

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

VIVYAN ALEXYA FERREIRA DE BARROS AMORIM

**Relatório de Pesquisa: uma análise das desigualdades na assistência à saúde materno-
infantil em Alagoas**

MACEIÓ-AL
2023

VIVYAN ALEXYA FERREIRA DE BARROS AMORIM

Relatório de Pesquisa: uma análise das desigualdades na assistência à saúde materno-infantil em Alagoas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas, sob orientação do Profa. Dra. Débora Allebrandt.

Maceió-AL
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Jone Sidney A. de Oliveira – CRB-4 – 1485

B277r Barros, Vivyan Alexya Ferreira de.

Relatório de Pesquisa : uma análise das desigualdades na assistência à saúde materno-infantil em Alagoas / Vivyan Alexya Ferreira de Barros Amorim. – 2023.

72 f.

Orientadora: Débora Allebrandt.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais : Bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 67-70.

Anexo: f. 71-72.

1. Saúde Materno-infantil. 2. Assistência - Parto. 3. Desigualdades.
I. Título.

CDU:159.9 : 616-083

Folha de Aprovação

VIVYAN ALEXYA FERREIRA DE BARROS AMORIM

Relatório de Pesquisa: uma análise das desigualdades na assistência à saúde materno-infantil em Alagoas

Trabalho apresentado ao corpo docente do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas e aprovado em 20 de outubro de 2023.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **DEBORA ALLEBRANDT**
Data: 27/10/2023 10:38:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Prof. Dra. Débora Allebrandt (ICS/UFAL)

Documento assinado digitalmente
 **NADIA ELISA MEINERZ**
Data: 30/10/2023 07:42:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinadora Interna: Profa. Dra. Nádia Elisa Meinerz (ICS/UFAL)

Documento assinado digitalmente
 **TELMA LOW SILVA JUNQUEIRA**
Data: 24/10/2023 20:19:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinadora Externa: Profa. Dra. Telma Low Silva Junqueira (IP/UFAL)

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito minha mãe por ter me apoiado e acreditado em mim desde sempre, minha avó Amélia que apesar de não entender muito o que estudo sempre me incentivou e deu bastante força. Um agradecimento em especial à minha irmã Nadyne por ter me dado muitas risadas e apoio em dias tensos durante a graduação em especial no período pandêmico e remoto.

Agradeço a todas as pessoas que compõem o Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas, principalmente Arielle e Lelan pelos tantos e-mails e dúvidas tiradas pessoalmente na coordenação do curso. Um abraço para a Rosa por ser um amor de pessoa e aguentar as tantas vezes que apanhei ela pedindo a chave da sala de estudos principalmente nessa reta final do curso.

Um abraço apertado nos meus amigos, em especial aos da UFAL (Bárbara, um xêro), e aos do ICS: Júlia, Sarah, Matheus e Israel por terem feito parte de momentos muito tensos, divertidos e desafiadores durante a graduação e pelo apoio essencial nessa reta final do curso.

Um muito obrigada à minha orientadora Débora Allebrandt por ter me incentivado nesses últimos anos de curso com a orientação na pesquisa e por ter apoiado na construção deste trabalho e finalização do curso. Um agradecimento ao grupo Mandacaru por ter proporcionado tantas reflexões nos encontros propostos, e as meninas do Pibic que contribuíram em muitas trocas para a construção da pesquisa que resultou neste trabalho.

Um agradecimento a Telma Low e Nádia Meinerz por terem aceitado fazer parte da banca e pelas contribuições.

RESUMO

Este trabalho busca analisar as situações de assistência à saúde do binômio mãe-bebê a partir das entrevistas realizadas com trabalhadoras de saúde atuantes em Alagoas. A partir de técnicas qualitativas como análise bibliográfica, sistematização dos dados da plataforma Scielo, aplicação de entrevistas e transcrição delas, busca entender se as práticas de assistência ao parto pelas profissionais de saúde têm influência socioeconômica e de raça. A literatura acerca do tema indica que apesar da elaboração de diretrizes e políticas públicas por parte do Ministério da Saúde para melhorar o atendimento ao parto, ainda há desigualdades na assistência à saúde materno-infantil.

Palavras-chave: saúde materno-infantil; assistência; parto; desigualdades.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 CAPÍTULOS.....	08
2.1 Capacitação das colaboradoras da pesquisa sobre saúde materno-infantil.....	08
2.2 Levantamento de dados bibliográficos.....	36
2.3 Processo de entrevistas (recrutamento e aplicação das entrevistas).....	43
2.4 Transcrição das entrevistas.....	50
2.5 Discussão teórica a partir de trechos das entrevistas.....	53
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	71

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa “Nascer no Brasil”, que contemplou 23.894 mulheres entrevistadas em âmbito nacional entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 em 266 hospitais, coordenada pela Fiocruz, mostrou a realidade dos estabelecimentos hospitalares em relação ao parto. Os dados dessa pesquisa foram importantes para fortalecer e para demonstrar um panorama nacional para as análises acerca do atendimento materno-infantil no país.

As diretrizes nacionais de assistência ao parto e nascimento defendem que essa assistência deve ser humanizada visando reduzir a morte materna e neonatal. Assim, essa assistência deve acontecer durante todo o período do parto e no pós-parto, com os cuidados como observação e monitoração que devem ser feitos tanto com a mulher quanto com o recém-nascido. A humanização do parto é a realização do parto sem que se tenha um procedimento intervencionista, é garantir que desde o pré-natal, até o processo do parto e o puerpério seja passado as informações sobre os procedimentos e os seus direitos com base em evidências científicas, avaliando as estratégias, descrevendo sempre os riscos e benefícios de cada método e priorizando as tomadas de decisões da mulher.

Giacomini e Hirsch (2020), a partir de relatos de situações de experiência sobre parto, fazem uma reflexão sobre as noções de parto “natural” e de parto “humanizado” através de um recorte de classe. Para as autoras, a classe social é que faz a mediação na maneira como a experiência do parto se apresenta e é vivenciada para as diferentes mulheres; assim como os entendimentos sobre o que é violência obstétrica também podem estar associados a maneira como as mulheres que pertencem a diferentes classes sociais são condicionadas a enxergar o mundo. Já que na experiência de parto que as autoras analisam no sistema público, as hierarquias que existem entre profissional de saúde e a paciente, onde a primeira é colocada como detentora das decisões, acaba por inibir as decisões das mulheres parturientes.

Neste relatório busca-se analisar as desigualdades na assistência ao parto para o binômio mãe-bebê a partir dos relatos das entrevistas realizadas durante a pesquisa com as trabalhadoras de saúde de Alagoas e levando em conta a literatura acerca do tema que ainda mostram índices em relação ao uso de intervenções no processo de parto, violência obstétrica e mortalidade materna e infantil com interseção por questões de gênero, raça e classe.

2 CAPÍTULOS

2.1 Capacitação das colaboradoras da pesquisa sobre saúde materno-infantil

O projeto de pesquisa “Mapeando estratégias para educação permanente na assistência ao parto e ao puerpério e o atendimento neonatal em Alagoas” faz parte do projeto geral intitulado “Desafios e estratégias de educação permanente na saúde materno-infantil em Alagoas” coordenado pela professora Débora Allebrandt e que abrange professoras, pesquisadoras e alunas/os bolsistas e voluntárias dos cursos de ciências sociais, psicologia e medicina da Universidade Federal de Alagoas.

O projeto de pesquisa tem como objetivo estudar a atuação humanizada e interprofissional na saúde materno-infantil das profissionais de saúde após a implementação da Rede Cegonha e que pretende construir um panorama, a partir de evidências científicas e levantamento e análise de dados, que possibilitará a elaboração de um podcast que discutirá educação permanente.

O período de capacitação do grupo “Mapeando estratégias para educação permanente na assistência ao parto e ao puerpério e o atendimento neonatal em Alagoas” ocorreu em dois grandes blocos de estudo. O primeiro bloco foi entre os meses de novembro e de dezembro de 2021, onde foram realizados cinco encontros que ocorriam nas quintas-feiras e que tinha como abordagem introduzir as noções sobre interseccionalidade, gênero e raça; educação permanente em saúde; prática de entrevista; educação interprofissional em saúde e ética na pesquisa. Já o segundo bloco da capacitação, ocorreu durante o mês de fevereiro de 2022 com um total de quatro encontros com as discussões sobre como fazer a divulgação do projeto e o recrutamento das participantes; revisão e aprimoramento de levantamento e análise em base de dados nos métodos da Revisão Integrativa e Bibliometria; análise e sistematização de dados qualitativos.

O projeto era composto por cinco eixos de pesquisa, sendo eles: Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica; Decisões Reprodutivas; Gestação e Acompanhamento pré-natal; Assistência ao puerpério e Parto e atendimento neonatal. Onde o primeiro eixo tinha como coordenadoras as professoras Andrea Marques Fregadolli e Maria de Lourdes Fonseca Vieira (FAMED), o segundo eixo tinha como coordenadora a professora Nádia Elisa Meinerz (ICS), o terceiro eixo tendo como coordenadora a professora Telma Low Silva Junqueira (IP) e o quarto e quinto eixos tendo como coordenadora a professora Débora

Allebrandt (ICS). Verificar a tabela abaixo para melhor entender a disposição dos integrantes do grupo em cada eixo.

EIXO DE PESQUISA	COORDENADORAS DOS EIXOS	COLABORADORAS PIBIC	PESQUISADORAS VOLUNTÁRIAS
Parto e atendimento neonatal	Débora Allebrandt (ICS) e Bárbara Oliveira Araújo (Enfermagem/UNIT)	Vivyan Amorim (ciclo 2020-2021, 2021-2022), Yrla Silva (ciclo 2023-2024), Marielle Teixeira (ciclo 2021-2022), Kemilly Jacinto (ciclo 2021-2022)	Melissa e Rayane Oliveira
Assistência ao puerpério	Débora Allebrandt (ICS) e Débora Brandão (Psicóloga/PPGPSI-UFAL)	Gabriela Borguetti (ciclo 2021-2022), Giovanna Corrêa (ciclo 2023-2024)	Jacymara e Thaysa Guedes
Decisões reprodutivas	Nádia Elisa Meinerz (ICS)	-	Thaís Cerqueira e Yara
Gestação e acompanhamento pré-natal	Telma Low Silva Junqueira (IP)	Pietra Gonzalez (ciclo 2021-2022), Geane Lima (ciclo 2021-2022, 2022-2023), Maria Beatriz Alencar (ciclo 2021-2022), Maria Daniella Souza (ciclo 2021-2022, 2022-2023), Marielle Teixeira (ciclo 2022-2023), Gabriela Borguetti (ciclo 2022-2023)	José Carlos e Isabela
Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica	Andrea Marques Fregadolli e Maria de Lourdes Fonseca Vieira (FAMED)	Pedro Santos (ciclo 2021-2022), Matheus Soares (ciclo 2021-2022), Izabella Carvalho (ciclo 2021-2022), Bruna Campelo (ciclo 2021-2022)	Cecília e Lousanny

**Fonte: Síntese do projeto de pesquisa por equipe da pesquisa. 2021.*

O meu plano de trabalho tinha como tema “Mapeando as desigualdades econômicas, políticas e sociais na assistência ao parto: uma abordagem regional” e tinha como objetivo analisar as desigualdades regionais em relação a fatores estruturais como raça e classe e o seu impacto na assistência ao parto e puerpério em Alagoas. Para junto com a equipe fazer entrevistas com profissionais de saúde além de análise de dados para a construção de um banco de dados que possibilitará a elaboração de estratégias para educação permanente.

