



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

Enfermagem
UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE
CEGONHA

ROJELMA CARNEIRO FERREIRA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES: aplicação do Arco de
Maguerez em uma Maternidade Municipal

FORTALEZA – CEARÁ

2018

ROJELMA CARNEIRO FERREIRA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES: aplicação do Arco de Maguerez
em uma Maternidade Municipal

Projeto de intervenção apresentado à
Coordenação do Curso de
Especialização em Enfermagem
Obstétrica, da Universidade Federal de
Minas Gerais e Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Especialista em
Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Adelane
Monteiro da Silva.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

ROJELMA CARNEIRO FERREIRA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES: aplicação do Arco de Maguerez
em uma Maternidade Municipal

APROVADO EM: _____ Fevereiro de 2018.

Prof^a. Dr^a. Maria Adelane Monteiro da Silva.
Orientadora

Prof^a. MS. Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche
Professora da Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dra. Leda Maria Andrade Paulo
Tutora da Universidade Federal de Minas Gerais

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

FERREIRA, ROJELMA CARNEIRO

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA
OBTÉTRICA NA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS
GESTANTES: aplicação do Arco de Magueréz em uma
Maternidade Municipal [manuscrito] / ROJELMA
CARNEIRA FERREIRA. - 2018.

38 f. : il.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Adelane Monteiro SILVA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização
em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha -
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em
OBSTETRICIA.

1. ENSINO-SERVIÇO 2.HUMANIZAÇÃO 3.ARCO DE
MAGUEREZ. 4.GESTANTES. I.SILVA, Prof^ª. Dr^ª. Maria
Adelane Monteiro. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Dedico este trabalho a meu marido e meus
filhos, com alegria e amor!

AGRADECIMENTOS

À Deus pela graça da minha existência.

Aos meus pais José Roberto e Maria José, que a vida inteira abriram mão de seus sonhos para viver os meus.

Ao meu amado marido, Janilson, pela paciência, pela cumplicidade, assegurando o cuidado de nossos filhos enquanto estive ausente.

À minha princesa Maria Clara, por ter me acompanhado durante as viagens tão cansativas para a especialização, tornando 220 quilômetros um percurso de descontração.

Ao meu pequeno lorde Ilan por sempre me fazer acreditar que eu era capaz de vencer mais essa batalha

Ao meu querido irmão Robério e à minha estimada cunhada Áurea que sempre acolheram a mim e a minha filha em sua casa durante o período de aulas em Fortaleza.

À minha amiga, irmã e orientadora Adelane, pela sabedoria e simplicidade que conduziu este processo, possibilitando meu crescimento durante esse período.

Aos meus professores e preceptores pelas valorosas contribuições para o enriquecimento do meu processo de aprendizagem.

Às queridas colegas especializadas, que compartilharam comigo as suas angústias, anseios e conhecimento vivenciado em suas práticas. Vocês foram fundamentais!

À Rita Luiza, pelo apoio incondicional em todos os momentos da nossa caminhada rumo à esse sonho em comum.

À todos os profissionais do Hospital Senador Ozires Pontes, UBS e Secretaria da Saúde do Município de Massapê pela acolhida durante o processo de intervenção do estudo.

Às gestantes, parturientes e puérperas que me deixaram participar desses momentos tão especiais em suas vidas.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu aprendizado. O meu muito obrigada!

RESUMO

O presente projeto de intervenção objetiva desenvolver estratégia de organização através do ensino-serviço com profissionais de uma maternidade municipal com ênfase na melhoria da qualidade da assistência ao Parto. A integração ensino-serviço nas últimas décadas foi foco de reflexões, iniciativas e implementação de políticas públicas de incentivo com vistas às mudanças na formação, no desenvolvimento dos profissionais em serviço e, por conseguinte, na maior qualidade de atenção à saúde da comunidade. A Pesquisa-intervenção foi realizada em um município no estado do Ceará, no período de janeiro a dezembro de 2017. Foram desenvolvidos momentos de integração, tais como: reuniões e oficinas orientadas pelo referencial do Arco de Maguerez, envolvendo os profissionais que atuam de forma direta e indiretamente com as parturientes. As informações foram analisadas a partir da metodologia da problematização. A partir das minhas vivências e diálogos compartilhados previamente com os profissionais do hospital, que apontaram situações e dificuldades referentes a baixa adesão a realização do parto eutócico no município e ao elevado número de transferências, que fragilizam a rede de assistência local, aumentando a demanda já assistida pelas unidades da macrorregião que já estão superlotadas. Executou-se como ponto de partida de soluções para os problemas, a realização de oficinas sobre a implantação do protocolo de assistência ao pré-natal, humanização do parto, boas práticas de assistência ao parto no sentido de atender as necessidades dos profissionais para qualificar e efetivar um melhor atendimento as gestantes. Dessa maneira, a intervenção possibilitou o início do processo de mudança nas práticas de saúde no município, de forma participativa e transformadora humanizando o cuidado com a integração dos profissionais da atenção básica e do serviço hospitalar fortalecendo a rede assistencial e sendo uma construção contínua e integrada.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde; Gestantes; Arco de Maguerez; Humanização.

ABSTRACT

The present intervention project objective is to develop a Permanent Education strategy with hospital professionals to raise the quality of the best care to Childbirth, based on the Arco de Maguerez, with a focus on qualified attention to pregnant women assisted in Maternidade Ana Paulina de Aguiar. The intervention research carried out in a municipality of Ceará/Brasil, in the period from January to December 2017. Moments of integration were developed: meetings, workshops involving professionals who work directly and indirectly with parturients, orientated by the Arco de Maguerez. The information was analyzed using the methodology of the problem and according to the relevant literature. Based on my experiences and dialogues previously shared with the hospital professionals, who pointed out situations and difficulties related to low adherence to eutococcal delivery in the city and the high number of transfers that make it impossible for women to have their children in the same municipality and weaken the local assistance network, further increasing the already assisted demand for the macro-region units that are already overcrowded. It was carried out as a starting point for solutions to the problems, workshops on the implementation of prenatal care protocol, humanization of childbirth, good practices in childbirth care to meet the needs of professionals to qualify and make effective better care for pregnant women. The intervention allowed the beginning of the process of change in the health practices in the city, in a participatory and transformative way, humanizing care with the integration of primary care professionals and the hospital service, strengthening the care network and being a continuous and integrated construction.

