equipe.

Quadro 2 - Facilitadores e dificuldades para o trabalho em equipe

A - Facilitadores	B - Dificuldades
• Atenção centrada no paciente/usuário; • Compartilhamento de objetivos comuns; • Construção de um projeto assistencial comum; • Tomada de decisões compartilhadas; • Responsabilidade e prestação de contas pelos resultados produzidos;	• Ausência de foco nas necessidades de saúde dos pacientes, destinatários do trabalho em equipe; • Conflitos quanto à abordagem eleita para a assistência ou cuidado dos pacientes; • Indefinição dos resultados a serem alcançados; • Ausência de consenso quanto ao projeto assistencial comum;
• Reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe; • Complementaridade e interdependência das ações; • Autonomia profissional de caráter interdependente;	• Desconhecimento do papel ou trabalho dos demais membros da equipe; • Desconsideração das experiências e saberes de cada membro da equipe;
• Flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais; • Preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais; • Horizontalização das relações de poder; • Suporte organizacional para estimular o trabalho colaborativo interdependente;	• Trabalhos especializados e suas especificidades técnicas percebidos como trabalhos que têm valor social desigual; • Expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe;
• Liderança que contribua para integração da equipe e reflexividade, isto é, equipe com capacidade de reflexão sobre sua prática, corresponsabilização e monitoramento compartilhado das ações realizadas pelos colegas da equipe;	• Surgimento de variadas formas de disputas pelo poder que interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais e de articulação das atividades dos diferentes profissionais; • Dificuldade de distinguir o que são formas legítimas de disputa pela implementação de propostas ou estilos na consecução do trabalho da equipe, daquelas disputas por ressentimento, vaidades ou interesses pessoais.
• Interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade são os principais atributos do trabalho em equipe efetivo; • Reuniões de equipe e supervisão de equipe (indicado manter uma rotina de reuniões com frequência, duração e local definidos).	• O risco de os interesses pessoais emergirem em uma equipe que não possui objetivos negociados é grande, resultando em um comportamento individual e sem foco no paciente
• Evitar o mero cumprimento de um ritual esvaziado de sentido e assegurar que as reuniões permitam a comunicação e o trabalho da equipe na direção dos resultados esperados para os pacientes.	• Quebra da comunicação (informações incompletas), rumores (conversas de bastidores), diferentes linguagens especializadas herméticas, mera passagem de informação que exclui a possibilidade de troca entre os diferentes profissionais.

Fonte: Adaptado de PEDUZZI, 2001.

Compreender esses fatores facilitadores é importante porque potencializa a integração da equipe, melhora a qualidade do cuidado, prioriza as necessidades dos usuários e facilita a articulação e colaboração entre os profissionais da equipe do território como também das equipes que integram os demais serviços da rede de atenção à saúde existentes no município. O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho. Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração não somente por se compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, por buscar um horizonte ético comum (PEDUZZI, 2001).

Retrato do artista quando coisa

A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.
Nesse ponto
sou abastado.
Palavras que me aceitam
como sou
— eu não aceito.
Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.
Eu penso
renovar o homem

usando borboletas

(Manoel de Barros)

Questões e anotações:

E você e seus colegas, formam **qual tipo de equipe**?

Conta aqui pra gente:

Assinale as alternativas com as quais sua equipe mais se parece e descubra aqui se você faz parte de uma equipe agrupamento ou equipe integração:

Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento (Peduzzi, 2001).

Critério	Equipe Integração	Equipe Justaposição
Comunicação externa ao trabalho		
Comunicação estritamente pessoal		
Comunicação intrínseca ao trabalho		
Projeto assistencial comum		
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados		
Argüição da desigualdade dos trabalhos especializados		
Especificidades dos trabalhos especializados		
Flexibilidade da divisão do trabalho		
Autonomia técnica de caráter interdependente		
Autonomia técnica plena		
Ausência de autonomia técnica		

Fonte: Adaptado de PEDUZZI, 2001.

Referências:

CECCIM, Ricardo Burg. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: 49 inovações no cenário brasileiro. *In:* TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (Org.). **Interprossionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.49-67. (Série Vivência em Educação na Saúde)

MERHY Emersom Elias, FEUERWERKER Laura Camargo Macruz, SANTOS Mara Lisiane de Moraes, BERTUSSI Debora Cristina, BADUY Rossana Staevie. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez 2019

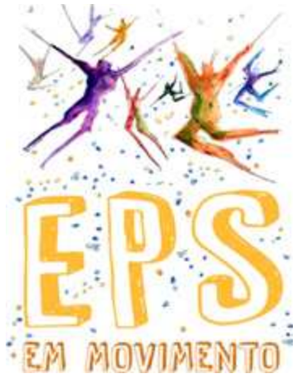
POSSA, Lisiane Bôer; TREPTE, Renata Flores; PLENTZ, Luiza Maria; FERLA, Alcindo Antônio. Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos. *In:* POSSA, Lisiane Bôer. TREPTE, Renata Flores; GOSCH, Cristiane Scolari; FERLA, Alcindo Antônio (Orgs.). **Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020a. p.17-31. (Coleção Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/ Acesso em: 7 maio 2021.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 35(1):103-9, 2001.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: CONHECIMENTO NO E PELO TRABALHO

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli Dos Santos
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Alcindo Antônio Ferla



O que é a Educação Permanente em Saúde?

Os trabalhadores, juntamente com a gestão e população, são co-responsáveis pelos processos de gestão e educação. O aprendizado no e para o trabalho é o enfoque da Educação Permanente em Saúde, buscando uma mudança na qualidade do cuidado da população e na busca da equidade e da participação. Desse modo, a EPS é uma proposta de mudança nos modos de fazer saúde nos territórios, apostando no potencial do trabalhador, nos saberes dos territórios e na inovação dos modelos tecnoassistenciais.

> A EPS é um espaço de trocas e de encontros, incluindo outras linguagens e outras formas de expressar o cuidado. Assim, os encontros podem se transformar em espaço terapêuticos e lúdicos. Desse modo, a proposta é valorizar a experiência vivida tanto de usuários como de trabalhadores, o diálogo e a ética do cuidado, promovendo relações mais igualitárias e simétricas no contexto do trabalho.

A EPS acontece a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. É por isso que, neste contexto, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (MARTINS, 2015).