O primeiro encontro com o grupo foi no dia 4 de novembro de 2021 através de um encontro online via plataforma Meet. Nesse encontro teve uma introdução do que seria o projeto, os objetivos que pretendiam alcançar a partir dele e o processo de atuação de cada eixo que resultaria na integralização desses objetivos e uma apresentação individual de cada participante compartilhando sua trajetória acadêmica, seus interesses de estudo e como foi o primeiro contato com o estudo sobre saúde materno-infantil.

A partir desse encontro introdutório, foi criado através do e-mail do grupo de pesquisa Mandacaru, um grupo do google intitulado “formacaosaudematernaefinfantil” no dia 5 de novembro de 2021 com o objetivo de ser um grupo de formação de pesquisadoras para atuação no projeto ‘Desafios e Estratégias de Educação Permanente em Saúde Materno-infantil em Alagoas’, e a partir dele fomos comunicadas sobre a data do início da capacitação, o primeiro tema que seria abordado e as referências bibliográficas básicas para a discussão do tema junto com suporte de multimídia que foi uma música e uma palestra além de sugestões de leituras complementares.

O primeiro encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 11 de novembro de 2021, no horário das três às cinco da tarde, através de um link do Meet. Esse primeiro encontro tinha como objetivo introduzir a noção de interseccionalidade entre gênero, raça e classe. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Lélia Gonzalez (2018), Helena Hirata (2014) e Leal et. al (2017).

Hirata (2014) traz em seu texto a discussão e os aspectos por ela considerados como mais importantes na relação entre trabalho e gênero e como isso integra a unidade de análise inseparável de sexo, raça e classe. A mudança de percepção da ideia do lugar que a mulher ocupa como experiência e ponto de vista próprio dando lugar as relações de poder que perpassam a noção de gênero, raça e classe e que podem não ser semelhantes pois a posição de poder nas relações de classe e de gênero ou nas relações de raça e de gênero podem não ser simétricas.

O uso do termo interseccionalidade foi utilizado pela primeira vez em 1989 para denominar a interdependência das relações de poder sobre raça, sexo e classe pela jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw¹, onde ela evidencia nas intersecções de raça e de gênero

¹ Crenshaw, K. A urgência da interseccionalidade. Acesso em: julho de 2023. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vQccQnBGxHU>>.

abordando ocasionalmente classe e/ou sexualidade para estruturar as experiências das mulheres de cor. Para ela, a violência racial ou de classe é diferenciada pelo fator gênero e as mulheres negras são as que mais estão vulneráveis a sofrer violências e discriminação. Pois muitos problemas de justiça social como o racismo e o sexismo, geralmente se sobrepõem criando diversos níveis de injustiça social.

A partir da relação de raça e gênero associada a classe para então entender as noções de trabalho e as relações que esses fatores se articulam entre si na divisão social do trabalho. Hirata (2014) estuda a implicação da interseccionalidade nas relações sociais em relação ao *care* numa comparação entre Brasil, França e Japão. O trabalho do *care* seria provido pela relação entre raça, gênero e classe e salientado na dimensão histórica e nas relações sociais em que ele é praticado. No Brasil, o trabalho do *care* estaria relacionado a um trabalho informal e a maioria das pessoas entrevistadas foram mulheres que migraram de outra região do país para São Paulo.

Para Gonzalez (2018), o lugar no qual estamos inseridas e situadas determina a interpretação que temos sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. A sociedade brasileira se articula nas suas ações e reproduções de domínio que produz efeitos violentos na mulher negra principalmente. Ao relacionar o racismo como algo natural, coloca-se qualidades à pessoa negra que não seriam denominadas a outra pessoa não-negra por não ser considerada como situações normais, como associar homens negros à malandragem e mulheres negras a faxineiras.

Consequentemente, o lugar de onde falaremos põe um outro, aquele é que habitualmente nós vínhamos colocando em textos anteriores. E a mudança foi se dando a partir de certas noções que, forçando sua emergência em nosso discurso, nos levaram a retornar a questão da mulher negra numa outra perspectiva. Trata-se das noções de mulata, doméstica e mãe preta. (GONZALES, 2018, p. 224)

A idealização, adoração, exaltação ou agressividade e desprezo direcionado para o corpo da mulher negra, a nomeação e reação a esse corpo, vai depender da situação em que ela está sendo vista. A sexualização da mulher negra, de seu corpo e para o que ele “serve” é bem evidenciado na época carnavalesca. Segundo Gonzalez (2018) o mito da democracia racial tem uma dubiedade pois ele “oculta algo para além do que aquilo mostra”, assim ao mesmo tempo que se endeusa durante o período do carnaval os corpos das mulheres negras, no seu cotidiano essa mulher é “transfigurada” na empregada doméstica, e é nesse momento que o endeusamento que foi direcionado aquela mulher se modifica e se transforma em agressividade direcionada aquela mulher negra e ao seu lugar de servir.

As mulheres negras sofrem discriminação de gênero e de raça. Gonzalez (2018) relata que a repressão e violência que são direcionadas às empregadas domésticas está relacionada à repressão necessária que as pessoas brancas impõem para que elas continuem dominando e tendo essas mulheres como prestadoras de serviços. Hirata (2014) nos elucida a importância da interseção de gênero, raça e classe para entendermos a complexidade que o cuidado (care) está transposto. Em sua pesquisa, mais de 95% das mulheres que trabalham com o cuidado no Brasil são pobres e nascidas fora de São Paulo e que migraram de outro estado para lá. É um trabalho pouco valorizado, com salários relativamente baixos e com pouco reconhecimento social e que está focado tradicionalmente na esfera doméstica e familiar e quase exclusivamente por mulheres.

Leal et al (2017), a partir da pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento que contemplou 23.894 mulheres entrevistadas e a avaliação de prontuários em âmbito nacional entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 coordenada pela Fiocruz, tinha como objetivo entender as desigualdades na atenção pré-natal e parto a partir dos fatores de raça e cor. A partir da análise, percebe-se que em comparação com as puérperas mulheres brancas, puérperas de cor preta e parda possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, assim como ausência de acompanhante e as mulheres pretas menos anestesia local para episiotomia. As mulheres pardas tiveram um menor risco para uma cesariana e para a realização de episiotomia e uso de ocitocina no parto vaginal, além de também apresentarem maior chance de nascimento pós-termo em relação ao termo completo (39 a 41 semanas) em comparação com mulheres brancas.

Mesmo após controle das variáveis sociodemográficas através do pareamento pelos escores de propensão, as mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto. Ainda que as mulheres pardas e pretas tenham apresentado diversas similaridades no tocante aos desfechos investigados, foram observados piores resultados para as últimas em relação à qualidade da atenção pré-natal. Desse modo, as análises aqui detalhadas sinalizam para contundentes e preocupantes evidências acerca de desigualdades de raça/cor nas condições de atenção pré-natal e parto das mulheres brasileiras, previamente investigadas por estudos de caso em localidades específicas do país. Mesmo que a composição populacional e os níveis de desigualdades difiram, há evidências de iniquidades nas condições de atenção pré-natal e parto para diversos outros países cujos sistemas de registro de estatísticas vitais e de uso de serviços de saúde incluem dados sobre pertencimento étnico-racial. (LEAL et al, 2017, p. 6) (grifo meu)

De acordo com o relatório de Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana, de 2016, produzido pelo Ministério da Saúde com a Coordenação Geral de Saúde da Mulher, nas últimas décadas, o Brasil teve uma mudança no padrão de nascimento e as operações cesarianas no país se tornaram o modo mais comum de nascimento. Essas diretrizes foram implementadas como política pública para orientar as profissionais de saúde a um padrão a seguir para garantir um atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres e o bebê. Assim,

espera-se que as profissionais estabeleçam uma comunicação, se apresentem e expliquem qual o seu papel nos cuidados e indague sobre as necessidades, preocupações e dúvidas da gestante. A assistência deve acontecer durante todo o período do parto e no pós-parto, com cuidados como observação e monitoração que devem ser feitos tanto na mulher quanto no recém-nascido.

O relatório Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, de 2016, foi produzido pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Saúde da Mulher e tem como objetivo sistematizar a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto normal, para promover mudanças na prática clínica para assim conseguir uniformizar e padronizar práticas mais comuns para serem utilizadas na assistência ao parto normal de todas as mulheres; além de difundir práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal.

Os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é uma série de projetos e relatórios do Ministério da Saúde publicados em 2004. No entanto, esse programa é uma política que foi conquistada a partir de movimentos de luta por mulheres e feministas para a criação do seu programa pioneiro que foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983. Onde, em 2004, se transformou e se institucionalizou como Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (PNAISM) no SUS.

O PNAISM é um documento que tinha como direcionamento aspectos em relação a gênero, integralidade e a promoção da saúde e princípios norteadores no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com o direcionamento na atenção obstétrica, planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual. Buscando considerar que esses aspectos possuem uma heterogeneidade de relação com as condições socioeconômicas no Brasil.

As diretrizes produzidas pelo Ministério da Saúde em 2016 vêm como uma atualização após a implementação da Rede Cegonha em 2011 que foi uma política pública implementada como uma forma de tentar garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres no pré-natal, parto e pós-parto e também para o bebê até seus dois anos de idade.

A princípio, menor exposição a intervenções tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”. (LEAL et al, 2017, p. 10) (grifo meu)

Assim, os estudos de Leal et al (2017) mostram a partir da análise dos dados que mulheres pretas e pardas além de possuírem um pré-natal com menor número de consultas e

exames, elas também recebem menos orientações em relação ao processo do parto o que acaba gerando uma maior peregrinação dessas mulheres em busca por maternidades para realizar seu parto.

O segundo encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 18 de novembro de 2021, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esse segundo encontro tinha como objetivo introduzir a noção de educação permanente em saúde e foi apresentado pela professora Telma Low Silva Junqueira e sua equipe. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Monteiro et al (2017), Ricardo Burg Ceccim (2004) e Santos et al (2018).

Santos et al (2018), faz uma análise a partir da aplicação de um estudo qualitativo, com realização de entrevistas em grupo focal, com o objetivo de analisar as práticas das equipes que atuam na Saúde da Família em Maceió e uma possível reconfiguração desse modelo de atenção primária à saúde. Compreendendo o SUS como um elemento plural e não apenas de financiamento ou formação e trabalho em saúde; mas sim como um modelo com tecnologias e saberes que devem estar organizados com o objetivo de corresponder às necessidades de saúde da população. Assim, entendem que “o trabalho em saúde é aqui compreendido como uma prática social, carregando consigo finalidades que respondem a um projeto de sociedade em que estão imbricadas concepções de saúde-doença-cuidado.”(SANTOS et al, 2018, p. 862)

Santos et al (2018) entende a Estratégia de Saúde da Família como um processo que busca disciplinar o trabalhador a partir de protocolos padrão e um entendimento de atendimentos e seus procedimentos a partir de uma orientação fixa dos programas nacionais. Os autores buscam analisar a partir das entrevistas com os profissionais de saúde atuantes na atenção primária, o processo das subjetividades entre os profissionais das equipes da Saúde da Família no cuidado com os pacientes tentando entender as limitações e as possibilidades de troca para uma possível reflexão sobre o atual modelo de atuação que é amparado pelas normas do SUS.