Keywords: Permanent Education in Health; Pregnant women; Arco de Maguerez; Humanization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Problematização da situação	10
1.2 Qualidade da Assistência obstétrica no Brasil: as corporações profissionais x formação profissional	12
1.3 Justificativa	15
1.4 Relevância do estudo.....	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 METODOLOGIA.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4.1 1ª Etapa: Observação da Realidade	21
4.2 2ª Etapa: Identificação dos problemas/pontos-chaves.....	24
4.3 3ª Etapa: Teorização.....	25
4.4 4ª Etapa: Hipótese de solução-planejamento	26
4.5 5ª Etapa: Aplicação-execução da ação (prática).....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A possibilidade de realização desse projeto de intervenção está baseada na minha prática profissional em maternidades de duas unidades hospitalares: Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Senador Ozires Pontes em Massapê. A experiência vivida nesses dois hospitais me faz pensar no desafio de traçar uma narrativa sobre o conhecimento e as reflexões para o desenvolvimento desse projeto. Acredito que situações vivenciadas por mim como enfermeira, provocaram vários questionamentos como medo, insegurança, solidão. Assim, passei a questionar: Como seria para as gestantes a vivência do parto? O que significa para elas passar por essa experiência em um outro hospital do município longe de seus familiares? O parto possibilitaria alguma relação afetiva parturiente-profissional? Seria possível a prática do parto humanizado à essas mulheres? Foram estas as inquietações que me impulsionaram para o caminhar investigativo e a ingressar na área da obstetrícia.

O parto foi institucionalizado mais expressivamente no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, quando os médicos adquiriram maiores conhecimentos nos campos da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia. O domínio das técnicas ampliou as possibilidades de intervenção e a cesariana se tornou como uma opção por excelência de resolução da gravidez (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

O parto foi transformado em um procedimento médico/cirúrgico que restringe o espaço e até mesmo a liberdade de mulheres durante o nascimento do seu filho. Diante desse contexto, com o objetivo de favorecer o protagonismo da mulher e o caráter fisiológico do nascimento, surgiu o conceito de parto humanizado. Este por sua vez é definido como um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (MONTEIRO; BENÍCIO; ORTIZ, 2000).

A qualidade da assistência prestada durante o parto e o acesso aos serviços de saúde têm influência na evolução favorável de indicadores de saúde materno-infantil. Assim como também condições socioeconômicas desfavoráveis,

taxas elevadas de desemprego e de condições inadequadas de moradia (PUCCINI *et al.*, 2003).

No Brasil, muito tem sido feito no sentido de ampliar a oferta de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos, mas ainda persistem situações de insuficiência e baixa qualidade dos serviços e de desigualdade social no acesso (HALPERN *et al.*, 1998; COIMBRA *et al.*, 2003).

A integração ensino-serviço nas últimas décadas foi foco de reflexões, iniciativas e implementação de políticas públicas de incentivo com vistas às mudanças na formação, no desenvolvimento dos profissionais em serviço e, por conseguinte, na maior qualidade de atenção à saúde da comunidade. Muitas experiências e projetos foram implantados (ALBUQUERQUE, 2008).

Aprendi como profissional que papel da equipe de saúde é extremamente importante. Dentro da maternidade é necessário interagir com o outro com mais respeito e dignidade, entendendo que são experiências diversas e visões de mundo diferentes. Quando se tem como meta a humanização do parto é exigido de mim uma postura mais humana, livre de preconceitos.

Em alguns momentos evidenciei o cumprimento de normas e rotinas em demasia, fazendo com que as gestantes se sentissem agredidas e submissas a tais procedimentos. Neste sentido, é fundamental que a instituição busque formas que possibilitem o real cumprimento dos pressupostos de uma assistência mais humanizada ao parto, tentando assim estabelecer com as parturientes desenvolvam um vínculo mais amplo, uma relação de empatia, de ajuda, o que pode amenizar a situação vulnerável vivida por elas.

1.1 Problematização da Situação

O parto e os dois primeiros anos de vida de uma criança são períodos de vulnerabilidade para mãe e filho. Dessa forma, ao longo dos tempos os serviços de saúde, mais especificamente os profissionais de saúde que o compõem, implementaram diferentes abordagens à mulher e à criança. Essas diferentes abordagens foram resultado de diversos paradigmas, distintas concepções globalizantes de saúde e doença e também dos contextos sociais, religiosos e

políticos onde se encontravam inseridos. No sentido de dar resposta a uma necessidade, surgiu a cesariana que historicamente consistia num procedimento de risco e era utilizado em último recurso. No século XVIII a mortalidade depois da cesariana era de 100%, em raras situações a mãe sobrevivia e no século XIX desceu para 75% (LURIE, 2005).

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, aumentaram as expectativas em relação ao parto e ao resultado do parto, pelo que passou a antecipar-se o último recurso com mais frequência, levando à sua banalização. A cesariana deixou de ser realizada apenas nas situações de risco de vida da parturiente e/ou do feto e passou a ser realizada mesmo sem indicação clínica (MANDARINO *et al.*, 2009).

A humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns destes, estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência.

Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia. Sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com o apoio para que o parto que seja respeitado, desde seu tempo fisiológico, de ter um acompanhante de sua escolha, de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania resguardados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Outro desafio é inserir, nas atualizações profissionais, conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação cuidador, pessoa cuidada. Assim, é fundamental trabalhar com os profissionais o desenvolvimento de competências para propiciar que as mulheres assumam o protagonismo do nascimento de seus filhos. O grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta

assistência, é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e parto, em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família. O atendimento humanizado nos serviços de saúde é projeto para a sociedade como um todo, um grande avanço no sentido da equidade como direito de cidadania e de dignidade humana.