> A Política Nacional de Educação Permanente conceitua a EPS como:Uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde, e relaciona o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e participação e controle social no SUS. Tem por objetivo a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis organizacionais e gerenciais do sistema, orientando-se, portanto, para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político institucional do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local (BRASIL, 2018, pág. 7).

Os trabalhadores e o trabalho são, portanto, os sujeitos e o espaço dos processos de intervenção. O objetivo é utilizar de metodologias que possam promover as ações que desenvolvam o senso crítico e resolutivo, potencializando as suas ações nos territórios de cuidado.

> Para a 'educação permanente em saúde', não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, que deve ocorrer também o 'estranhamento' de saberes e a 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de 'perguntação', constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber (CECCIM e FERLA, 2005, p. 02).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a EPS pode ser entendida pela figura do quadrilátero (atenção, participação, educação e gestão). Nessa ótica, a formação deve se estender pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que visem contribuir com a melhora da qualidade de saúde da população (MARTINS, 2015).

A figura do quadrilátero descreve quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde, sendo a 'atenção', que supera a dimensão da assistência às doenças, mas foca na capacidade de intervir sobre a saúde. A dimensão da 'gestão', que se refere às escolhas presentes no trabalho em saúde, desde a direção dos serviços à organização de práticas. A dimensão da 'participação' popular que pontua a necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores. Finalmente, e não menos importante, o 'ensino' que se refere às aprendizagens e como elas se inserem no mundo do trabalho (FERLA et al, 2015).

Fonte: Ceccim; Feuerwerker

Sugestão de leitura:
Educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas: estudo de caso na região de saúde Rio Madeira/AM

Princípios e pressupostos da EPS

A EPS tem como desafio ultrapassar a simples oferta de cursos para ser efetivamente um instrumento da gestão do trabalho no cotidiano, gerando mudanças do padrão de qualidade e da eficácia, por meio da produção de aprendizagens estruturalmente associadas aos fazeres. O trabalho é entendido como lugar de aprendizado e o local de trabalho como Escola – com suas regras, normas, hierarquia, mas antes de tudo ser lugar onde se vive e aprende. O trabalho é entendido como lugar de vida, de reprodução da sociedade e de seus conflitos e suas conquistas.

A realização do trabalho em um campo de grande complexidade, como é a saúde, sobretudo nos territórios de proximidade, ou seja, os territórios diversos e múltiplos onde as pessoas vivem e trabalham, exige não apenas a atualização dos conhecimentos técnico-profissionais, mas a produção de aprendizagens pelo próprio trabalho, como a capacidade ampliada de análise das necessidades sociais e sanitárias, o diálogo intercultural e o desenvolvimento de capacidades de trabalho interprofissional e de uma inteligência para o cuidado e para a atenção, que envolve o diálogo intenso entre os atores e com o contexto em que o trabalho se realiza.

A EPS entende que a potência do ser humano em criar e inventar levou a uma gestão do conhecimento, pois todos potencialmente produzem o conhecimento, assim como a experiência produz saber.

Consideramos que a experiência é aprendizagem e que aprender e experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que nos afetam e afetam a outros. Assim, o cotidiano do trabalho em saúde é produzido por muitas vivências que vão compondo experiências. Elas deixam marcas em nós (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) é a iniciativa de desenvolvimento do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui iniciativas de fortalecimento das alianças entre a educação e o trabalho, consideradas como prioritárias para a qualificação das respostas locais às demandas pelo sistema de saúde.

A Política considera a condição de complexidade do trabalho, sobretudo quando se realiza nos territórios de vida e trabalho das pessoas e coletividades, fortemente atravessados pelos condicionantes e determinantes da saúde. Sendo um trabalho complexo, as ações de desenvolvimento do trabalho não se esgotam em atividades de educação continuada, requerendo que a aprendizagem seja ativada como parte estruturante do trabalho.

O conhecimento significativo é aquele que se desenvolve no trabalhador e nas equipes a partir da reflexão sistemática e densa sobre o trabalho. Por isso, além da abertura da participação em atividades de atualização, como cursos e congressos, a política estabelece que rodas de reflexão devam ser constitutivas dos fazeres. Essa política mobiliza a aprendizagem conectada com os territórios e fazeres locais, permitindo a abertura de inovações associadas às condições reais em que o trabalho se realiza.

> A Constituição Federal de 1988 deixa claro que compete ao campo da saúde "ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde" e "incrementar em sua área de atuação desenvolvimento científico e tecnológico". A partir desses artigos, entendemos que é de responsabilidade da gestão da saúde, das instituições de ensino e pesquisa, das associações científicas e de ensino desenvolverem estratégias de formação para atuarem nos mais diversos espaços e territórios de saúde.

EPS e a Promoção da saúde

No sentido dos encontros potentes espinosianos, que são aqueles que aumentam a potência dos corpos para a produção da vida (ESPINOSA, 2017), entre a educação permanente em saúde, como política de desenvolvimento do trabalho na saúde, e a promoção da saúde que, entre outras expectativas, cumpre o objetivo de contribuir na mudança da modelagem tecnoassistencial na saúde, sobretudo o deslocamento de um sistema centrado no tratamento de doenças para um sistema capaz de produzir saúde no território (Política).

A mudança da modelagem tecnoassistencial é, antes de tudo, uma mudança na forma como se organiza o trabalho no cotidiano dos sistemas, redes, serviços e territórios e, nesse sentido, a aliança entre a educação permanente e a promoção da saúde fortalece as transformações nos fazeres e nos saberes dos agentes do trabalho.

Ambas as iniciativas geraram políticas específicas do SUS, seja a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), seja a Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004). Essas políticas foram elaboradas em períodos de grande expansão conceitual e assistencial do SUS, com a entrada na agenda, de forma muito forte, de diversidades territoriais e populacionais.

> Com a expansão do SUS, características singulares dos territórios e das populações tornam-se visíveis e desafiam gestores e trabalhadores. Na base epistemológica de ambas as políticas, também a ideia de que a atenção básica/primária e os territórios têm formas complexas de produção de saúde, que dialogam com as formas do andar da vida (CANGUILHEM, 1971) ou com o "bem viver", conforme definição dos saberes tradicionais, mas, de toda forma, que não se resumem ao que Arouca denominava do dilema preventivista, ou seja, que a saúde não se produz apenas com a incidência biomédica sobre as doenças e os doentes (AROUCA, 2003).