Para Santos et al (2018), os trabalhadores que atuam na Estratégia da Saúde da Família possuem uma rotina definida e pouco flexível que é uma característica da política da ESF para uma atuação mais engessada. Mas a partir dos relatos que os autores tiveram na pesquisa, as pessoas que utilizam desse serviço em Maceió muitas vezes apontam sintomas psíquicos que estão ligados a condições de carência material, econômica, afetiva e educacional. Com o

objetivo de melhor atender as necessidades da comunidade, se entende a importância de criar uma disponibilidade de integração para construir uma relação de cuidado pelos trabalhadores de saúde com os usuários desses serviços. Assim a “disponibilidade manifesta pelos trabalhadores para, a seu próprio modo, acolher e escutar o usuário potencializa o território de tecnologias leves, que, se por um lado, não rompe com o modelo hegemônico, por outro, abre caminho para a reconfiguração do modelo.” (SANTOS et al, 2018, p. 866)

o acolhimento é proposto como estratégia ética e política que institucionalmente viabiliza a concretização dos princípios fundamentais do SUS, de maneira a reverter a orientação dos serviços de centralidade de suas práticas nas ações programadas para um fazer orientado para as reais necessidades apresentadas pelos usuários, sem abandonar as ações de vigilância. Isso significa uma nova lógica de organização de trabalho, de potencialização dos encontros para: qualificação da escuta, no sentido de conhecer as necessidades e buscar soluções possíveis dentro das redes de cuidado disponíveis; ampliação e facilitação do acesso, especialmente na APS; estímulo ao exercício do trabalho multiprofissional, de maneira a ampliar a clínica. A operacionalização da proposta implica na orientação da equipe de Saúde da Família como equipe de referência, assumindo a responsabilidade de acolher os usuários nas suas demandas, ouvir, negociar e pactuar projetos de cuidado. (SANTOS et al, 2018, p. 868)

Monteiro et al (2017), aponta o racismo como um dos fatores que geram uma desigualdade na saúde e que é importante que a formação de profissionais da área de saúde tenha implementados em seus currículos temas relacionados a relações étnico-raciais, história e cultura afro-brasileiras para uma melhor compreensão acerca das lutas da população negra como propõe a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

a necessidade de implementação, na formação de profissionais da saúde, das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER), conforme artigo 26-A da Lei n. 9.394/1996 (a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB), incluído pela Lei n. 10.639/2003, e da PNSIPN, desde os cursos técnicos até a pós-graduação. (MONTEIRO et al, 2017, p.2)

Assim, Monteiro et al (2017), coloca a importância de o Ministério da Saúde reconhecer o impacto do racismo na saúde da população negra e, portando, aprovar a implementação da PNSIPN² como forma de combater a discriminação étnico-racial no atendimento que é ofertado pelo SUS e com o objetivo de promover equidade na saúde da população negra. Assim como o Conselho Nacional de Saúde implementa uma resolução³ com o objetivo de inserir na formação das profissionais de saúde conteúdos que promovam reflexões e ajudem em uma abordagem mais proativa e igualitária na assistência e nos cuidados em saúde.

Apesar dessas implementações terem o objetivo de promover mudanças na formação desses profissionais de saúde os colocando hábeis para trabalhar com as especificidades da população negra e de todas as outras que estão em situação de vulnerabilidade, a análise dos

² Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

³ Resolução CNS n. 569, de 8 de dezembro de 2017.

autores tiveram como resultado que poucas universidades públicas que tiveram seus PPPs⁴ atualizados após 2009 incluíram nos componentes curriculares dos cursos de saúde uma abordagem relacionada à temática étnico-racial, e as que fizeram incluíram em disciplinas optativas.

A não oferta e/ou discussão desses temas nesses cursos de graduação e especialização é um dos motivos para a discrepância no atendimento e assistência, à população negra assim como outras populações em situação de vulnerabilidade, na área da saúde. Assim:

A formação e a qualificação em Saúde têm o desafio de superar alguns obstáculos que, historicamente, têm distorcido a percepção da sociedade sobre sua real importância no processo de construção de um novo modelo de saúde, na medida em que tem sido sistematicamente criticada por seu caráter excessivamente técnico em detrimento de aspectos humanitários fundamentais, como o direito à vida, a prevenção, a promoção da saúde e a educação em saúde, além de uma relação paciente-profissional mais humanizada, pautada na própria ética. Logo, a prática deve ser desenvolvida por recursos humanos quantitativa e qualitativamente adequados às necessidades de todos os brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação. (MONTEIRO et al, 2017, p.8)

Para Ceccim (2004), os conhecimentos e saberes tecnológicos na área de saúde se atualizam rápido e a baixa disponibilidade de profissionais assim como a sua distribuição de maneira não igualitária pelas regiões – já que a tendência é que tenha uma concentração maior apenas nos centros urbanos – faz com que a atualização constante por parte dos trabalhadores da saúde se torne uma situação um pouco complexa. O autor entende que para se ter uma educação permanente em saúde

torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. (CECCIM, 2004, p. 163)

A educação permanente em saúde como uma importante estratégia de construção de práticas de formação, gestão e elaboração de políticas no setor da saúde junto com o setor da educação de maneira que o seu processo gerasse uma mudança na graduação, nas residências, na educação técnica e também na pós-graduação de maneira que tanto as necessidades como os direitos de saúde da população estivessem interligadas de maneira universal e igual nas ações dos serviços de saúde.

Pois a vivência e a reflexão sobre as práticas vividas é que podem gerar o contato com o desconforto que depois vai ser necessário para se pensar em alternativas de práticas e conceitos que irão produzir transformações no cuidado. Para produzir mudanças nas práticas de gestão, de atenção e de assistência, é importante que se tenha a capacidade de dialogar e questionar com as práticas que estão vigentes para que a partir disso se possa construir novas

⁴ Projeto político e pedagógico dos cursos de graduação.

práticas pautadas na atenção integral, humanizada e de qualidade nos serviços de saúde para com a população.

Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.(...) Novas abordagens, mais potentes para desfazer as dicotomias persistentes e sobre as quais foram construídas as iniciativas anteriores de mudança (individual x coletivo, clínica x saúde pública, especialidade x generalidade, sofisticação tecnológica x abordagens simplificadas) tornam-se impostergáveis. (CECCIM, 2004, p. 165)

Ceccim (2004) entende que a educação permanente em saúde se apresenta a partir da interação com alguns segmentos. Assim, alguns elementos de análise são necessários para pensar a educação permanente em saúde que seria o que ele chama de quadrilátero da formação. Esse quadrilátero seria composto por: uma mudança de uma ideia tradicional e hegemônica para uma formação construtivista, com a elaboração de novas práticas de saúde pensando a humanização e inclusão de todas as usuárias, considerando a avaliação e a satisfação das usuárias com o objetivo de garantir o atendimento referente às necessidades sociais de saúde para toda a população. Esse texto busca pensar a formação a partir do quadrilátero: ensino, gestão, atenção e controle social.

Para Ceccim (2004), os protagonistas desse papel ativo na contribuição e construção para uma implementação e prática de uma educação permanente adequada são as profissionais da saúde. E para conseguir estabelecer um lugar ativo nessa educação permanente em saúde é necessário se desprender dos modelos hegemônicos e produzir/construir a subjetividade de gestão no processo de trabalho.

A mudança na formação por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento de captura da Educação Permanente em Saúde. Tanto a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a captura da Educação Permanente em Saúde e, por conseguinte, dos processos de mudança. É por isso que a Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário. (CECCIM, 2004, p. 167)

No final desse segundo encontro, a equipe recomendou a leitura do conto de Conceição Evaristo “Quantos filhos Natalina teve?” (2016) com o objetivo de fazer articulações a partir das leituras dos textos do primeiro encontro da capacitação sobre interseccionalidade e esse segundo encontro sobre educação permanente em saúde para refletir as questões que achávamos relevantes no processo de pesquisa e assistência no cuidado em saúde das mães que buscam os

serviços de saúde. Essas reflexões foram compartilhadas a partir do padlet⁵ que foi compartilhado pela equipe facilitadora.

O terceiro encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 25 de novembro de 2021, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esse terceiro encontro tinha como objetivo introduzir a noção da prática da entrevista e foi apresentado pela professora Nádia Meinerz e por Débora Brandão. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Jean Poupart (2012) e Christine Hine (2021).

Para entender as controvérsias que existem em torno do debate sobre as perspectivas subjetivas e objetivas nas ciências sociais na sua análise e interpretação do seu objeto de estudo, Poupart (2012), entende três posições distintas para entender o/a pesquisadores e suas interpretações. A primeira é a corrente pós-positivista onde os pesquisadores e suas interpretações se dão a partir do entendimento que a realidade dos atores sociais não compreende a realidade como ela é, pois, a interpretação desses indivíduos pode não ser exata e por isso tomam o conhecimento científico como superior a essas explicações. A segunda é a pós-estruturalista onde entende-se que as interpretações que são obtidas pelos atores sociais assim como pelos pesquisadores são versões diferentes da realidade e por isso as diferenças entre a versão dos pesquisadores e a dos atores sociais é apenas a posição de privilégio e de se impor que o primeiro tem sobre o segundo. A terceira é o pós-modernismo, que entende que os pesquisadores deveriam “em seus relatos etnográficos, não só tratar as pessoas como sujeitos capazes de analisar sua própria situação, mas igualmente produzir(...) análises em que o ponto de vista dos diferentes atores que participam da pesquisa se encontre expresso.” (POUPART, 2012, p. 119-120)

Entretanto, cabe enfatizar que essa atitude empática e engajada frente às condições de existência dos desfavorecidos e dos oprimidos deve-se, primeiramente, à orientação do pesquisador, mesmo que os métodos qualitativos sejam considerados particularmente propícios para enfatizar a sua experiência, sobretudo pela produção de textos que lhe conferem verdadeiramente a palavra. Se, em princípio ao menos, a maioria das pesquisas baseadas nas entrevistas de tipo qualitativo se atribui o objetivo de dar satisfatoriamente conta da experiência e do ponto de vista dos entrevistados, e, assim, demonstrar, nesse sentido, a maior empatia possível, algumas não se propõem como missão defender a causa das pessoas interessadas. (...) Os métodos qualitativos são, geralmente, utilizados como métodos “de investigação”, entre outros, e não é inútil lembrar que, sob a capa da simpatia e da empatia, as pesquisas, de qualquer natureza que sejam, podem servir de pretexto, conscientemente ou não, para o exercício de um maior controle sobre as populações pesquisadas. (POUPART, 2012, p. 221)

⁵ <https://pt-br.padlet.com> - É uma ferramenta que pode ser acessada pelo celular ou computador e é utilizada para a construção de murais virtuais colaborativos.