1.2 Qualidade da Assistência Obstétrica no Brasil: As corporações Profissionais x Formação Profissional

A mortalidade materna é um indicador específico da mais alta relevância em saúde materno-infantil. Interferem nessa mortalidade desde aspectos considerados biológicos da reprodução humana, como as doenças próprias e associadas à gravidez, até características da própria população e da utilização de serviços de saúde como o acesso/frequência ao pré-natal, proporção de partos hospitalares, qualidade da assistência ao parto, frequência de abortos provocados, e outras. No Brasil em 2002, segundo IDB (2004) a proporção das internações hospitalares para gravidez, parto e puerpério totalizam 22,7%, sendo que 96,7% dos partos foram hospitalares e apenas 3,8% das gestantes não realizaram pré-natal; por outro lado a proporção de gestantes com 7 e mais consultas foi de 49% e a proporção de cesáreas 39,7%. Segundo Galli (2003), existem outras causas que aumentam o risco das mulheres, consideradas como subjacentes, como por exemplo: a falta de humanização no atendimento, associada ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as causas evitáveis de morte materna; e as condições precárias dos serviços.

As principais causas de mortalidade materna evidenciam a deficiência da formação profissional: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), hemorragias, infecção e aborto. A morte materna compreende um elevado percentual de responsabilidade dos profissionais que realizaram a assistência, de acordo com Comitê Estadual de mortalidade Materna do Paraná (2004), ficou em 35,5% no triênio 2000 a 2002, no Estado do Paraná.

Realizam a assistência à gestante e parturiente no país as parteiras tradicionais até médicos especialistas. Há uma grande dificuldade de implementar a assistência por enfermeiras obstetras e obstetras por falta de profissionais, especialmente no interior. Indicadores e Dados básicos, referem que são 1,42

médicos para 1000 habitantes sendo 0,57 na região norte e 2,08 no sudeste (BRASIL, 2004).

Para além da falta destes profissionais outras questões históricas a serem refletidas tratam o corporativismo das profissões em saúde, em que impera a hegemonia médica, mascarando as diversas explorações de mão de obra, especialmente na atualidade com o advento das discussões do ato médico.

O conflito passa por relações de poder e de capital bem sabida e bem conhecida. Há uma grande dificuldade de implementar o direito conquistado pelas enfermeiras obstetras. A categoria médica impera. Questão de mercado? Há obstetras suficientes? E no interior?

Estudo de Ângulo- Tuesta *et al.* (2003) analisaram bem a situação: de que forma as dimensões de poder, cooperação e conflito, e autonomia técnica são permeadas por concepções dualistas que influem na organização e qualidade da atenção à parturiente. Os resultados revelam, de um lado, o consenso sobre as vantagens da cooperação profissional para a melhoria da atenção, tendo como premissas a definição de papéis e a valorização de habilidades pessoais. De outros conflitos vinculados às atribuições profissionais e condutas terapêuticas no parto refletem a percepção dos entrevistados a respeito da autonomia e da hierarquia profissional que relacionam o cuidado obstétrico à "observação objetiva" da parturiente.

Retomando-se as principais causas de morte materna, um(a) médico(a) não obstetra garante menos risco para mulher do que uma parteira tradicional? Por uma das causas mais comuns, DHEG, nas análises de óbitos maternos nos deparamos frequentemente com casos onde profissionais da enfermagem não sabem verificar pressão arterial (a gestante internada hoje em convulsão e na carteira de pré-natal, na consulta de ontem a PA= 120/80mmhg), ou profissionais médicos despreparados para uma assistência específica diante dos agravos e riscos que surgem na obstetrícia. Da mesma forma, a ausência de acompanhamento do pós-parto, na grande maioria delegada a responsabilidade aos serviços da enfermagem, sendo a desinformação e as falhas técnicas, fatores agravantes em grande parte dos óbitos por hemorragia, o que dizer então dos casos de infecção puerperal.

Para Pereira e Moura (2008), as relações de hegemonia no conflito cultural dos modelos e práticas assistenciais ao parto no sistema de saúde brasileiro, segundo o referencial teórico de Gramsci conclui que a hegemonia se estabelece quando uma determinada classe ou segmento social exerce a direção política, ideológica e cultural de forma que sua visão de mundo tenha consenso na sociedade num dado contexto histórico. No entanto, as contradições inerentes às estruturas da sociedade geram a ação do segmento social contrário ao poder exercido pelo segmento hegemônico, estabelecendo a crítica ao senso comum. A contra hegemonia se materializa quando esse segmento crítico difunde suas próprias concepções de mundo na sociedade civil e consegue influenciar a sociedade política, colocando em crise a cultura hegemônica.

Dias e Domingues (2005) registraram a dificuldade que é trabalhar com a hegemonia médica. No artigo sobre a implantação do Centro de Parto Normal do Rio de Janeiro referem que a dificuldade importante foi a reação dos médicos à presença das enfermeiras obstetras diretamente na assistência ao parto, resultando no pronunciamento do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) sobre a questão, com a publicação de uma resolução que colocava sob responsabilidade do profissional médico toda a assistência praticada dentro do hospital, inclusive aquela praticada por enfermeira na assistência ao parto de baixo risco. Estas medidas têm o objetivo claro de, em última instância, pressionar o médico para que ele não abra espaço na assistência ao parto de baixo risco para a enfermeira obstetra. Assim, a introdução do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem tornado imperiosa uma negociação com os médicos obstetras.

Se por um lado as enfermeiras poderiam aliviar a carga de trabalho da equipe médica, por outro tinham a possibilidade de estar pondo em prática seus conhecimentos e ganhando espaço e poder neste campo de atuação. E as parteiras hospitalares? As auxiliares e técnicas de enfermagem ou as enfermeiras fazem os partos; os médicos assinam: ganham em produtividade, pois é o que oficialmente mostram os dados de Internações Hospitalares do DATASUS e Sistema de Informação de Mortalidade, certamente ganham financeiramente.