Como se pode verificar, as duas políticas dialogam com conceitos, teorias e metas de mudança que estão na base do processo de criação do SUS, como a ampliação do conceito de saúde que mobiliza o trabalho no interior de sistemas e serviços, a relevância de que as políticas criadas e implementadas tenham capacidade de operar com esse conceito ampliado de saúde, o necessário fomento à participação social na construção e monitoramento das políticas públicas, a importância fundamental de produzir conexões rizomáticas do setor saúde com outros setores que atuam no ciclo de determinações e condicionamentos da saúde, a ativação de redes de produção de saúde nos territórios, entre outras.

> Como nos lembra a PNPS, "o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006, p. 10), condição que é mais eficaz nos territórios em que se expressam as necessidades sociais em saúde que precisam ser respondidas pelos sistemas locorregionais de saúde.

Esses desafios tornam necessário que façamos algumas travessias de fronteira (CECCIM; FERLA, 2008), como nos dizem as reflexões sobre a educação permanente em saúde, engendrando novas práticas e formulando novos saberes que estejam associados ao cotidiano do trabalho e que tenham capacidade de produzir mudanças ou, dito de outra forma, desenvolvê-lo, como dizemos quando a pesquisa e a produção de novas tecnologias dialogam com o trabalho. O que a política específica denomina de educação permanente em saúde é, justamente, a produção de conhecimentos e tecnologias no e pelo cotidiano do trabalho, evitando a prescrição continuada de fórmulas estrangeiras ao trabalho e, também, a negação do conhecimento já produzido e validado (FERLA, 2020).

Então, mobilizar os gestores tem aqui, uma função maior do que apenas liberar os trabalhadores, o maior volume possível daqueles que atuam no sistema locorregional de saúde e, sobretudo, principalmente aqueles que se ocupam da agenda da promoção da saúde e da educação permanente em saúde nos territórios. A mobilização dos gestores tem aqui a função de alargar janelas de oportunidade para as iniciativas de mudança que estão na base epistêmica e política do SUS, com a mobilização pelo conceito ampliado de saúde e o desenvolvimento do trabalho nas suas dimensões micropolíticas, representadas pelas relações de trabalho, e na implementação de políticas do SUS nos territórios. Aqui o objetivo é fazer o SUS avançar no cotidiano dos territórios.

Vídeo:
Gestão do trabalho e da educação em saúde

Referências:

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. DOI: https://doi.org/10.7476/9788575416105. Disponível em: http://books.scielo.org/id/q7gtd/pdf/arouca-9788575416105.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS** - Caminhos para Educação Permanente em Saúde Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **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. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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? – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CANGUILHEM, Georges. **Lo normal y lo patológico**. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno, 1971.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, p. 253-66, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2008, v. 6, n. 3, pp. 443-456. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003.

EPS EM MOVIMENTO. **A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/a-eps-aprendizagem-flutuante-eum-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>

ESPINOSA, Baruch. **Ética**. São Paulo: EDUSP, 2017.

FERLA, Alcindo Antônio. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Em: AKERMAN, M et al (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. Pág. 94-122

FERLA, Alcindo Antônio et.al. Redes vivas de Educação e Saúde e a Integração Universidade e Sistema Local de Saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das Redes de Atenção. In: **Redes vivas de educação e saúde**: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. (Org.) Alcindo Antônio Ferla et.al. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MARTINS, Fabiana Mônica. **Educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas**: estudo de caso na região de saúde Rio Madeira/AM. 2015. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli Dos Santos
Alcindo Antônio Ferla
Erotildes Antônio Chavier

Para potencializar a reflexão sobre o cotidiano de trabalho, a EPS utiliza várias estratégias pedagógicas que impulsionam o diálogo, a aprendizagem significativa, a escuta qualificada, o respeito à diversidade e o durante os encontros da equipe de saúde e a produção do conhecimento. Neste capítulo, vamos destacar sete estratégias: o Diário de Campo; a Narrativa; o Mapa Falante; o Fluxograma Analisador; O Arco de Maguerez; Árvore de causas e consequências e o Plano de Intervenção.

Diário de campo

O diário de campo é uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos e afecções que se estabeleciam na produção da vida, dos afetos e das práticas nos territórios. Não se trata de interpretar uma realidade como se tivesse um sentido em si mesma a ser desvelada, mas uma criação singular de sentidos para a realidade vivida e experienciada. (MARTINS, 2015, p.12).

Ao registramos nossas impressões no Diário de Campo, devemos buscar refletir sobre:

- O que eu vejo?
- O que eu penso do que vejo?
- O que eu faço com o que eu penso do que eu vejo?

Vamos exercitar?

Que tal começar seu Diário de Campo hoje, escrevendo sobre seu dia de trabalho?

Narrativa

Ao narrar, reconstruímos o mundo vivido. E, mais do que isso, dotamos os fatos e vivências narrados de sentido e clareza. Quando narramos, fazemos inevitáveis recortes que não necessariamente nos obrigam a perder o contexto.

Dependendo de como articulamos conteúdo e forma, a narrativa pode tomar contornos de uma crônica, um conto, uma peça teatral ou uma fábula, dentre tantas outras. Uma narrativa pode vir entremeada de falas e pensamentos dos atores envolvidos, possibilitando sempre que diversos pontos-de-vista sejam expressos.

As narrativas devem corresponder a experiências ligadas à sua prática profissional e que você considere significativas, no sentido de terem exigido especial atenção, ações e/ou reflexões de sua parte ou da equipe mobilizada e cujas questões envolvidas possam encontrar eco junto aos seus colegas de curso.

Portanto, cuide para que sua narrativa: transpire suas dúvidas, emoções e reflexões; faça transparecer o cenário onde ocorreram os fatos; seja permeável às diferentes posições dos diversos atores e que; sobretudo, mobilize os ouvintes e leitores a realizarem novas reflexões, estimulando-os a produzirem novos conhecimentos a partir da história compartilhada.

E não se esqueça de alguns cuidados importantes com a forma: Seu texto deve possuir uma redação clara, que desperte o interesse e seja de fácil leitura.