Poupart (2012), a partir das leituras metodológicas de outros autores e suas experiências em pesquisa, descreve algumas estratégias para fazer entrevistas bem-sucedidas. Assim, para que isso aconteça é importante obter a colaboração do entrevistado, colocando-o o mais à vontade possível na situação de entrevista, ganhando sua confiança para, por fim, conseguir fazer com que ele fale de forma espontânea se envolvendo assim sobre o tema na entrevista.

Para Poupart (2012) para que a entrevista se tenha um discurso o mais verdadeiro e aprofundado possível é necessário que o entrevistado aceite de maneira mais verdadeira possível cooperar não apenas consentindo a entrevista, mas também dizendo o que pensa no decorrer dela. Para buscar isso, alguns entrevistadores usam de estratégias como convencer o entrevistado da importância e utilidade da investigação, tentar se apoiar em laços de reciprocidade como amizade, familiares ou profissionais, ou na falta disso, tentam criar essa reciprocidade criando laços com o meio pesquisado até mesmo durante a entrevista através de atitudes como a empatia e a escuta. No entanto, esse princípio de colaboração para que o entrevistado diga o que de fato pensa pode levar a indagações do tipo como saber se o entrevistado está ou não cooperando de fato.

Pois tirando uma recusa direta por parte do entrevistado durante a entrevista, não é fácil saber se a colaboração por parte do entrevistado está sendo verdadeira e os dados coletados podem ser considerados válidos. Há também a ideia de que o entrevistado só será verdadeiramente colaborativo na entrevista se ele estiver à vontade em relação a situação que ela é feita. Como a criação de ambientes e contexto favoráveis a entrevista como a escolha do momento mais propício a se fazer a entrevista em que ambos estejam e se sintam disponíveis e com tempo para se expressar. É preciso criar um contexto/espço que permita que a pessoa que está participando da pesquisa se sinta à vontade na situação da entrevista. Além de ser importante garantir ao entrevistado as boas intenções e como será feito o uso de suas palavras, garantindo que será de maneira anônima.

Enfim, para favorecer o estabelecimento de uma boa relação com os entrevistados, os entrevistadores dobram-se às regras elementares de sociabilidade, tais como aceitar uma bebida, ou dispor de tempo para falar de uma coisa e outra, antes que a entrevista comece. Esta última dimensão (...) ilustra bem em que a realização de entrevistas pressupõe que os entrevistadores recorram ao conjunto de suas competências sociais, com o objetivo de estabelecer relações com os outros. (POUPART, 2012, p. 232)

Poupart (2012), destaca duas tendências em relação ao viés, a primeira que dominou até o final dos anos 1960 e se desenvolve a partir de uma lógica positivista da ciência, buscando resolver essa questão do viés com soluções técnicas como por exemplo buscar um discurso verdadeiro, isento de viés e sem influências contextuais. E a outra tendência é dos anos 1970

que foi construída com base em ideais construtivistas e busca mostrar que a subjetividade do pesquisador e os discursos são socialmente construídos a partir do seu contexto de produção e interação. Assim há “três tipos de vieses: os vieses ligados ao dispositivo de investigação, os vieses associados à relação entrevistador-entrevistado e à sua respectiva situação social, e, por fim, os vieses referentes ao contexto de pesquisa.” (POUPART, 2012, p. 235)

Para Hine (2021), a etnografia é diferente dos outros métodos de pesquisa pois no seu uso das suas experiências e descobertas, o/a pesquisador se envolve em todo um processo desde o engajamento com o campo, coletando os dados e interpretando os resultados; a etnografia é, portanto, uma metodologia adaptativa no sentido de que moldamos ativamente as nossas estratégias com o objetivo de explorar algo em particular. Argumenta as diferentes maneiras de examinar a internet e as possibilidades de desenvolver um entendimento em profundidade a partir dos engajamentos que a tecnologia e a experiência social se abrangem com a internet contemporânea.

Meu interesse no papel que a Internet desempenha nas preocupações muito específicas da pesquisa científica tem sido acompanhado por um interesse duradouro no papel da Internet em cenários mais mundanos e cotidianos. Estive interessada no entrelaçamento da mídia de massa com a Internet, explorando a extensão em que a Internet simultaneamente provê uma possibilidade para que emergjam novos tipos de audiência e, ao mesmo tempo, torna viável para pesquisadores de audiência desenvolverem um novo sentido de engajamento cotidiano com a mídia (HINE 2011b). (...) Tenho interesses de pesquisa ecléticos, o que tem a vantagem, para os propósitos atuais, de que tenho desenvolvido estratégias etnográficas para diversos cenários de pesquisa. Eles estão unidos, entretanto, por um compromisso com a etnografia como uma forma experiencial de conhecimento e uma crença de que o engajamento com o campo deveria ser conduzido por uma busca das maneiras pelas quais um cenário tem sentido único, ao invés da aplicação de um modelo particular do que o escopo do campo deveria ser. (HINE, 2021, p. 14)

Para Hine (2021), cada solução metodológica é única, mas há três características ou 3 Es em comum da experiência contemporânea da internet que chamam a atenção da autora por serem desafiadores para o desenvolvimento de estratégias etnográficas. O primeiro seria a internet incorporada no sentido a partir do qual se torna entrelaçada no seu uso com diversas formas de contexto e de molduras e de criação de significado à vida cotidiana, já que antes a internet era entendida como um acesso a um novo tipo de espaço, como um lugar com um domínio novo a ser explorado e que era separado da vida cotidiana, como uma espécie de laboratório para se estudar separadamente diversos fatores para entender como aquele espaço iria se constituir. Assim,

o local de campo tende a ser construído como centrado em um grupo de pessoas que são definidas por suas conexões com um espaço online específico. Nesta concepção de etnografia para a Internet, o campo está conceitualmente, na sua maioria, contido na Internet e o etnógrafo busca compreender como as atividades dentro daquele campo são estruturadas pelos participantes e como ganham sentido para eles. A noção de um campo contido na Internet certamente oferece uma lente poderosa para descobrir o que as pessoas fazem online e, em particular, para entender como os espaços online emergem como cenários sociais ordenados. É o caminho para entender um conjunto específico de questões teoricamente orientadas. A etnografia em espaços online pode olhar em detalhes para como uma cultura distinta pode emergir em tal espaço, com seu

próprio conjunto de normas e valores, com entendimentos comuns de humor, reciprocidade e um sentido de sua própria identidade como formação social distinta de outras. (HINE, 2021, p. 17)

O segundo seria a internet corporificada que seria a possibilidade de a internet ser um espaço onde a pessoa poderia construir uma espécie de identidade diferente do espaço físico, construindo uma identidade virtual para aquele espaço. No entanto, “em vez de ser um local ciberespacial transcendente de experiência, a Internet frequentemente se torna parte de nós e que as identidades virtuais não são necessariamente separadas dos corpos físicos”(HINE, 2021, p. 23). Não acessamos ou entramos na internet mas sim a noção contemporânea dela seria de que o estar online seria como uma extensão de outras formas corporificadas de ser e de agir no mundo, como se o online e o offline fossem integradas mas com a noção de que a internet pode ser experimentada de diversas maneiras a depender das circunstâncias. “Essa noção de múltiplos modos de ser e múltiplas noções de fisicalidade oferece uma maneira útil de compreender as complexidades da experiência online.”(HINE, 2021, p.24)

O terceiro seria a internet cotidiana que seria uma forma de implementação mundana que faria com que a sua corporificação e incorporação pode desaparecer no seu sentido e uso cotidiano. Assim, na medida que a internet se torna cotidiana dificulta mais a separação dela e lidar com ela com o fluxo da existência pois “qualquer que seja o domínio que examinarmos, as mudanças serão aparentes e serão objeto de comentários, mas não ficará claro até que ponto tais mudanças são atribuíveis à Internet em si.”(HINE, 2021, p. 33)

Um etnógrafo pode prestar atenção simétrica a ambos os aspectos da Internet cotidiana, buscando explorar as consequências do silêncio da Internet como um componente da vida cotidiana e entender como e quando a identificamos como um grande fenômeno com significantes consequências em grande escala. (...) As estratégias etnográficas para a Internet cotidiana, portanto, se concentram em ser sensíveis à variável de transformação da Internet em tópico de interesse, prestando muita atenção às circunstâncias específicas em que são produzidos relatos de sua importância. Uma consciência do potencial estruturante das infraestruturas tecnológicas pode ser construída por meio da observação cuidadosa dos participantes, através de interações com os participantes para gerar seus relatos sobre as escolhas, limitações e silêncios que se seguiram ao seu uso e refletindo sobre a própria imersão do etnógrafo no cenário a fim de construir uma sensibilidade para as texturas sociais resultantes. (HINE, 2021, p. 35)

No final desse terceiro encontro, a partir dos textos e discussões obtidas, foi posto como atividade em dupla formada a partir das membros dos cinco eixos da pesquisa intitulada “aprendendo a entrevistar”. Foi enviado um e-mail através da professora Nádia para colocar em contato as duplas selecionadas pelas coordenadoras do encontro sobre prática em entrevista para fazer a atividade juntas. Nele continha um link do padlet com uma explicação com o objetivo da atividade e já como espaço para compartilhar o resultado das discussões e do roteiro produzido pela dupla, que seria entregue até o dia 09 de dezembro de 2021.

A atividade que foi enviada tinha como tema “aprendendo a entrevistar”. O objetivo do exercício era fazer uma aproximação entre as pessoas da equipe da pesquisa, para se conhecerem melhor e pensarem um pouco com sua dupla sobre sua inserção e interesse no eixo de pesquisa que estava e trocar ideias sobre os textos discutidos no encontro da formação. A partir dessa reflexão, compartilhamento de ideias e desconstrução das concepções que são geralmente associadas ao fazer uma entrevista, fazer o esboço de um roteiro com as provocações e possibilidades de troca e aproximação entre entrevistadora e entrevistada.

Em 30 de novembro de 2021 a professora Débora Allebrandt enviou um e-mail para o grupo do google de saúde materno-infantil com um questionário feito através da plataforma google forms com o tema “Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Peduzzi, Norman, 2015)”, onde na descrição do questionário RIPLS (Readiness for Interprofessional Learn Scale)⁶ informava que tinha o intuito de convidar a participar da atividade sobre educação interprofissional e trabalho colaborativo da professora Maria de Lourdes Fonseca Vieira no curso preparatório para a pesquisa sobre saúde materno-infantil em Alagoas, que tem como coordenadora a professora Débora Allebrandt do ICS-UFAL.