Na prática temos hoje recém-formados em medicina que não possuem habilidades para a execução do parto normal, um dos motivos do alto índice de

cesáreas. Em contrapartida, as auxiliares de enfermagem do serviço realizam o parto normal.

1.3 Justificativa

Nestes quase quinze anos de experiência vi diversas vezes mulheres que aguardavam o momento mais importantes de suas vidas, dar à luz aos seus filhos, terem o sonho interrompido ou transformados em momentos de muita tensão.

Muitas poderiam ver seus filhos nascerem perto de seus familiares, mas por fatores que iam desde a falta de compromisso com um parto realmente humanizado da equipe até a cultura de transferir casos desnecessários para um hospital terciário. Essa situação sempre me causou uma estranheza, pois em muitos casos havia um quadro totalmente favorável para o parto normal, mãe e filho com todas as condições de saúde comprovadas através do acompanhamento pré-natal e não são acolhidas para que o parto aconteça no nosso município.

Baseada nesta realidade, busquei informações sobre a série histórica dos partos assistidos neste município e a quantidade de nascidos vivos existentes. Identificamos uma grande desproporção devido os inúmeros partos encaminhados para outras unidades. Lamentamos dizer que o cidadão massapeense, tem sua cidade de origem quase na sua globalidade na macrorregião de Sobral.

A fragilidade da capacidade resolutiva de novos profissionais que estão se inserindo no mercado, aliada a falta de protocolo nas condutas assistenciais especialmente em obstetrícia, a falta de suporte tecnológico para o binômio, a deficiência do transporte sanitário, a demora na regulação para assegurar a eficácia da rede de serviços, a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde englobam as causas que resultam nas superlotações das maternidades de nível terciário e geram transtorno de ordens diversas para as parturientes envolvidas nesse cenário.

A utilização de profissionais capacitados e treinados para a atenção aos partos normais e complicados demonstrou correlação inversa com a ocorrência de morbidade e mortalidade materna (GRAHAM; BELL; BULLOUGH, 2001).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana newtoniana, fragmentado e reducionista.

Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica (CAPRA,2006).

Infelizmente, o conhecimento mais recente disponível sobre os programas de treinamento e integração das parteiras tradicionais ao sistema de atenção à gestação e parto, apesar dos benefícios potenciais para a saúde materna e perinatal, não tem demonstrado impacto na redução da mortalidade materna. A provável necessidade de serviços obstétricos essenciais integrados, além de sistemas de referência eficientes, incluindo a necessidade de disponibilidade constante de transportes, frequentemente não disponíveis na realidade das regiões rurais e mais pobres dos países em desenvolvimento, devem ser os principais responsáveis por este baixo impacto na redução da mortalidade materna.

Assim, como resultado destas avaliações, a recomendação mais frequente é de que os governos e as instituições públicas de saúde deveriam dar preferência, na utilização de recursos destinados ao treinamento de profissionais para a atenção à gestação e ao parto, a profissionais mais qualificados e com maior grau de instrução formal, visto que assim o impacto sobre a redução da mortalidade materna é maior (SIBLEY; SIPE; KOBLINSKY, 2004).

O estudo se propõe a realizar mudanças nos serviços de saúde, através da educação permanente com práticas assistenciais modificadas e desenvolvidas a partir das reflexões que viabilizam uma melhor preparação dos profissionais para o processo parturitivo, possibilitando uma maior eficácia e agilidade, amenizando as dificuldades da rotina observada durante o evento e a necessidade assistencial em relação ao binômio mãe-filho, promovendo a segurança no cuidado integral e contribuindo com melhorias na qualidade da assistência.

1.4 Relevância da Intervenção

O tema parto faz parte dos assuntos relacionados à vivência sexual e reprodutiva e está inserido na formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, bem como no contexto da saúde pública brasileira.

O papel que a mulher desempenha na sociedade e a visão que têm de si contribuem para as manifestações que a sua fase gravídica irá desencadear em

suas vidas, bem como influenciam nos cuidados de saúde que lhes serão prestados, tendo em vista que os profissionais são seres humanos que incorporam os valores que a sociedade estabelece e atuam frente a essa realidade. Entendemos que a vivência do trabalho de parto configura-se como algo difícil, capaz de gerar sofrimento para a mulher e para a equipe de saúde, em especial a enfermagem que atua mais presente frente a essas mulheres.

Esta perspectiva, a enfermagem ao atuar perante os cuidados da assistência ao parto, realiza uma assistência baseada em cuidados técnicos, nota-se uma dificuldade em estabelecer uma relação interpessoal com a paciente, o que dificulta realizar a segunda parte do cuidado, que envolve o aspecto psicoemocional da mulher.

Durante minha vida profissional houve uma aproximação com a temática estudada Saúde da Mulher, Saúde Reprodutiva. Neste contexto, considera-se que a assistência ao parto proporciona às mulheres não exclusivamente características inerentes ao próprio acontecimento, mas de um conjunto de etapas que compreendem uma dimensão ampla dentro do universo biológico, psicológico, social e familiar que se estabelecem entre si e refletem na sociedade, sendo incorporadas pelas mulheres, pelas famílias, pelo seu contexto social e pelos profissionais de saúde.

Tal realidade compromete o cumprimento do que preconizam as políticas públicas de saúde, no que se refere aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, visto que lhes é negado o direito a uma assistência integral, ao acesso à saúde e aos direitos humanos. O papel que esta mulher desempenha na sociedade e a visão que têm de si contribuem para as manifestações que o processo do parto desencadeia em suas vidas, bem como influenciam nos cuidados de saúde que lhes serão prestados, tendo em vista que os profissionais são seres humanos que incorporam os valores que a sociedade estabelece e atuam frente a essa realidade.

A experiência do cuidado nos serviços em obstetrícia, me possibilitou compreender que a trajetória da mulher em trabalho de parto, é caracterizada em grande parte pela falha no compromisso da equipe de saúde.