Uma escrita científica com a estética do cotidiano do trabalho

"A produção textual, para dar conta do objetivo proposto, deveria estar associada não apenas ao relato de atividades, tal qual o estilo administrativo predominante na gestão pública, seja no que se denomina de "redação oficial" (ofícios, memorandos, pareceres e notas técnicas) ou nos "relatos de prestação de contas", mas à escrita científica, uma vez que a questão mais relevante era, justamente, constituir um registro analítico do percurso e do momento em que se encontravam. Ocorre que, normalmente, no imaginário das pessoas, o estilo acadêmico está associado e subordina a "escrita científica", seja das produções vinculadas aos percursos universitários (trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias de conclusão de especializações e residências, dissertações de mestrado, teses de doutorado), seja na disseminação científica predominante (artigos científicos publicados em periódicos, nos seus diversos formatos, e relatórios de pesquisa). Não se tratava desse estilo o que estava pressuposto na proposta de oficina. E tampouco esse o resultado desejado." (Ferla & Cols., 2019).

Narrando experiências

A narrativa densa é um estilo de escrita científica, baseado na produção de Walter Benjamim (ensaísta, filósofo e sociólogo alemão, 1892-1940) e outros pensadores, que permite sistematizar e compartilhar conhecimentos decorrentes da experiência do autor / da autora.

Como no texto da Profa. Madel Luz, o estilo da escrita é mais próximo do livro do que dos artigos científicos, permitindo que a descrição do pensamento do autor seja o fio condutor da narrativa. Os livros e a estética de textos que os compõem são modos de compartilhar o conhecimento anteriores aos artigos e às revistas científicas e ainda é muito utilizado nas ciências sociais e humanas.

Aqui, o conhecimento a partir da experiência é associado à metáfora da saga de Prometeu, uma vez que propomos a produção científica a partir do trabalho, e não apenas no ambiente acadêmico.

O fazer cotidiano, a escrita e a ciência

- Paradigmas da ciência e contemporaneidade;
- As relações entre o saber e o fazer;
- O saber disciplinar como relação de poder;
- A complexidade da saúde e os tempos de crise epistemológica;
- A saúde como campo complexo de fazer, que requer, portanto, novas alianças entre o saber e o fazer: Educação permanente em saúde (o aprender e produzir conhecimentos no cotidiano do trabalho e pelo cotidiano do trabalho); Redes de saberes locais; Novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde: fazer em ato. Relatos de experiências como mostras de configurações tecnológicas inovadoras e vivas: o fazer local como fazer em ato; Escrita como ato generoso: contar do seu próprio fazer para encurtar a distância entre os problemas do cotidiano e o fazer de outros gestores e trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS NARRATIVAS

Produção autoral:
- Contar sua perspectiva da experiência ("segurar a sua caneta");
- Afirmar sua capacidade de escrever e de ocupar a história;
- Constitui uma dimensão da vida na memória e no afeto;
- Tornar visível o singular do trabalho que se faz na saúde;
- Somos produtores de narrativas, intensivamente ("potência de narratividade");

Condição coletiva:
- O nosso trabalho na saúde está atravessado por muitas histórias e muitas pessoas;
- Constitui diferentes lugares na história e no território;
- A narrativa disseminada amplia o alcance da experiência vivida;
- Compartilhada, a narrativa compõe novas conexões em rede;
- A narrativa produz coletivos;
- A narrativa é um território em disputas: pode produzir pontes ou guerras.

Metodologia singular:
- Produzida pelo diálogo consigo e com coletivos: coletiva e polifônica;
- A narrativa é trans-criação/atravessamento: reinventa a realidade;
- Tem intencionalidade política: carrega a direcionalidade do narrador;
- Tecer com palavras, em sucessivas versões;
- Implica na decisão do que queremos produzir: pontes?

Caráter pedagógico:
- Permite ver a dimensão e a relevância do fazer cotidiano;
- Resgata a dobra singular/coletivo do fazer cotidiano;
- Produz novos sentidos e aprendizagens no diálogo com coletivos;
- No resgate do coletivo com as diversidades, é também resistência;
- Reinventa o coletivo como "gentes atravessadas por outras gentes".

Dicas para melhorar a escrita:
- Escreva sobre o que te inspira; inspire-se para escrever!
- Estabeleça e cumpra uma rotina de escrita:
  a. Programe o tempo de escrita e torne-o sagrado;
  b. Estabeleça metas e monitore-as;
  c. Divulgue seu projeto e comprometa-se com a divulgação;
  d. Encare o pensar e o escrever sobre o cotidiano como educação permanente.
- Seja um leitor ávido;
- Comece precocemente e escreva bastante;
- Assuma-se como escritor e como editor/revisor;
- Atualize-se sobre estilos e regras de escrita;
- Participe de grupos de leitura crítica;
- Ouça e leia a opinião de especialistas.
- Outras dicas simples e importantes:
  a. Priorize o leitor ao escrever sobre sua experiência, pense sempre no leitor ("trate o seu leitor como gostaria de ser tratado")
  b. Conquiste seu leitor desde o começo do texto ("desperte no leitor a vontade de ler o próximo parágrafo");
  c. Prefira frases diretas, com a estrutura sujeito + verbo + objeto, e evite o tempo passivo ("evite a sensação de rascunho");
  d. Escolha verbos e substantivos fortes ("concentre-se em substantivos e verbos, não em adjetivos e advérbios; evite o efeito "peixe morto");
  e. Enfrente as travas da escrita ("descubra como se livrar da preguiça de escrever, do medo e do perfeccionismo");
  f. Lembre-se que você é quem mais sabe sobre sua experiência.

Vamos exercitar?

Observe os passos indicados no infográfico e construa uma narrativa sobre uma experiência de Educação Permanente em Saúde que você tenha vivenciado.

Vídeo:
O texto como personagem - produção de narrativas sobre o cotidiano do trabalho - TV REDE UNIDA

Mapa falante

Para trabalhar "Saúde e Território" num encontro de Educação Permanente em Saúde entra em cena o Mapa Falante, uma representação gráfica da realidade, construída coletivamente, a partir da percepção e compreensão dos participantes sobre algum tema ou área de estudo (MATUK E TOLEDO, 2018).

Kuo e Meirelles (2016) nos dizem que os mapas reproduzem um diagnóstico visual, fruto da visão e o entendimento que os participantes têm do seu espaço/território. É, portanto, importante ferramenta para estudar espaços geográficos, uma vez que está em consonância com o entendimento de território e de lugar como espaço do cotidiano, vivo, pulsante, em constante transformação.