Por favor, através de uma escala de Likert de cinco pontos, escolha apenas uma das alternativas para responder se: concorda totalmente, concorda, não concorda nem discorda, discorda ou discorda totalmente das assertivas descritas neste questionário. Este questionário é o Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (Parsell, Bligh, 1999; Mattick, Bligh, 2007) adaptado para o português falado no Brasil por Peduzzi e Norman (2015). Não há possibilidades de identificação do participante, portanto, fique à vontade, pois será anônimo e não implicará em nenhuma remuneração ou vantagens, tampouco prejuízos para si. Você apenas disponibilizará aproximadamente 10 minutos para respondê-lo. É importante que responda TODAS as assertivas para perceber o sentido do que será trabalhado no dia 02 de dezembro de 2021 com o grupo inteiro. E agradecemos sua participação voluntária que contribuirá para avanços no conhecimento sobre a educação interprofissional na área da saúde. Muito obrigada! Maria de Lourdes Fonseca Vieira.

O quarto encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 02 de dezembro de 2021, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esse quarto encontro tinha como objetivo introduzir a educação interprofissional em saúde e foi apresentado pela professora Maria de Lourdes Vieira. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Peduzzi (2016), Barbosa et al (2021), Forte et al (2016) e Petermann e Miolo (2021).

⁶ “é uma escala atitudinal utilizada globalmente e validada em língua portuguesa, como um instrumento para avaliar a disponibilidade e a atitude para a EIP. A disponibilidade para aprenderem juntos tem expressão direta nas atitudes. Pesquisas que utilizaram a RIPLS demonstraram diferenças nas atitudes entre diferentes grupos profissionais.” (BARBOSA et al, 2021, p. 2)

Para Peduzzi (2016), para que a implementação da educação interprofissional (EIP) aconteça é necessário que as lideranças tenham interesse, conhecimento e experiência para incluí-la na agenda da educação, buscando um apoio institucional e financiamento para que assim tenha como desenvolver e impulsionar a formação profissional interdisciplinar. Seria necessário construir programas educacionais e currículos com disciplinas obrigatórias para incluir a EIP e seus métodos de ensino inovadores com o objetivo de superar as práticas de ensino com o modelo tradicional de educação que é “uniprofissional e estritamente biomédica”(PEDUZZI, 2016, p. 1).

As profissionais de saúde e seus planos de ensino têm a tendência de valorização das especializações, assim a educação interprofissional surge como forma de mostrar que

“parece insuficiente é limitar a formação dos profissionais de saúde à sua área específica, pois como apontado acima há o crescente reconhecimento da complexidade e abrangência das necessidades de saúde” (PEDUZZI, 2016, p.2).

A educação interprofissional em saúde surge como abrangência do entendimento do que são saúde e doença e suas diferentes dimensões culturais e sociais, do modo como indivíduos, família e grupos sociais estão inseridos na sociedade, e da necessidade de uma complexidade da rede de atenção à saúde que abranja esses fatores no atendimento e cuidado com a população.

O SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são reconhecidos no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma pertinente, tanto na dimensão tecnológica como ética, às necessidades de saúde das populações. Estudo do impacto da ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos e outros - daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais. (PEDUZZI, 2016, p. 2)

Para Barbosa et al (2021), a educação interprofissional em saúde é uma estratégia que visa a melhora na qualidade e no atendimento à saúde da população pois a partir do desenvolvimento de competências colaborativas integradas que ela propõe, acaba por melhorar a segurança da paciente com a disponibilidade da interdisciplinaridade na atenção e cuidado a sua saúde. A partir do estudo sobre a disponibilidade dos/as estudantes para a educação interprofissional em alguns cursos de saúde tinham como objetivo analisar e comparar entre esses cursos o trabalho em equipe e colaboração, a identidade profissional e a atenção à saúde centrada na paciente; buscou entender as diferenças na disponibilidade da EIP nos cursos de graduação em saúde.

A EIP pretende o desenvolvimento de três competências que devem estar integradas: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, garantindo o respeito às especificidades de cada profissão na construção de uma rede colaborativa. Nesse

sentido, um estudo recentemente publicado constatou que estudantes de graduação têm a percepção clara do desenvolvimento de competências colaborativas no ato da construção de um plano integrado de cuidados. (BARBOSA et al, 2021, p. 2)

Barbosa et al (2021) coloca que há um debate sobre qual seria o melhor momento para a implementação da EIP nos currículos dos cursos de saúde, pois devido a tendência aos estudantes da graduação, ainda que esteja no início dela, de ter alguns estereótipos já consolidados, a aplicação da EIP no início da graduação serviria como forma de desconstruir esses estereótipos. Porém, a implementação dessa educação interprofissional no início do curso implicaria uma menor efetividade no sentido de ainda ter uma menor compreensão pela estudante da sua identidade profissional e de interação com as outras profissões. “A partir dessa discussão, sugerem-se o início precoce e a continuidade da EIP ao longo do programa educacional.”(BARBOSA et al, 2021, p.2) Contudo, na pesquisa aplicada nesse artigo, os autores percebem que não há uma diferença estatisticamente significativa em relação a comparação entre os ciclos dos cursos de saúde sobre a disponibilidade das estudantes na aplicação da EIP no primeiro ano do curso ou ao longo da formação na graduação.

Para Forte et al (2016), a educação interprofissional como uma importante estratégia para a colaboração entre as áreas de saúde na prática do cuidado no atendimento à população, compreendendo que saúde e doença se relacionam a partir de processos econômicos e socioculturais e que, portanto, são necessárias intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde para atender as dimensões do cuidado. Busca analisar com o foco na interprofissionalidade como uma forma de ampliar as visões de mundo na produção e transmissão do conhecimento nas relações interprofissionais e na sua aplicação a partir de projetos do governo no processo de formação em saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) lançaram edital convocando as instituições formadoras e as instituições prestadoras de serviços para construírem um projeto que envolvesse professores, preceptores/trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e estudantes de cursos da área da saúde. Esse projeto denominou-se Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Nos anos seguintes, foram lançados outros editais com temáticas específicas, como o da Vigilância em Saúde e a Saúde Mental. Em 2011, novo edital foi lançado com a proposta de integração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde), o PET-Saúde e o PRO PET saúde. Já em 2013, foi lançado o edital para os projetos PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde, do qual este artigo se origina. A articulação entre ensino-serviço-comunidade proposta pelo PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde proporciona oportunidades à aprendizagem significativa por meio do sistema tutorial, e fomenta algumas características de natureza coletiva, norteadas pela educação interprofissional. Neste cenário, além dos estudantes da área da saúde, estão os trabalhadores do SUS como preceptores, e os professores como tutores. Os objetivos do grupo tutorial são: o estudo, a reflexão e a crítica sobre uma das redes de atenção à saúde prioritárias para o MS. (FORTE et al, 2016, p. 789)

Forte et al (2016), coloca que o estímulo a práticas interprofissionais de modo que se movimente a partir da construção de diálogo e de forma a compreender que o trabalho em equipe no cuidado singular a partir de práticas interdisciplinares para aquele indivíduo é

essencial. A educação interprofissional possibilitou a promoção da saúde de gestantes nas maternidades envolvidas, colocando em discussão questões como o que diz respeito ao seu direito, a saúde e cidadania assim como a segurança da paciente e o trabalho agregado nas equipes envolvidas, estendendo essas ações para muito além do que o grupo PET-RC.

Embora se tenha avançado muito, ainda há muito a ser feito. Nas maternidades, foram desenvolvidas ações na recepção por meio: do acolhimento com classificação de risco, pré-parto, sala de parto e enfermarias. As ações permearam, sobretudo, a educação em saúde, com ênfase na prevenção e na promoção, por intermédio do contato direto com as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos. Um fator facilitador no grupo PET-RC foi a partilha de objetivo comum aos atores envolvidos, e todos estavam cientes de seus papéis no grupo. (FORTE et al, 2016, p. 791)

A inserção das estudantes dos cursos de saúde nos programas do SUS como forma de integrar as práticas aprendidas no curso e a colaboração interprofissional e interdisciplinar nas vivências e os desafios enfrentados no atendimento desses serviços, seguindo os princípios estruturadores do SUS, o PET saúde sendo um dos indutores da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assim, “a vivência do grupo tutorial permite aos preceptores desenvolverem competências para o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas, além do exercício de preceptoria.”(FORTE et al, 2016, p.793) A importância da atuação interprofissional com foco no cuidado integral de prevenção e promoção da saúde materno-infantil tem o objetivo de proporcionar melhores resultados à saúde da população nesse processo de compreensão de saúde-doença.

A partir das reuniões para discussão, planejamento, relato e avaliação, fortaleceu-se a integração de saberes e fazeres em saúde de profissionais de diversos pontos da Rede Cegonha no Estado da Paraíba. Ao mesmo tempo, no cotidiano dos serviços, os estudantes desenvolveram atividades com base na Educação Popular em Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, como, também, puderam observar o processo de trabalho em saúde, no que se refere às dificuldades, às fragilidades, às potencialidades e à rotina dos serviços de saúde, sejam elas do campo da gestão e/ou da atenção. As vivências oportunizaram as práticas colaborativas em saúde e permitiram o diálogo entre os atores envolvidos. (FORTE et al, 2016, p.793)

Petermann e Miolo (2021), parte da análise das produções científicas sobre EIP no Brasil entre os anos de 2004 a 2020 a partir do Scielo e LILACS, os autores perceberam que os fatores e/ou categorias que estão associados e que caracterizam a educação interprofissional no ensino superior no Brasil são a troca de saberes a partir de um espaço de reflexão e através de elementos para o cuidado integral. Contudo, os autores colocam em destaque que esse estudo é um pouco limitado pois só mapearam os artigos de periódicos brasileiros.

No que se refere a EIP por meio da troca de saberes, a análise das publicações colocou que os principais fatores que estão associados à produção científica sobre educação interprofissional no ensino superior no Brasil é o “compartilhamento de práticas” e a “integração e interação profissional”(PETERMAN; MIOLO, 2021, p. 12). Referente ao espaço para reflexão os fatores seriam “aprendizado”, “construção de saberes” e a “qualificação

profissional”(PETERMAN; MIOLO, 2021, p.13). E em relação ao elemento para o cuidado integral da população seriam através do “cuidado pautado nas necessidades do sujeito” e a “atenção de qualidade”(PETERMAN; MIOLO, 2021, p.14).

O quinto encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 09 de dezembro de 2021, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esse quinto encontro tinha como objetivo introduzir a noção de ética na pesquisa e foi apresentado pela professora Nádia Meinerz e Telma Low Silva Junqueira. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Knauth e Meinerz e Spink. Nesse encontro tivemos as apresentações dos esboços do roteiro que foi passado como atividade sobre entrevistas no terceiro encontro da formação e que foram construídos pelas duplas.

A resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 retrata sobre ética em pesquisa e estabelece sobre normas que devem ser aplicadas em pesquisas em ciências humanas e sociais que tiverem como procedimentos metodológicos que envolvam a utilização de dados que forem obtidos diretamente com participantes, de informações identificáveis ou de informações que possam ser identificadas ou que até mesmo possam gerar riscos maiores na vida cotidiana daquele indivíduo ou grupo.