A utilização das análises de prevenção do impacto e dos riscos de morbimortalidade em obstetrícia, tem grande relevância nos serviços de saúde. É de elevada viabilidade, a aplicação de manuais e normatizações de condutas de serviços de forma efetiva e universal entre profissionais e instituições, sejam em

municípios ou países, tendo estas efeitos positivos sobre a qualidade de atenção ao nascimento, inserido no contexto técnico e humano, do direito que toda mulher tem ao atendimento nesse momento tão especial de sua vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os elementos para a efetividade da integração ensino-serviço e desenvolver estratégia para uma melhor organização dos serviços de uma maternidade municipal com ênfase na melhoria da qualidade da assistência ao Parto.

2.2 Objetivos específicos

Promover espaços para reflexões sobre a situação das parturientes no município de Massapê;

Proporcionar discussões juntamente com o colegiado gestor a acerca da assistência realizada as gestantes e parturientes;

Contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais do Município de Massapê;

Selecionar pessoas dedicadas, comprometidas e especialistas para ajudar e contribuir com melhores pratica na maternidade de forma contínua e permanente.

3 METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de um Projeto de Intervenção que foi desenvolvido no município de Massapê com 35.191 habitantes segundo estimativa do IBGE (2016), dividindo-se entre zona urbana e rural. Possui sete Distritos quais sejam: Ipaguassu Mirim, Mumbaba, Tuína, Tangente, Padre Linhares e Aiuá. Possui uma área territorial de 533,4 Km² e fica a uma distância de 200,78 km de Fortaleza.

A rede da Atenção Básica conta com 12 equipes da estratégia Saúde da Família, em que são 73 Agentes Comunitários de Saúde. A atenção de média complexidade é oferecida pelo Hospital Senador Ozires Pontes, inaugurado em 2006, constituído por emergência, clínica médica e maternidade. Os casos mais complexos são encaminhados ao Hospital Dr. Estevam Pontes, Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Regional Norte, localizado na cidade de Sobral.

Realizamos educação permanente em serviços para os profissionais de saúde que trabalham direta e indiretamente com as parturientes que procuram a maternidade Ana Paulina de Aguiar. Busquei sensibilizar os gestores e profissionais sobre a importância dessas gestantes com parto eutócicos permanecerem no município.

Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (BEHRENS,2005).

A intervenção foi orientada pelo referencial metodológico do Arco de Charles Maguerez, cuja essência consiste na metodologia da Problematização, utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. De acordo com Berbel (2007), a teoria do Arco de Maguerez é dividida em cinco etapas. A primeira etapa a observação da realidade. Na segunda etapa, busca-se identificar os pontos-chaves do problema, na terceira etapa, reconhecida como metodologia da problematização, se pratica a teorização, na quarta etapa, a proposição de hipóteses e soluções e, na quinta e última etapa, a aplicação à

realidade. Analisamos e interpretamos os achados seguindo o mesmo referencial e conforme a literatura pertinente ao tema.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa estão apresentados conforme as cinco etapas do método do Arco de Maguerez desenvolvidos nas oficinas de educação permanente em saúde (figura 1):



Figura 1: Desenvolvimento das etapas do Arco de Maguerez no processo de formação dos profissionais de saúde

1ª Etapa: Observação da Realidade

De acordo com Berbel (1996) a primeira etapa da teoria do Arco de Maguerez, consiste na observação do que ocorre na realidade próxima, relacionada com a temática a ser investigada. Consideram-se, além das experiências anteriores e atuais do próprio pesquisador, a percepção de outras pessoas que possam ser consultadas. A observação é realizada de diversas formas, assim como o registro inicial do que está ocorrendo e do contexto em geral.

Inicialmente participei de um encontro com a secretaria municipal da saúde, direção do hospital e coordenação da atenção primária para sensibilizá-las quanto à importância da formação dos profissionais na atenção obstétrica do município de Massapê e desencadear nos profissionais de saúde a percepção da relevância deles

no cenário de cuidados obstétricos. Também discutimos a mudança das práticas assistenciais a fim de proporcionar à clientela assistida, o empoderamento e confiabilidade nos serviços para a realização dos partos na referida maternidade, e assim, melhorar o fluxo de encaminhamentos para as unidades de referências.

A proposta foi que a partir da realização dessa postura técnica, os casos de atenção obstétrica de menor complexidade possam ser assistidos na rede local, e os de maior complexidade iriam ter assegurada sua assistência com rapidez e efetividade nos centros de referência.

Assim, inicialmente buscamos conhecer o funcionamento da Maternidade Ana Paulina de Aguiar, a escala dos profissionais e suas especialidades, bem como a clientela assistida e o fluxo referenciado. Conversamos previamente com os profissionais da unidade, apresentando os objetivos da proposta de intervenção para a obstetrícia dentro da maternidade. Os profissionais explicitaram situações limites vivenciadas acerca do acompanhamento desde o pré-natal até a assistência ao parto, apontando indicadores que sinalizavam a necessidade de intervenções de cunho técnico-pedagógico, no sentido de contribuir para a qualidade do cuidado ao binômio mãe-filho.

Em contrapartida, destacamos nos relatos dos profissionais envolvidos que existem barreiras enfrentadas pelos mesmos para a realização do parto eutócico no serviço tanto pela ausência de equipe multidisciplinar como de outras tecnologias que se apresentam como fundamentais para a realização deste tipo de parto. Além de justificarem que geograficamente o município de Massapê tem grande proximidade com o polo regional que dispõe de todo esse aparato.

No entanto, um ponto importante a ser observado se trata do interesse por parte dos gestores de encontrarem estratégias inovadoras no fortalecimento da proposta e estimular a concretização dos partos na maternidade municipal, ressaltando-se a necessidade de um trabalho integrado e organizado na equipe de saúde assistencial.