Observe o mapa falante da sede do distrito de saúde de uma comunidade ribeirinha a seguir. Os agentes comunitários de saúde representaram o seu território de trabalho. As cores representam os limites de cada microárea, que são divididas a partir do critério de quantitativo de famílias, considerando o acesso e a proximidade das moradias.

Os cuidadores locais foram identificados com o símbolo de triângulos vermelhos, que estão distribuídos em quase todas as microáreas. Este destaque é importante, porque entendemos a produção do cuidado como um espaço compartilhado de saberes e experiências, quando o conhecimento biomédico incorporado pelos ACS dialoga com os saberes populares, que tem a sua base na oralidade e na ancestralidade tanto indígena como das tradições africanas. Na prática, os cuidadores fazem parte da rede de cuidados em saúde dos comunitários.

Mapa falante dos ACS - Sede do Distrito da Agrovila Mocambo do Arari / AM.

Fonte: Acervo Laboratório de história, saúde e políticas públicas do Amazonas - LAHPSA, 2020.

Vamos praticar?

Use a trilha pedagógica, indicada no infográfico e faça com sua equipe de saúde o Mapa Falante do seu território de cuidado. Ao elaborá-lo, a equipe conseguirá:

Imagem do Mapa Falante produzido por Agentes Comunitários de Saúde numa comunidade ribeirinha

A) Chuva de ideias

Registrem em tarjetas pelo menos uma palavra que vem a mente para responder as questões:

B) Desenhando o mapa falante

Usando a criatividade da equipe, desenhem o Mapa do Território, registrando:

1. A distribuição da população;
2. As características geográficas: rios, igarapés, vegetação;
3. Abastecimento de água e esgoto (se houver);
4. Equipamentos Sociais;
5. Outros aspectos considerados relevantes pelo grupo de trabalho.

Procurem registrar também:

1. As atividades da comunidade e os recursos locais;
2. As categorias profissionais e as ocupações;
3. A organização familiar;
4. A existência de associações, grupos culturais, políticos, religiosos, entre outros;
5. Recursos comunitários (agentes de saúde, benzedeiras, parteiras, curandeiros, pegadores de ossos, etc).

Algumas características dos serviços de saúde:

1. Que tipos de transporte são utilizados para acessar os serviços de saúde?
2. Quais sáos as dificuldades em relação ao transporte sanitário?
3. Qual o tempo médio do percurso para acessar os serviços?
4. Como são encaminhados os usuários para outro município ou para capital do Estado?
5. Existe diferença no fluxo de atendimento nas “cheias” ou “secas” dos rios?
   (Pergunta para ESF Ribeirinha e Fluvial)

C) Analisando a realidade

Esse é um importante momento da compreensão, entender e analisar os aspectos possíveis da saúde no território. A problematização nos permite aproximações sucessivas tanto para a compreensão como para a ação na realidade. É na problematização que buscamos as explicações para determinados fenômenos, assim como as oportunidades concretas de produção de saúde no território.

Para suscitar a reflexão, pergunte ao grupo:

1. O que o Mapa está falando?
2. Quais são as formas de cuidado na comunidade (benzedeira, parteira, puxador)?
3. Quais os serviços de saúde que tem na Comunidade?
4. Como o Agente Comunitário de Saúde – ACS atua na Comunidade?
5. Qual a periodicidade da visita da equipe (UBSFF) na Comunidade?
6. Como são os atendimentos pela equipe?
7. Alguém da equipe da Saúde da Família acompanha os usuários no transporte ou para dar entrada no hospital?

D) Para finalizar, vamos refletir

- O que aprendemos com o mapeamento?
- O que encontramos durante o mapeamento?
- O que mais chama a atenção de vocês? Algo surpreendeu?
- Qual área precisa de mais atenção?

As reflexões registradas possibilitam a reorganização do serviço e reconhecimento do território pela equipe de saúde. Lembre-se de que a construção coletiva potencializa os recursos disponíveis na Unidade de Saúde e no território.

Fluxograma Analisador

As linhas de cuidado integral são produzidas em territórios vivos, são dispositivos para a produção do cuidado, organização dos serviços e das práticas, dos processos de trabalho e de encontros cuidadores.

> "... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...". (CECÍLIO, MERHY; 2003).

O fluxograma analisador é uma ferramenta que pode nos ajudar a descrever e produzir reflexões sobre nossas ações e sobre as linhas de cuidado no interior dos serviços e entre eles. A vídeo aula a seguir apresenta o que é e como fazer um fluxograma analisador.

Aula sobre Fluxograma Analisador

Estratégia Educacional: Arco de Maguerez

Essa ferramenta-dispositivo tem como intencionalidade refletir sobre a organização e processos de trabalho nos campos de prática, potencializando o uso de intervenção com base na problematização da realidade vivenciada. A seguir apresentamos a metodologia tendo como exemplo a Educação Permanente em saúde.
Consigna: Organizar os especializandos em um único círculo.

PARTE I

• Momento 1

Projetar o vídeo "O que é Educação Permanente? – série SUS" - 6'12", a fim de suscitar reflexões para construção da narrativa.

• Momento 2

Construir uma narrativa que traduza dificuldades na implementação da Educação Permanente no seu campo de prática. Lembrar ao grupo que a narrativa precisa ter um título e que ele não poderá identificar sua narrativa, escrever com letra legível, pois outras pessoas lerão sua narrativa. Ler individualmente as narrativas produzidas. Compartilhar as narrativas para leitura coletiva. Não permitir intervenções durante a leitura e para respeitar o texto desenvolvido pelo colega. Definir a narrativa que reporte maiores dificuldades relacionadas à implementação da Educação Permanente. Caso fiquem indecisos entre duas ou mais narrativas, relembrar a intencionalidade e recomendar que façam a escolha da narrativa que mais se aproxime do grupo de dificuldades para o adequado uso da educação permanente. Após a definição da narrativa, iniciar os passos para o desenvolvimento da Metodologia de problematização – Arco de Maguerez:

1º passo:

Os especializandos a partir do PROBLEMA "dificuldades para implementação da Educação Permanente no campo de prática" devem identificar dificuldades, falhas, contradições, discrepâncias, conflitos etc., que podem configurar-se como problema na implementação das atividades de Educação Permanente;

2º passo:

Pedir para alguém escrever no papel 40 kg todos os aspectos suscitados (ainda que eles se repitam), nesta etapa não é necessário selecionar os aspectos citados no grupo, o importante é valorizar todas as percepções;

3º passo:

Solicitar aos especializandos que identifiquem semelhanças e diferenças nos aspectos suscitados, sempre instigando, fomentando, conduzindo os especializandos a analisar se o que eles identificaram são realmente problemas. É importante que os facilitadores neste passo fomentem junto aos especializandos quais aspectos são prioridades (PONTOS CHAVES) a serem estudados;

4º passo:

Os especializandos serão orientados pelo facilitador, a formular um ou mais questões de aprendizagem a partir da identificação dos aspectos prioritários do problema. O pequeno grupo precisa consensuar qual (is) questão (ões) irá para análise e discussão no grupo maior;

5º passo:

No grande grupo escreve-se no papel 40 kg as questões formuladas e os especializando após discussão e análise votam em uma ou mais questões que descrevem de forma mais clara e objetiva o problema para estudo e investigação, ou seja, para o processo de TEORIZAÇÃO que será apresentado no encontro subsequente. Os especializando se organizam tecnicamente para buscarem as informações de que necessitam (biblioteca em busca de livros, revistas, aula, pesquisas, palestras, dentre outros).

PARTE II – Nova Síntese – Arco de Marguerez

6º passo:

As informações colhidas são analisadas e avaliadas quanto a sua contribuição para a resolução do problema. Neste passo os especializandos trazem para análise e discussão suas novas sínteses individualmente a partir das suas buscas;

7º passo:

Nesta etapa serão solicitados aos especializandos no grupo grande, possíveis causas e determinantes do problema para que, criem coletivamente, hipóteses de solução e de intervenção direta na realidade social, é importante ressaltar que os determinantes devem abranger contextos históricos, sociais, políticos e culturais diferentes.

8º passo:

Após o levantamento das causas e determinantes, pedir aos especializandos que eles criem HIPÓTESES DE SOLUÇÃO (conteúdo para solucionar o (s) problema (s)). Aqui são valorizadas a criticidade e a criatividade dos alunos. Perguntas típicas dessa etapa são:

a. O que é necessário acontecer para que se chegue à solução do problema?
b. O que deve ser providenciado?
c. O que pode de fato ser feito?

A construção das hipóteses de solução deve ser guiada pela percepção do problema e pela compreensão teórica adquirida pelos alunos. Pode ocorrer uma ou mais hipóteses. Devemos ressaltar que a hipótese não pode iniciar com um verbo.

• Momento 3

Registrar na Matriz de Intervenção as soluções e intervenções discutidas pelo grupo (Anexo 2)

9º passo:

A última etapa será a da APLICAÇÃO À REALIDADE: retorno das decisões para serem executadas e caracteriza o momento que os especializandos levarão uma resposta do estudo. As respostas devem ser ações concretas, factíveis e que possuam governabilidade do especializando.

Árvore de causas e consequências – identificando problemas

É um método ou técnica participativa (tempestade de ideias) que ajuda a desenvolver ideias criativas para identificar o problema e que organiza as informações geradas sobre este, produzindo um modelo de relações causais centradas no problema. Essa técnica permite conhecer a realidade de uma área mais a fundo, uma vez que busca explicações, que vão além das experiências vividas no dia-a-dia e não a mera descrição desses desafios.

CONSTRUINDO A ÁRVORE DE CAUSAS E CONSEQUENCIAS EM 3 PASSOS

1º PASSO: **selecionar um problema-central** considerando as seguintes características:

• Definição de problema: situação **diferente do desejável**, para a maioria das pessoas envolvidas na discussão do mesmo e **passível de ser modificada**;
• Apresenta-se como um **estado negativo**;
• É uma **situação real** e não teórica;
• Localiza-se ou apresenta-se numa **população-usuária/trabalhadores bem definida**;
• **Exista governabilidade** do serviço sobre a intervenção que se está propondo.
• Têm um **objeto bem definido e específico**, passível de identificação de suas causas e consequências.
• Preferencialmente **alinhado e/ou estar inserido** na:
- produção de cuidado e novas formas de gestar, parir e nascer
- no contexto dos pontos de atenção da Rede Cegonha
- na produção de linhas de cuidado
- em valores e práticas centradas na singularidade e protagonismo das mulheres, nos territórios e suas múltiplas formas organização e de existências das pessoas e coletivos
- no trabalho em equipe, práticas colaborativas e gestão participativa
- na educação permente, ou seja, aprendizados e produção de conhecimento no e pelo trabalho
• A ideia de "**problema central**" não deve ser confundida como falta de algo, um serviço, por exemplo.

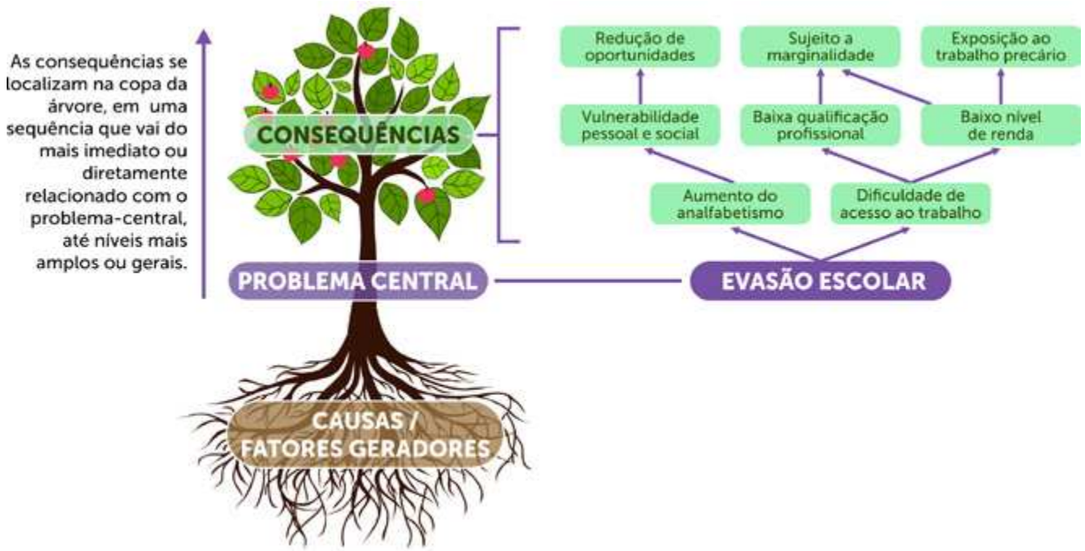
Isto é uma presunção de solução:	**Este pode ser o problema:**
Falta de escola	Baixo nível educacional
Falta de coleta de lixo	Acúmulo de lixo próximo às moradias
Falta recursos humanos	Baixa qualidade do cuidado por sobrecarga de trabalho
Falta de asfalto na rua	População exposta a rua lamacenta

• Matriz para ranking de prioridade

Seleção do problema-central, de acordo com as categorias de avaliação priorizadas, segundo a percepção dos partícipes					
Problema	CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO				Total de Pontos
	Grau de Impacto / relevância	Urgência em resolver esse problema	Importância para os atores-chaves do território	Governabilidade do hospital sobre a solução do problema	
01					
02					
03					
04					

Cada participante do grupo pontua de 1 a 5 cada categoria, sendo 5 a mais importante e lança a média do grupo em cada categoria. O problema que somar a maior pontuação é o selecionado.