Na resolução fala sobre a obtenção do assentimento livre e esclarecido e suas implicações com a necessidade do consentimento da responsável, sobre a assistência a participante da pesquisa, os benefícios com as contribuições atuais ou potenciais da pesquisa sempre a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais; a garantia da confidencialidade da participante; o consentimento livre e esclarecido e uma explicação a participante da pesquisa sobre o que é a pesquisa, quais são seus objetivos, os métodos e até os potenciais benefícios e riscos; as informações de acesso público com os dados que podem ser utilizados na produção de pesquisa. O processo de comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido deve ocorrer de maneira clara e objetiva, evitando modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa e esclarecendo todas as dúvidas que a participante possa ter.

Art. 4º Sobre o processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e participante, continuando com o diálogo aberto para questionamento e podendo ser obtido assim como retirado em qualquer fase de execução da pesquisa, sem prejuízo do participante.

Art. 5º O processo de comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral, escrita, língua de sinais ou de outras formas que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas. (Resolução nº 510, 2016, p. 5)

Spink (2000), faz uma reflexão sobre ética na pesquisa, que deve ser uma ética da responsabilidade e, portanto, marcada na compreensão de fatores sociais que vão garantir uma competência ética. Faz uma distinção entre ética prescritiva que vem baseada na moral contratual e ética dialógica que é pautada na competência ética. A autora faz essa diferença focada nas teorias sociais sobre moralidade.

Para Spink (2000) na ética prescritiva, pautada seguindo os aspectos distinguidos por Foucault, a moral prescritiva está focada nas explicações de moralidade de acordo com normas morais que vêm de condições sociais e que são fixadas por meio de processos sociais tanto na versão de moralidade como consequência das necessidades humanas essenciais ou como fruto de uma integração social e contínua da existência dos sistemas sociais. Já a ética dialógica é a moral dialógica situada na perspectiva de pessoas tomadas a partir de uma competência ética.

Assim, para Spink (2000), a pesquisa ética é o “compromisso com alguns pressupostos sobre a natureza da produção do saber e as interações humanas”(SPINK, 2000, p.19) portanto ela é pensada como uma prática social e por isso está submetida a reflexividade e para isso “exige, assim, clareza não apenas quanto aos objetivos, método, ou processos de interpretação, mas também quanto aos possíveis usos desses conhecimentos”(SPINK, 2000, p. 19).

Sendo o conhecimento uma construção social presa aos contextos de produção, segue que a competência ética em pesquisa, na vertente construcionista, busca garantir a *visibilidade dos procedimentos* de coleta e análise dos dados como condição *sine qua non* de rigor. [...] Dessa forma, a ética dialógica – pautada na competência ética de todos os envolvidos nesse processo – leva os preceitos éticos de plena informação, livre de consentimento e análise de riscos e benefícios as últimas consequências. Sendo qualitativa por excelência, passam a ser três os cuidados éticos essenciais da pesquisa construcionista: os consentimentos informados, a proteção do anonimato, e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes. (SPINK, 2000, p. 19-20, grifos da autora)

Knauth e Meinerz (2015), discutem sobre a devolução dos resultados obtidos na pesquisa antropológica buscando entender os limites dessa prática e o seu princípio ético e político. Diferente da área da saúde, na área de ciências sociais, principalmente na antropologia, a discussão sobre ética na pesquisa já acontece há muito tempo. “É interessante notar que a criação do código de ética da antropologia data de 1986, ou seja, é anterior à resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), marco inaugural da regulação ética no Brasil.”(KNAUTH; MEINERZ, 2015, p. 2660)

As autoras colocam que embora a discussão sobre regulamentação da ética na pesquisa com seres humanos no âmbito nacional esteja fortemente relacionada à área da saúde, a área das ciências sociais e humanas em saúde tem promovido debates e buscado uma melhor adequação da regulamentação nacional de ética em pesquisa e seus objetos e metodologias de

investigação. Pois na antropologia tem-se uma ideia quase de que é obrigação da antropóloga fazer a devolução da pesquisa, como uma forma de reciprocidade, já que aquela pessoa ou grupo estudado colaborou com a realização dela.

Entretanto, as formas de retor-no (quando e como fazer), o público ao qual se dirige os resultados, bem como os tipos de ex-pectativa envolvidos na relação de pesquisa, não encontram um espaço específico de discussão nos fóruns coletivos mais gerais, nem mesmo no planejamento metodológico ou na revisão ética das pesquisas em particular. (KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E., 2015, p. 2660)

Knauth e Meinerz (2015) colocam que por na pesquisa etnográfica as participantes terem um papel enquanto atores sociais, a pesquisa é essencialmente subjetiva. E, quando na pesquisa a pesquisadora tiver uma maior uma relação e aderência a interações políticas, geralmente há uma esperança por parte da participante da pesquisa de que ela corresponda com a militância da pesquisadora. Assim, a devolução dos dados é uma etapa tensa pois “os ‘resultados’ dos estudos antropológicos não são expressos na for-ma de números e tabelas, e sim interpretações. É muito mais difícil contestar dados numéricos do que interpretações, visto que estas são conside-radas ‘subjetivas’.”(KNAUTH; MEINERZ, 2015, p. 2663)

Ou seja, espera-se que o re-torno da pesquisa seja através da militância do pesquisador e de sua atuação direta nas instân-cias que podem promover mudanças efetivas na situação pesquisada. É neste sentido que se inse-rem as inúmeras queixas acerca da falta de retor-no das pesquisas antropológicas e que, não raras vezes, resultam na indisposição dessas coletivida-des para colaboração em futuras investigações. (KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E., 2015, p. 2664)

Knauth e Meinerz (2015), o olhar antropológico produz um deslocamento ao questionar valores e conjecturas que coloca em provocação práticas que são comuns, seus resultados têm como objetivo apreender uma cultura que vai além do indivíduo pois é uma visão de mundo. Assim, o retorno dos resultados das pesquisas são importantes pois “o retorno dos resultados do estudo é não apenas um compromisso ético, mas também um posicionamento político.”(KNAUTH; MEINERZ, 2015, p. 2664)

As estratégias que permitem ampliar o im-pacto do estudo para além dos indivíduos que participaram diretamente do estudo parece ser uma boa alternativa para um retorno mais efeti-vo dos resultados, ou seja, para que estes achados possam de fato melhor para a vida das pessoas. [...] A mídia é outro recurso que não pode ser desprezado, seja pelo seu poder de ampliar quan-titativamente o número de pessoas que passa a ter conhecimento dos resultados do estudo.[...] E neste sentido é interessante a forma como o prestígio da mídia transfere credibilidade à pesquisa e aos próprios pesquisados. Produzir dentre os resul-tados da pesquisa materiais que possam servir de fonte para a mídia e também para as mídias so-ciais, pode ser, hoje, uma forma mais democráti-ca e abrangente de retorno desses dados que pode ser incorporada nas nossas estratégias de retorno dos dados.[...] Certamente, não existe uma única forma de devolução dos resultados da pesquisa, o funda-mental é que este deve ser um compromisso ético e moral de todos os estudos antropológicos. Os estudos antropológicos, sobretudo aqueles que envolvem grupos “vulneráveis”, têm um importante papel ético e político. Compartilhar experiências bem e mal sucedidas de retorno dos resultados de nossas pesquisas irá contribuir não apenas para aprofundarmos esta reflexão como também para despertar nos alunos e futuros antropólogos esta preocupação. (KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E., 2015, p. 2665)

Com o período de recesso festivos que a universidade estabelece, o retorno para o segundo bloco da capacitação ocorreu no dia 3 de fevereiro de 2022, não teve o envio de

referências bibliográficas para a leitura pois esse encontro tinha como objetivo de fazer uma roda de conversa online através de um link do google Meet para avaliar a primeira etapa da capacitação e discutir sobre os passos que viriam a seguir na pesquisa que eram a divulgação do projeto e o recrutamento das participantes para a realização das entrevistas.

O sétimo e oitavo encontros da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 10 e 17 de fevereiro de 2022 respectivamente, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esses encontros tinham como objetivo aprender, revisar e aprimorar o levantamento e análise em base de dados nos métodos de Revisão Integrativa e Bibliometria. Os encontros tinham como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Silva et al (2021), Mendes et al (2008) e Botelho et al (2011). O encontro do dia 10 de fevereiro ficou mais focado na explicação dos métodos e na discussão de uma atividade relacionada ao tema, a colaboradora Bárbara Oliveira também fez uma exposição sobre pesquisa em saúde materno-infantil. O encontro do dia 17 de fevereiro teve a continuidade da atividade e o treinamento de pesquisa em base de dados e nuvens de palavras e categorias temáticas.

Para Silva et al (2021), o estágio curricular supervisionado (ECS) é o que possibilita em colocar atuante no ambiente de trabalho o estudante e fazer com que ele desenvolva suas competências a frente de diversos cenários de assistência, fortalecendo assim sua identidade profissional e capacidade de tomada de decisão. É um fator importante pois faz com que o estudante coloque em prática seus conhecimentos que foram adquiridos ao longo da formação no seu curso. “Neste contexto, a preceptoria está vinculada aos profissionais dos serviços de saúde, que possuem a função de supervisão docente-assistencial, com o intuito de fazer a mediação e articulação dos conhecimentos teóricos às atividades práticas.”(SILVA et al, 2021, p. 89472)

Silva et al (2021), com o objetivo de avaliar as experiências nos processos de ensino, formação e atuação desses estudantes, os autores buscaram analisar, através de um estudo com o método bibliométrico, a produção científica sobre a preceptoria na contribuição do ECS para a formação do enfermeiro com um recorte de 2015-2020 com o objetivo de avaliar as publicações dos últimos cinco anos.

A bibliometria é uma ferramenta estatística utilizada para mapeamento e gerenciamento dos diferentes indicadores referentes à temática da pesquisa. Fornece um instrumento quantitativo o qual possibilita a organização e sistematização de informações científicas referentes ao assunto abordado demonstrando as publicações em dados numéricos (KLEIN *et al.*, 2015). (SILVA et al, 2021, p. 89473)

Silva et al (2021), utilizaram o método do estudo bibliométrico para que assim apresentasse os índices de produção e de disseminação do conhecimento científico. Através da coleta de dados a partir de formulário do google com 71 perguntas que foram elaboradas pelas autoras; as respostas foram tabuladas em uma planilha no Excel, que foi onde os dados foram analisados. Percebeu-se que a maioria dos estudos das produções analisadas utilizaram métodos qualitativos, com a predominância de estudo descritivo-exploratório com o nível de evidência VI, com desenho pesquisa com a predominância de pesquisa-ação e revisão sistemática integrativa. Esse estudo mostrou que há uma falta de produção e publicação de artigos brasileiros sobre a preceptoria na contribuição do ECS para a formação do enfermeiro e a predominância dos estudos que foram analisados correspondem aos estudos feitos nas universidades.