É evidente a insatisfação, principalmente das gestantes que buscam a maternidade para o parto no próprio município e são geralmente encaminhadas para Sobral. Muitas destas têm seus filhos dentro do transporte no trajeto para o polo

regional, quando não ficam à espera de leito devido a superlotação da maternidade que preconiza priorizar as gestantes de alto risco. Essa realidade impede a presença de familiares no trabalho de parto das mesmas e ainda gera custos extras para as famílias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006) de acordo com a Resolução COFEN Nº 0516/2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra na atuação à gestantes e puérperas no serviço de obstetrícia, assegura a categoria a assistência ao parto de risco habitual, modificando a indispensável a presença de médico obstetra nestes casos. Todavia, os profissionais do serviço justificam outras necessidades especializadas para a não efetivação do procedimento obstétrico.

A compreensão do real significado de equipe é fundamental para um atendimento adequado em saúde, para que haja qualidade e eficiência na assistência prestada é essencial à concepção coletiva do trabalho, assim como sua execução e a responsabilidade da competência que lhe tem sido delegada. Para isso, a equipe pode ser instrumento facilitador do cuidado, pois dela se espera um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho (MOTTA, 2001). Também, é necessário que a equipe de saúde utilize técnicas inovadoras voltadas para realidade e necessidade das gestantes e parturientes.

Os profissionais de saúde deverão adquirir conhecimento atualizado em obstetrícia, envolvendo outras tecnologias de cuidado que transcendam as práticas do trabalho, ultrapassando um pouco das estratégias tradicionais. Para que o parto transcorra com segurança são necessários que sejam desenvolvidos cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A segurança do parto se inicia no início da gravidez e inclui uma assistência pré-natal de qualidade, através do acompanhamento, bom atendimento, avaliação, além de capacitação para os profissionais e educação permanente quando indicado pela equipe de saúde como necessidade de aprendizado para o processo de trabalho (BRASIL, 2012).

O atendimento ao parto de risco habitual em Massapê deve ser organizado para atender as reais necessidades da população, utilizando-se

conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados disponíveis. A estrutura física da instituição deve ser adequada e funcional, propiciando a ambiência e as condições favoráveis de trabalho aos profissionais e as gestantes. Quanto às práticas educativas com gestantes e familiares envolvidos deve possibilitar um entrosamento entre profissionais e os mesmos devem assegurar o cuidado compartilhado entre todos os envolvidos.

2ª Etapa: Identificação dos problemas/pontos – chaves

Com os problemas definidos, aprofundamos na discussão de atores que contribuem e desencadeavam o problema vivenciado pela equipe de saúde observado na 1º etapa, realizamos um momento em formato de oficina, de forma que o processo de estudo do problema fosse significativo para todos. Nesse momento lançamos uma pergunta problematizadora: *Qual seria a dificuldade da equipe de saúde para atender essa gestante/parturiente e desenvolver uma atenção qualificada?* A discussão foi fomentada por situações-problemas vivenciados no cotidiano dos profissionais, analisando os determinantes diretamente ligados ao problema evidenciado, objetivando sua resolução.

Identificamos que a maioria das dificuldades e necessidades levantadas pelos profissionais de saúde se relacionavam ao acompanhamento no pré-natal e no parto, tais como: falta de informação na caderneta da gestante, quais exames solicitar durante toda a gestação; solicitação de exames de imagem; não desenvolvimento de ações de promoção e educação e saúde efetivas; tempo limitado por parte dos profissionais para incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida; surgimento de complicações na gestação e no parto para quem referenciar; como tratar infecções urinárias de repetição; número de gestantes de alto risco elevado; ocorrência de emergências obstétricas, riscos de prematuridade, entre outras.

A partir disso, buscamos identificar os pontos-chaves do problema. Assim, procuramos iniciar através das situações levantadas a fim de solucionar os problemas, visando que os participantes refletissem a respeito dos possíveis fatores associados as causas, dos prováveis determinantes contextuais e também em relação aos seus componentes e desdobramentos. Conforme Berbel (2007), com essa reflexão, o pesquisador elabora algumas hipóteses explicativas iniciais do

problema eleito para o estudo. Portanto, a partir desta orientação, programamos outro momento em oficina com a participação de toda a equipe de saúde que compõem a rede assistencial.

Entre os principais pontos-chaves podemos listar: protocolo de atenção ao pré-natal, cronograma de educação em saúde para os profissionais dos serviços, formação de grupos de gestantes, visita das gestantes e o acompanhante a maternidade para fortalecimento de vínculos.

3ª Etapa: Teorização

Nessa etapa a problematização se dá por meio da teorização através do que já foi visto na observação da realidade e nos pontos-chaves, no sentido de adequar e potencializar as atividades dos profissionais de saúde, que se configurarão como passos para a resolução do problema (BARBEL, 1996).

Na teorização os profissionais expressaram a necessidade de espaços para o compartilhamento dessas informações e escuta na unidade de saúde, além da criação de estratégias para difusão da informação acerca do que foi discutido, e assim haver um maior empoderamento de fato, como fato protagonista das ações. Assim, o direcionamento adotado buscou aplicar a partir de questionamentos levantados previamente, à atenção pré-natal, parto e puerpério prestada pela equipe de saúde.

O diálogo e a discussão sobre o tema investigado oportunizam a comparação das crenças iniciais, as representações primeiras e os conhecimentos anteriores, apontados no momento em que é preciso refletir acerca dos possíveis fatores e determinantes do problema, agora com as informações e descobertas atuais a respeito dos diversos ângulos investigados (BERBEL, 2007).

Segundo Berbel (1996) essa comparação possibilita reforçar posições já existentes, aprofundando o entendimento sobre a problemática do estudo, ou reformular posições iniciais, a partir de diversos dados que provocam ou mesmo exigem uma nova compreensão do problema. O conjunto de operações mentais, que ocorrem durante a realização dessa etapa, constitui uma oportunidade efetiva de construção do conhecimento, no contato e confronto direto com a realidade, para em seguida ser trabalhado na fase de exclusão de forma coerente e

problematizadora, proporcionando um momento de aprendizado, escuta, diálogo e transformação.