2º PASSO: identificar **as consequências** e suas **inter-relações** do **problema central** (copa da árvore)



3º PASSO: Identificar as **causas e suas inter-relações do problema central** (raiz da árvore)

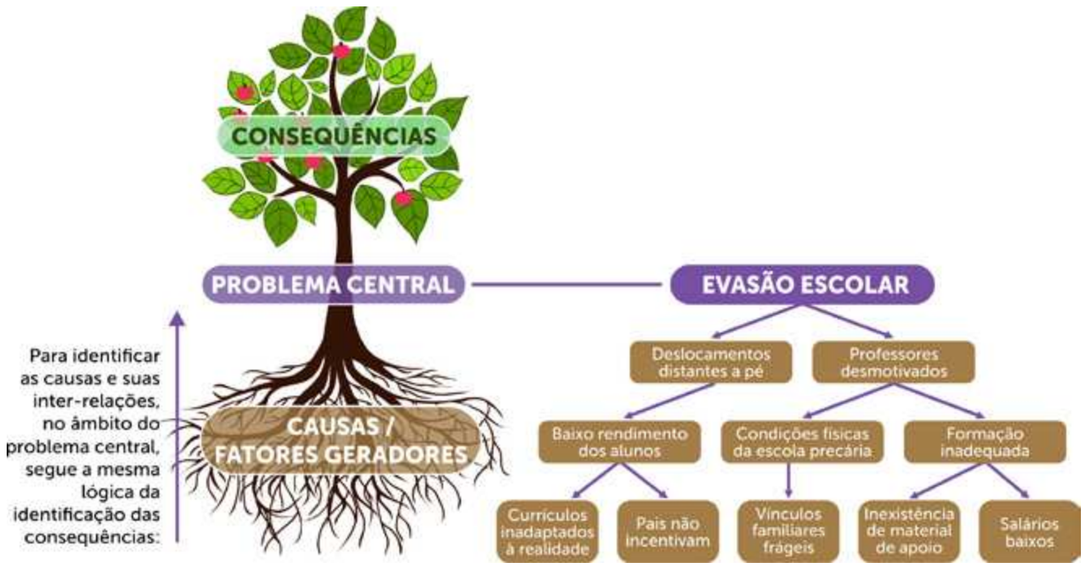
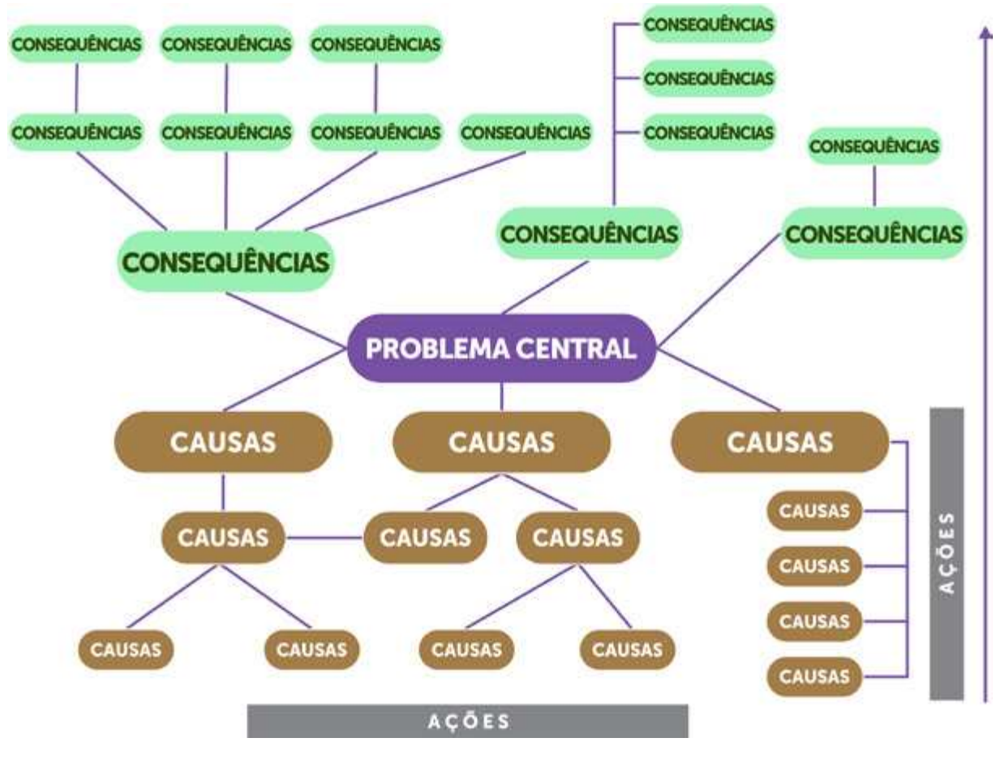
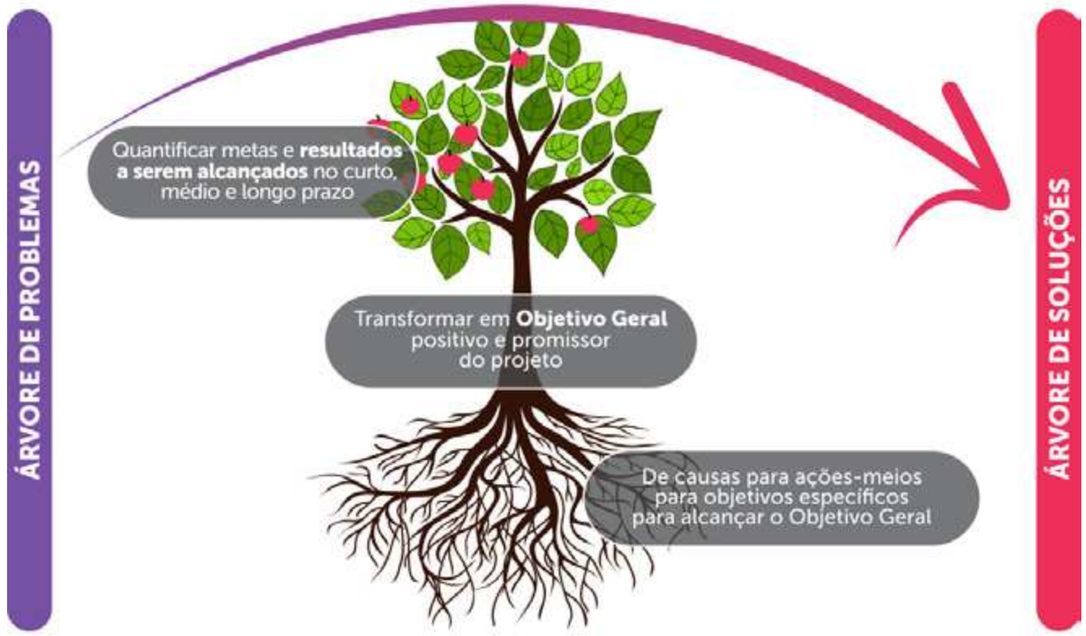