A importância da classificação de evidências é para proporcionar subsídios na avaliação crítica dos resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, na tomada de decisão sobre a incorporação das evidências à prática clínica. Portanto, o nível de evidência VI encontrado na maioria dos estudos analisados (77%) é considerado baixo, tendo em vista que as revisões sistemáticas como metanálises de ensaios clínicos randomizados controlados são o padrão ouro na pesquisa, estando no topo da pirâmide (GALVÃO, 2006). (SILVA et al, 2021, p. 89488)

Mendes et al (2008), destaca a revisão integrativa como um método de revisão de literatura na área da saúde, apresentando os seus conceitos e etapas para a elaboração de uma revisão integrativa assim como a sua aplicabilidade. Pois

no movimento da PBE⁷ há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, dentre estes se destacam a revisão sistemática e a revisão integrativa. (MENDES et al, 2008, p. 759)

Para Mendes et al (2008), a revisão sistemática é um método de pesquisa que é bastante presente na medicina baseada em evidências, além de ser um método que busca a exaustão dos estudos do tema que está sendo investigado e que permite que se tenha a incorporação das evidências na prática clínica. A revisão integrativa em literatura visa reunir e sintetizar os resultados das pesquisas de maneira sistemática e ordenada. As autoras buscam refletir sobre a utilização desse método na saúde.

Mendes et al (2008), coloca cinco etapas para a revisão integrativa em literatura, onde a primeira corresponde ao processo de identificação do tema de pesquisa que deve ser claro e específico e a construção de sua questão de pesquisa. A segunda etapa é que, após a escolha do tema de pesquisa, acontece a busca nas bases de dados para a identificação de estudos relacionados ao seu tema escolhido e que serão incluídos ou excluídos na revisão. “A seleção

⁷ Prática Baseada em Evidências (PBE).

dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão”(MENDES et al, 2008, p.761-762) pois é um indicador que vai atestar a confiabilidade e o poder de generalização na pesquisa.

Assim, Mendes et al (2008), colocam ainda que a terceira etapa corresponde pela definição das informações que vão ser extraídas dos estudos selecionados e a utilização de instrumentos para categorizar esses estudos. A quarta etapa corresponde à análise dos dados, ou seja, a avaliação dos estudos que serão incluídos no processo de revisão integrativa. Assim,

A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens, o revisor pode optar para a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. Tais abordagens apresentam vantagens e desvantagens, sendo a escolha da mais adequada uma tarefa árdua do revisor que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados. (MENDES et al, 2008, p. 762)

A quinta etapa é a interpretação e discussão dos principais resultados na pesquisa, comparando a partir dos conhecimentos teóricos relacionados e as possíveis conclusões ou implicações que terão como resultado. Pois é apenas a partir de uma ampla revisão que

é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (prática clínica). A identificação de lacunas permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. (MENDES et al, 2008, p. 762)

A sexta etapa corresponde à apresentação da revisão e a síntese do conhecimento, onde espera-se que a revisão integrativa deva ter a inclusão de informações suficientes que permitam que se tenha uma coerência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão e o detalhamento dos estudos que foram incluídos. Na elaboração do documento deve-se ter a descrição detalhada das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados que foram evidenciados na análise dos dados.

Em geral, a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão é o quanto nem todas as características e os resultados dos estudos foram relatados nas fases anteriores pelo revisor. A proposta da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável. [...] Dessa forma, acreditamos que a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Um indicador de qualificação da assistência é a utilização de resultados de pesquisa, por outro lado a instituição de saúde também é beneficiada pela otimização dos recursos humanos e materiais. (MENDES et al, 2008, p.763)

Para Botelho et al (2011), a revisão de literatura é um processo que demanda a elaboração de uma síntese que seja elencada em diferentes tópicos para que se consiga criar uma ampla compreensão sobre o conhecimento; pois é o primeiro processo para a construção

do conhecimento científico. E existem formas diferentes de realizar esse processo que vai desde técnicas tradicionais de revisão à técnica sistemática de revisão como a revisão integrativa.

Botelho et al (2011), coloca que a abordagem sistemática na revisão bibliográfica possui uma sequência de etapas que já são pré-definidas. As metodologias que utilizam a prática baseada em evidências para a revisão da literatura são: revisão narrativa e a revisão bibliográfica sistemática. A primeira é a análise da literatura, interpretação e a construção da análise crítica do pesquisador sobre o tema; já a segunda é uma revisão planejada com o objetivo de responder uma pergunta de pesquisa e que utiliza de métodos específicos e sistemáticos para identificar, avaliar e selecionar, coletar e analisar os dados que foram incluídos na revisão. A revisão bibliográfica sistemática possui quatro tipos, sendo eles: a revisão sistemática, a metanálise, a revisão qualitativa e a revisão integrativa.

Revisão sistemática é a aplicação de estratégias científicas que permitem limitar o viés de seleção de artigos, avaliá-los com espírito crítico e sintetizar todos os estudos relevantes em um tópico específico (PERISSÉ; GOMES; NOGUEIRA, 2001). [...] A meta-análise combina os resultados de vários estudos primários, empregando fórmulas estatísticas e melhorando, dessa forma, a objetividade e validade dos resultados da pesquisa (GLASS, 1976). [...] Na meta-análise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido num banco de dados quantitativo. [...] A revisão qualitativa sintetiza exclusivamente os estudos primários qualitativos, podendo diferir em abordagens e níveis de interpretação. Whitemore (2005) lembra que sintetizar as evidências sobre os múltiplos aspectos que incorporam a revisão qualitativa é um procedimento complexo, embora saliente que a metodologia possui um grande potencial para a criação de novos estudos. [...] Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. [...] O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método. [...] O método de revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, experimental e de pesquisa não experimental). (BOTELHO et al, 2011, p. 126-127).

O nono encontro da capacitação ocorreu numa quinta-feira do dia 24 de fevereiro de 2022, no horário das cinco às sete da noite, através de um link do Meet. Esse nono encontro tinha como objetivo introduzir análise e sistematização de dados qualitativos e foi apresentado pela professora Débora Allebrandt. Foram utilizados como referência bibliográfica básica para a discussão do tema os textos de Caetano (2021) e Victora et al (2000). Nesse encontro tivemos a apresentação e relato do processo de pesquisa de mestrado da Hellen Caetano e um exercício prático através do uso da plataforma de análise de dados qualitativos CATMA.

Caetano (2021), descreve os dados que recolheu durante os anos de pesquisa que teve como foco os artigos científicos de periódicos de saúde discutidos de diversas maneiras e que foram publicados por médicos/as brasileiros sobre o seu tema de pesquisa que é a Cannabis. Após a exclusão dos artigos que não encaixavam com a proposta da sua pesquisa, assim como aqueles que estavam em mais de um periódico, a autora obteve um total de 132 artigos para analisar, fazendo um recorte para entender os anos que eles foram publicados. A autora faz uma

problematização que os artigos que estavam nos periódicos da Capes e Pubmed tinham acesso restrito e por isso não conseguiu acessar todos.

Mesmo contando com a ajuda do acesso remoto, ainda assim não consegui acessar boa partes dos artigos no PubMed e Capes Periódicos. Para isso, fiz uso do serviço “Via Pesquisa” da Biblioteca Central da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), mandando os links dos artigos que não consegui ter acesso para que colaboradores da universidade pudessem me devolver o arquivo já baixado. (CAETANO, 2021, p. 48)

Caetano (2021), faz uma análise sobre a ideia de risco, assim como a construção desse risco para a medicina que é baseado na probabilidade de danos x magnitude das consequências. Pensando e mostrando os desdobramentos que surgem em como que a Cannabis é assumida e associada nos debates em relação ao seu uso. A sua análise dos artigos foi feita através de codagem de dados por autores para observar quais autores estavam presentes no debate, as áreas de especialidade dos pesquisadores e as instituições que estavam vinculados.

Dos 132 artigos recolhidos produzidos entre 2014-2019, apenas 13 foram escritos em língua portuguesa. Os outros 99 foram escritos majoritariamente em língua inglesa. Alguns dos periódicos de saúde brasileiros também são escritos em língua inglesa, como é o caso da Revista Brasileira de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). O foco dessas produções é que seus trabalhos circulem da melhor maneira em sua área de conhecimento, justificando o uso da língua inglesa neste quesito. (CAETANO, 2021, p. 47)

Para Victora et al (2000), o tratamento de dados é uma das características mais complexas da pesquisa qualitativa pois é de fundamental importância que os objetivos e o seu referencial teórico que fundamenta a pesquisa estejam claros pois são eles que irão nortear a análise dos dados. A autora também enfatiza a importância de uma revisão bibliográfica cuidadosa no início da pesquisa e apresenta dois exemplos de sistematização e interpretação de dados de pesquisa.

Victora et al (2000), a primeira pesquisa usa dados epidemiológicos sobre epidemia da Aids que mostravam que a doença estava se espalhando pelo Brasil e mundo e que afetavam principalmente os grupos sociais economicamente desfavorecidos. Para isso, o questionamento inicial sobre o tema foi importante para a construção de um objeto de estudo que atendesse o que estavam buscando entender com a pesquisa e a incidência de casos de Aids em uma determinada área de Porto Alegre. Para entender o universo de investigação e para fazer a investigação das questões que estão ligadas a esse universo de pesquisa, foi necessário investigar essas questões junto à população da área em estudo. Com a finalidade de apontar as especificidades do local de estudo, foi utilizado uma comparação entre os dados a respeito das práticas e representações da Aids e as formas de contaminação da doença que foram coletadas em outro estudo – que tinha abordagem temática e metodológica semelhante.

Foram feitas entrevistas com homens e mulheres que moravam no bairro há pelo menos três anos, seguindo um roteiro de entrevista etnográfica (REE) que já tinha sido testado anteriormente.

“roteiro permitia a sistematização dos dados considerando o discurso do informante a partir de focos temáticos, o que possibilitava que grandes bases de dados, como as obtidas em pesquisa de natureza qualitativa, pudessem ser analisadas a partir de temas específicos.”(VICTORA, 2000, p. 92).

Assim, para Victora et al (2000), as entrevistas da pesquisa tratavam os seus temas com abordagem profunda, em encontros cara a cara, seguindo os procedimentos que são característicos da metodologia etnográfica de pesquisa.

Victora et al (2000) evidencia que como a pesquisa tinha uma orientação etnográfica, foi priorizada a relação entre pesquisador e informante com o objetivo de obter dados com o maior nível de detalhamento e profundidade assim como acessar informações de ordens variadas “que vão desde o discurso do informante, a descrição de elementos da situação de entrevista até olhares, gestos e expressões.”(VICTORA, 2000, p. 92) Por meio da sistematização, através de respostas recorrentes na entrevista, é possível entender e interpretar o objeto de estudo.

A definição das pessoas a serem entrevistadas deu-se por meio do procedimento conhecido como *snowball*, em que cada pesquisador se inseriu numa rede de informantes a partir das sucessivas indicações dos entrevistados. Observou-se intencionalmente o procedimento de buscar contemplar a heterogeneidade da população estudada, construindo diversas *entradas* que dessem conta das diferenças entre redes de sociabilidade existentes. (VICTORA et al, 2000, p. 92, grifos do autor)

Victora et al (2000), coloca que a antropologia através de sua tradição etnográfica estuda as subjetividades, individualidade, do privado, assim

“em sua tradição etnográfica, esmiuça por vezes o *privado* dos *outros* (mesmo que não foi convidada) e tem algo concreto como procedimento de investigação a oferecer para o desvendamento deste *privado*.” (VICTORA, 2000, p. 103, grifo da autora)

Contudo, para Victora et al (2000), as limitações do método etnográfico, que nos proporciona e prioriza a qualidade do dado, é baseado no fato de que na antropologia não se trabalha com preocupações e representatividade no sentido estatístico.