Além disso, nessa etapa do processo, fomos “oficineiros”, em que buscamos a orientação a partir de evidências científicas e explanamos o componente teórico do problema, a partir de um acervo teórico-conceitual que nos apoiou nas atividades educativas propostas e nos problemas resolvidos. Desta forma, sugerimos e estimulamos para a nossa equipe, o estudo e aprofundamento do Caderno de Atenção Básica sobre atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

4ª Etapa: Hipótese de solução – planejamento

Com base em todas as informações colhidas pelo compartilhamento de informações, em diversas escutas e discussões, analisadas e concluídas, sempre em relação ao problema de estudo, elaboramos as hipóteses de solução possíveis.

ETAPA	OBJETIVO	ATIVIDADES PLANEJADAS	ENVOLVIDOS
Apresentação Inicial.	- Justificar a importância do projeto de intervenção.	Apresentação expositiva e dialogada da justificativa dos problemas observados.	- Secretária da Saúde; - Diretoria do hospital; - Coordenação da Atenção Básica
Observação da Realidade	-Oportunizar ao grupo de profissionais a reflexão sobre os processos de trabalho e os problemas que comprometem a assistência as gestantes. - Promover a socialização de ideias e a definição e resolução dos problemas.	Oficina de Capacitação com os profissionais da saúde do município de Massapé.	-Gestores; -Enfermeiros; - Médicos; - ACS; - Técnicos de enfermagem.
Pontos-chave	- Fomentar a reflexão e discussão coletiva sobre os problemas identificados. - Estabelecer os	Debate e reflexão sobre o papel importante de cada profissional no processo que	-Gestores; -Enfermeiros; - Médicos; - ACS; - Técnicos de enfermagem.

	pontos-chave que levam à ocorrência dos problemas observados.	envolve o atendimento às gestantes.	
Teorização	- Refletir sobre os pontos-chave, com base na justificativa dos números de transferência e o número de partos ocorridos no Município.	Teorização dos pontos-chave.	- Secretária da Saúde; - Diretoria do hospital; - Coordenação da Atenção Básica.
Hipóteses de Solução	- Planejar ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica e Maternidade para a promoção do cuidado as gestantes, parturientes e puérperas;	- Oficina de capacitação com todos os profissionais da Saúde.	- Gestores; - Enfermeiros das UBS; - Enfermeiros plantonistas do Hospital; - Médicos.
Aplicação à realidade	- Atenção Básica; - Implementação do protocolo de pré-natal; - Visitas das gestantes que realizam pré-natal; - Implantação da presença do acompanhante na sala de parto.	- Oficina de capacitação para implementação do protocolo de pré-natal; - Sensibilização dos profissionais para qualificação da humanização do parto; - Visitas supervisionadas das gestantes à maternidade	- Direção do hospital; - Enfermeiros das UBS; - Enfermeiros plantonistas; - Grupo de gestantes.

Fonte: autoria própria

As dúvidas foram concentradas nas seguintes categorias: Como lidar com as queixas no acompanhamento do pré-natal? Como lidar com as fragilidades do serviço hospitalar na entrada da gestante para a assistência ao parto? Como transformar as práticas utilizadas para o parto que estão aquém da humanização e da atualização das boas práticas?

Para a construção das hipóteses e soluções foi necessário um momento de construção e de planejamento entre os profissionais envolvidos e uma

explicação dos conteúdos abordados: protocolo de assistência ao pré-natal pelo manual do ministério da saúde, humanização no parto, boas práticas de assistência ao parto.

Diante disso, foi selecionada e pactuada entre os participantes ações para a sua resolução, tais como: fortalecimento de vínculo da equipe com as gestantes; estudo da rede de atenção à saúde materno e infantil do município; estudo e atualização do seguimento do protocolo de atenção à gestante em Massapê; estímulo às práticas de promoção e educação em saúde; potencialização do grupo de gestantes; construção de ações Inter setoriais de promoção à saúde, com vistas à melhoria do cuidado ofertado a gestante

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é essencial, pois nestes espaços, as gestantes podem expressar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de compartilhamento de ideias e saberes (BRASIL, 2012).

Nesta etapa também se define o contexto em que o processo vai ser desenvolvido, quais objetivos serão alcançados, que estratégias serão utilizadas na aplicabilidade do processo, a viabilidade destas num determinado grupo, análise do nível de governabilidade do problema pelo processo de educação permanente, coerência com os processos da gestão da realidade a ser trabalhada.

5ª Etapa: Aplicação – execução da ação (prática)

Esta última etapa ocorre pela discussão das hipóteses elaboradas para a confirmação destas ou refutação, de modo a atingir mais diretamente o problema, a fim de resolvê-lo ou de desencadear passos na direção de sua solução. Portanto, este momento vai além de um mero exercício intelectual, pois a prática que corresponde a essa etapa implica num compromisso do pesquisador com o seu meio, e o compromisso social e político é mais uma vez acionado. Assim, do meio (realidade) observamos os problemas e para o meio devolvemos uma resposta, visando transformá-lo em algum grau (BERBEL, 2007).



Fonte: Acervo pessoal Rojelma Carneiro

- Apresentação do projeto de intervenção com uma oficina para planejamento dos momentos seguintes pela condução das etapas de observação da realidade e o levantamento dos pontos-chave, junto aos gestores e profissionais da Atenção Básica e do Hospital com a realização da elaboração das hipóteses e soluções.

O caráter intervenção na realidade é fomentado no ato de conhecer para agir. É a etapa de aplicação da metodologia para transformação da realidade. Essa etapa é destinada a exposição da temática. Em cada encontro os sujeitos são coparticipantes do processo, manifestando sugestões e dialogando sobre o assunto, contribuindo para uma construção de saber de forma coletiva.

Executamos como ponto de partida de soluções para os problemas, a realização de oficinas sobre a implantação do protocolo de assistência ao pré-natal, humanização do parto, boas práticas de assistência ao parto no sentido de atender as necessidades dos profissionais para qualificar e efetivar um melhor atendimento as gestantes.



Fonte: Acervo pessoal Rojelma Carneiro

- Oficina de elaboração e implantação do protocolo de pré-natal de baixo risco para os enfermeiros e médicos da Atenção Básica que realizam pré-natal com o intuito de promover uma melhor organização dos processos de trabalho para oferecer uma assistência de qualidade e padronizada em todas as unidades básicas de saúde do município.