Diagrama de causas e consequências (árvore de problemas) - Explorando as inter-relações das causas e consequencias para delimitar o problema





Plano de Intervenção

A proposta é que se possa propor intervenções para resolver um problema-central escolhido coletivamente na equipe.

Objetivos

a) Definir problemas relevantes
b) Investigá-los adequadamente
c) Estruturar um Plano de Intervenção

Roteiro e estrutura do
Plano de Intervenção (PI)

TÍTULO

Utilizar um título o mais autoexplicativo e atrativo possível sobre a intervenção que se pretende realizar

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Tema: componente do projeto que visa a construção de capacidade gestora local para qualificação das maternidades do estado de Pernambuco.

Cenário: processo de formação-intervenção – partícipes – HRJFS – linha de cuidado mão-bebê – Limoeiro, II Geres, SES do Estado de Pernambuco – Brasil.

Justificativa: relevância à partir da quantidade, abrangência e gravidade das consequências identificadas na árvore de problemas.

Conclui-se o texto evidenciando o Problema Central à ser enfrentado.

OBJETIVO GERAL

O ponto de chegada da intervenção o que demanda transformar o problema central numa sentença positiva e de solução.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresenta o percurso operacional para alcançar o objetivo geral

• Identificar causas que, isoladamente ou no conjunto, se removidas possam impactar sobre uma ou mais consequências geradas pelo problema-central, e, passíveis de serem mensuradas, transformando-as em objetivos específicos.

• Tipo de ações: educação permanente; reconfiguração do escopo dos serviços, dos processos de trabalho, das práticas dos trabalhadores e das equipes, ruptura de modelagens de atuação, entre outras.

RESULTADOS ESPERADOS

• Descrever para cada objetivo específico, o impacto esperado sobre as consequências do problema central e identificar e/ou construir indicadores de processo e/ou de resultado para acompanhamento e avaliação do PLANO DE INTERVENÇÃO para curto, médio e longo prazo.

• Nota: de cada objetivo específico espera-se resultados específicos, e, do conjunto destes o alcance do objetivo geral.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO - programação de execução das ações

Formule a operacionalização do plano evidenciado:

• Ações;

• Responsabilidades;

• Metodologia (como fazer);

• Prazos;

• Recursos (físicos, financeiros, tecnológicos, humanos, etc.);

• Entre outras informações que a equipe julgar importante para a viabilidade de cada um dos objetivos específicos.

Referências

KUO, Mariana; MEIRELLES, Fábio. **Mapeamento participativo e interativo do território**. Agenda da Aprendizagem. Rio de Janeiro. 2016.

MATUK, Tatiana; Toledo, Renata Ferraz de. O uso de técnicas de pesquisa participativa frente à complexidade do sistema agroalimentar. IN: TOLEDO, R. F. de et al. (Org.). **Pesquisa participativa em saúde**: vertentes e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018 (Coleção Temas em saúde coletiva, 10).

MARTINS, Fabiana Mânica. **Educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas: estudo de caso na região de saúde Rio Madeira/AM**. 2015. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar / The completeness of the care as axle of hospital management In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210, ilus.

ENCONTRO III. Identificando problemas do trabalho para orientar as práticas educacionais. Caderno do Curso de Especialização em Educação Na saúde para preceptores do SUS. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, julho/2014.

Este material foi produzido para a disciplina Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida, do curso de Especialização Materno Infantil da Escola de Saúde Pública do Maranhão. Ele compõe a Série Conhecimento em Movimento, uma vez que se trata de material didático e, no ensino imbricado com a pesquisa e a extensão, o conhecimento se põe em movimento, atualizando-se nas dobras sobre o cotidiano.

Esperamos que os conceitos-dispositivos-ferramentas que apresentaremos possam contribuir para a produção de conhecimento que se dá no e para o cotidiano do trabalho. Desejamos também que esses possam apoiá-los na produção dos trabalhos de conclusão do curso.

Não terminamos, seguimos sempre porque construir redes e práticas cuidadoras para as mães e bebês nos territórios é um compromisso ético, político e estético que se refaz a cada dia nos encontros singulares com cada uma das mulheres, mas também com cada um dos trabalhadores, gestores e usuários que compartilham conosco o trabalho de fazer o SUS universal, nossos serviços acolhedores, nosso trabalho decente, nossa participação democrática, nosso aprendizado significativo e o cuidado comprometido com a integralidade, a equidade e o respeito às diferenças.

O trabalho vivo em ato, produzido em cada encontro entre gestores, trabalhadores e usuários, que reconhece as relações, ou seja, as tecnologias que possibilitam centrar nossos aprendizados e práticas nas necessidades de saúde individuais e coletivas também é para educação a possibilidade de uma aprendizagem que, como afirma Paulo Freire, nos transforma para que transformemos o mundo.

ISBN 978-65-87180-98-4

editora rede unida