Desta forma, consideramos que o diálogo com foco no ensino aprendizagem, possibilitaria uma aproximação e alinhamento do conhecimento entre os profissionais. Estes questionamentos foram discutidos mediante a participação dos atores diretamente envolvidos com as gestantes no território, promovendo assim a relação de responsabilidade compartilhada e de cuidado horizontal. Assim, selecionamos os problemas elencados na discussão e na reflexão que suscitaram esclarecimentos e partilha de saberes, permitindo o alinhamento das informações sobre o sistema de saúde.

Com isso, observamos uma melhoria na aplicabilidade do uso do formulário de referência interna que resultou no fortalecimento do cuidado ampliado em rede, principalmente dentro do próprio município, visto que diante da necessidade da referência externa, já utilizamos o sistema de regulação do UNISUS.



Fonte: Acervo pessoal Rojelma Carneiro

- Participação do acompanhante no momento do parto.

A intervenção possibilitou o início do processo de mudança nas práticas de saúde do município, de forma participativa e transformadora humanizando o cuidado com a integração dos profissionais da atenção básica e do serviço hospitalar, fortalecendo a rede assistencial e sendo uma construção contínua.



Fonte: Acervo pessoal Rojelma Carneiro

- Potencialização dos grupos de gestantes e sensibilização dos profissionais de saúde com as parturientes no momento do parto

Esta proposta está destinada à aprendizagem no trabalho em rede de serviços, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho. Nessa realidade, se propõem um processo educativo contínuo, que tem como base a aprendizagem significativa. Porquanto, prospecta-se que a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de

respostas construídas a partir da reflexão, dos conhecimentos e experiências dos profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações educativas com o uso de metodologias ativas, no âmbito institucional, promovem a reflexão do trabalhador sobre o seu ambiente laboral, oportunizam a troca de experiências entre os participantes e elevam o grau de conhecimento e expertise dos trabalhadores, que são a força motriz da organização. A Problematização com o apoio do Arco de Magueres se mostrou valiosa na educação permanente dentro do contexto técnico assistencial, por isso, continuará a ser adotada nas ações educativas relacionadas formação dos técnicos da rede local.

No que se refere ao uso da metodologia ativa utilizada, foi a primeira experiência realizada, a qual demonstrou ser efetiva no contexto institucional, pois se atingiu ao objetivo proposto. Constatamos que ao envolver no mesmo grupo gestores e trabalhadores assistenciais, fomentou-se a interação entre as diferentes categorias profissionais, possibilitando a escuta mútua e a elaboração coletiva de estratégias para a melhoria dos serviços ofertados aos usuários dos serviços de saúde, valorizando os conhecimentos e as habilidades de todos os envolvidos na oficina.

Após a experiência acumulada, percebemos a importância de integrar a teoria à prática, assim como desenvolver nos profissionais um olhar crítico para a saúde e fortalecer a relevância das políticas públicas, refletindo-se na formação técnica aliada a práticas cotidianas, como fator norteador do cuidado efetivo e seguramente qualitativo para todos.

A educação permanente se configura num conjunto de práticas educativas contínuas e regulares, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades e competências, para mudanças de atitudes e comportamentos nas áreas de atuação dos profissionais de saúde inseridos no serviço hospitalar, na perspectiva de transformação das práticas profissionais já existentes. Contudo, através da educação permanente no serviço de saúde, utilizamos o modelo educativo que não alcança a transformação na prática somente de maneira institucional, mas também individual e profissional, dessa forma, espera-se que os componentes das formações e capacitações que foram aplicadas nos serviços,

sejam parte essencial da estratégia de mudança coletiva que irá refletir numa crescente mudança assistencial.

REFERÊNCIAS

ÂNGULO-TUESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, Out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2018.

ALBUQUERQUE VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Méd.** 2008;32(3):356-62.

BEHRENS, M.A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica.** Petrópolis: Vozes, 2005.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização no Ensino Superior e o exercício da práxis.** Semina: Ciências Humanas e Sociais, Londrina, v.17, Ed. Especial, nov.1996.

_____. O exercício da práxis por meio da metodologia da problematização: uma contribuição para a formação de profissionais da educação, 2007. In: BEHRENS, M. A.; ENS, R. T.; VOSGERAU, D. S. R. (Org.). **Discutindo a educação na dimensão da práxis.** Curitiba: Champagnat, 2007. p. 149-164.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB.** Brasília: Rede Interagencial de Informações para a saúde (RIPSA), 2004.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

CAPRA, F. **O ponto da mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Cultrix: São Paulo, 2006.

COIMBRA, L.C. *et al.* Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.4, p. 456-462, 2003.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ (CEPMM-PR). **Relatório do triênio 2000-2002,** Curitiba: CEPMM-PR, 2004.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Set. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2018.

GRAHAM, W.J.; BELL, J.S.; BULLOUGH, C.H.W. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries [monograph on the Internet]? In: DE BROUWERE, V.; LERBERGHE W. (Org.). **Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Studies in health services organisations & policy**, 17. Antwerp: ITG Press, 2001.

HALPERN, R. *et al.* Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.3, p. 487-492, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas de população para 1º de julho de 2016 no município de Massapê**. IBGE, 2016. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtml>. Acesso em: 20 jan. 2018.

LURIE, S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twentyfirst century. **Archives of Gynaecology and Obstetrics**, v. 271, n.4, p. 281-285, 2005.

MANDARINO, N.R. *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.A.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976–1998). **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 26-40, 2000.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. p. 143-164.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, M.A.V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n.1, p. 119-124, jan./mar. 2008.

PUCCINI, R.F. *et al.* Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.1, p. 35-45, 2003.

SIBLEY, L.; SIPE, T.A.; KOBLINSKY, M. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. **Soc Sci Med**, v. 59, n.8, p. 1757-1768, 2004.

ALBUQUERQUE VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Méd.** 2008;32(3):356-62.