A autora não tem como objetivo discutir as vantagens e limitações dos diferentes tipos de procedimentos de pesquisa, mas sim de propor uma metodologia que combine diferentes procedimentos com objetivo de especificidade. Assim, a proposta combinaria uma abordagem antropológica do objeto, como um procedimento etnográfico de pesquisa e, portanto, um material qualitativo com procedimentos estatísticos de análise. Fazendo assim uma descrição

das etapas com a utilização do procedimento de coleta, organização e manipulação dos dados. Assim,

análises tanto estatística (Análise Fatorial de Correspondência) quanto antropológica e ferramentas informatizadas que permitem a montagem de um banco de dados, gerenciamento e cruzamento destes dados. Trata-se, portanto, de um modelo de pesquisa preocupado com a interface entre dados qualitativos, sistematização dos dados, quantificação e análise em uma perspectiva que dê conta da sutileza dos mesmos. (VICTORA et al, 2000, p.105)

Esse período de capacitação que aconteceu de forma interdisciplinar foi importante para o aprendizado acerca dos temas essenciais para o andamento da pesquisa. Já que nos encontros aconteciam as discussões sobre o tema proposto e as possíveis relações e cuidado com o que queríamos para a nossa pesquisa.

2.2 Levantamento de dados bibliográficos

Em 25 de novembro de 2021 a equipe do eixo de Parto e atendimento neonatal, coordenado pela professora Débora Allebrandt e na qual faço parte neste projeto de pesquisa, nos reunimos via plataforma Meet para discutirmos sobre a metodologia e os procedimentos que seriam feitos para a busca e, posteriormente, a sistematização e análise desses dados bibliográficos. Estavam presentes na reunião todo o grupo do eixo de Parto e atendimento neonatal e também o eixo de Assistência ao puerpério, já que ambos são coordenados pela professora Débora.

Nessa reunião foi abordado sobre os planos e objetivos do ciclo Pibic que estava se iniciando. Com o objetivo de fazer a construção de um banco de dados do que está sendo produzido relacionados à saúde materno-infantil a partir do recorte da implementação da Rede Cegonha. Para isso, foi criada uma pasta no grupo do eixo de pesquisa na plataforma Teams para a criação de palavras-chaves relacionadas ao tema para o posterior levantamento nos repositórios.

Assim, foi incentivado a busca nos sites das universidades, programas de cursos de especialização, Scielo, Capes, google acadêmico, periódicos e anotar as produções que foram encontradas sobre educação permanente na assistência ao parto e ao puerpério para pensar a construção das palavras-chaves que seriam utilizadas na pesquisa dos repositórios. Essas palavras-chaves sugeridas deveriam ser colocadas na equipe criada na plataforma do Microsoft Teams até o dia 03 de dezembro de 2021 para definir as palavras-chaves e assim no período de 06 a 10 de dezembro fazermos a busca nos periódicos.

O levantamento de dados bibliográficos ficou distribuído com uma plataforma para cada estudante fazer a busca pelos dados bibliográficos. Assim, Kemilly ficou com a busca na plataforma Scielo, Vivyan ficou com a busca nos repositórios institucionais das universidades alagoanas como UFAL, UNIT e Cesmac, Gabriela ficou com a busca no repositório da Capes, Marielle ficou com a busca na plataforma Pubmed e a professora Débora ficou com a busca na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS).

Inicialmente o recorte de pesquisa utilizado para as buscas desses trabalhos nas plataformas era a partir do ano de 2011, que é a criação e implementação da Rede Cegonha, mas devido ao número grande de resultados obtidos, onde só na plataforma Capes, por exemplo, o número de produções encontradas foram um total de 5849, optamos por restringir para as

produções dos últimos cinco anos, ou seja, os trabalhos publicados de 2016 a 2021. Os artigos obtidos nas buscas das plataformas e repositórios foram colocados numa planilha no Microsoft Excel, na equipe do grupo de pesquisa no Teams, onde cada uma ficou em uma aba diferente para que fosse colocado as produções de cada plataforma.

Assim após a incorporação das sugestões feitas pelas estudantes, as palavras-chaves utilizadas e agrupadas para a busca nas plataformas foram: “Assistência ao parto”, “Parto”, “Nascimento”, “Humanização do parto”, “Humanização do nascimento”, “Saúde materno-infantil”, “Atendimento materno-infantil”, “Puerpério”, “Assistência ao Puerpério”, “Experiência de puérperas”, “Experiências Pós-parto”, “Assistência neonatal”, “Atendimento neonatal”, “Cuidado perinatal”, “Violência obstétrica”, “Interseccionalidade e maternidade” e “Racismo obstétrico”. Algumas das palavras-chaves são variações de parto e assistência ao parto para conseguirmos abranger o maior número e as diferentes formas de referenciar e/ou nomear essas categorias.

Para a busca das palavras-chave, foi criado uma tabela na plataforma Teams para a colocação desses resultados para obtermos, sendo assim: a palavra-chave utilizada, em qual plataforma foi pesquisada, o número de produções que foram encontradas, o número de produções pós recorte dos últimos cinco anos e produções solicitadas para via pesquisa ou seja para solicitar os arquivos em pdf que tivessem com o acesso bloqueado.

Apesar da restrição da procura dos dados entre os anos de 2016 a 2021, os resultados obtidos por cada bloco de palavras-chave procuradas nas plataformas e repositórios obtiveram um número grande de resultados de trabalhos. Portanto, a partir de algumas reuniões que ocorreram entre a equipe dos eixos de Parto e atendimento neonatal e Assistência ao puerpério com a professora Débora sobre o total de produções obtidas nas plataformas nesse período dos últimos cinco anos, optamos por restringir a análise e sistematização dos dados à plataforma Scielo.

Com a restrição apenas aos dados bibliográficos da plataforma Scielo, foi obtido um total de 408 produções científicas (artigos, teses, dissertações) mas após o filtro ser aplicado com produções dos últimos cinco anos e a exclusão de estudos que não abordassem sobre parto, nascimento, puerpério e a saúde da mulher; foram incluídos na análise 248 artigos em português, inglês e espanhol relacionados à saúde materno-infantil. Verificar a tabela abaixo

para melhor entender a disposição dos blocos de palavras-chave utilizados na pesquisa na plataforma de dados Scielo.

Descritores	Base de dados	Total	Incluídos
Assistência ao parto/ "parto" / "nascimento"	Scielo	117	53
Violência obstétrica	Scielo	87	51
Assistência neonatal e Atendimento neonatal	Scielo	17	8
Cuidado perinatal	Scielo	56	37
Humanização do parto e Humanização do nascimento	Scielo	41	32
Experiência de puérperas	Scielo	32	27
Assistência ao puerpério e "Puerpério"	Scielo	34	24
Saúde materno-infantil e Atendimento materno-infantil	Scielo	16	10
Experiências Pós-parto	Scielo	4	4
Interseccionalidade e maternidade	Scielo	2	1
Racismo obstétrico	Scielo	2	1
Total		408	248

**Fonte: Kemilly Jacinto, colaboradora ciclo Pibic 2021-2022.*

Esses 248 artigos foram colocados na equipe do grupo de pesquisa dos eixos coordenados pela professora Débora na plataforma Teams, numa tabela do Excel com as informações sobre autor/a, título do trabalho, ano que foi publicado, resumo, palavras-chave que foi utilizado para sua busca na plataforma Scielo e o link do artigo na plataforma. Desse total de artigos, foram divididos de maneira aleatória para as quatro estudantes colaboradoras dos eixos de Parto e atendimento neonatal e Assistência ao puerpério para a análise e categorização, onde cada uma ficou com 62 artigos para serem analisados na plataforma de análise de dados qualitativos.

Assim, apesar da estimativa inicial de finalização do levantamento bibliográfico ter sido ainda para o final de 2021, devido a essas intercorrências na busca, o levantamento dos dados bibliográficos foi finalizado apenas em março de 2022. E em seguida foi iniciado a análise desses dados através do software CATMA.

O software CATMA foi a opção mais viável para a análise desses dados qualitativos por ser uma plataforma online e gratuita, pois para a sua utilização era necessário apenas o login com e-mail e a criação de uma equipe para a utilização conjunta dos membros da equipe no manuseio da análise dos dados. Já que para a utilização do software Nvivo⁸, por exemplo, é pago e o valor da licença para utilizá-lo é bastante alto para ser instalado em cada computador para ser utilizado pela equipe e não tínhamos o investimento destinado para sua utilização, tampouco equipamentos de uso pessoal compatíveis com as necessidades do programa.

Apesar de ter essa facilidade no acesso dessa plataforma de análise de dados, obtivemos algumas dificuldades iniciais para o entendimento do uso da plataforma. E para solucionar isso, a professora Débora gravou um vídeo e disponibilizou para a equipe ensinando o passo a passo do uso da plataforma e como iniciar a categorização desses dados.

A criação da equipe do projeto, que ficou intitulado ‘Pibic 2022’, na plataforma CATMA, foi feita pela professora Débora que ficou como proprietária da equipe e adicionou as quatro colaboradoras Pibic como assistentes para o manuseio na plataforma. Na equipe do projeto tinham dois recursos, um onde ficava os documentos baixados e o outro onde ficava as tagsets criadas por nós durante o processo de análise dos dados bibliográficos.

Foi feita uma pasta no grupo da equipe na plataforma Teams para que cada colaboradora Pibic fizesse o upload dos artigos para que a professora Débora os colocasse na equipe criada na plataforma CATMA. A partir da tabela com os arquivos da plataforma Scielo que seriam analisados, fizemos uma pasta com o nome de cada integrante no Teams e foi colocado todos os seus respectivos artigos que já tinham sido divididos anteriormente de forma aleatória. E, para uma melhor identificação desses arquivos no CATMA, já que eles iriam ficar todos na mesma equipe para a categorização, foram numerados de 001 a 252.

⁸ O valor da licença para acesso ao software Nvivo varia entre 499 a 2038 dólares. Disponível em: <<https://lumivero.com/products/nvivo/>>. Acesso em: setembro de 2023.

Com o objetivo de tirarmos dúvidas e ficarmos sempre o mais conectadas possível nesse processo de análise no CATMA, foram feitas algumas reuniões online entre as colaboradoras dos eixos para conversarmos e tentarmos resolver possíveis dúvidas que surgiam e explicarmos umas às outras sobre o funcionamento na plataforma ou até mesmo formular perguntas sobre o que não conseguimos resolver entre nós e que iríamos fazer para a professora Débora.

Assim, na categorização desses artigos na plataforma CATMA são criados tópicos gerais e dentro desses tópicos os subtópicos que estão relacionados ao tópico principal, formando uma espécie de ramificações conectadas a tópicos específicos. Exemplificando a partir de como se encontra no software CATMA, seria: as Tagsets ou categorias são os tópicos principais de categorização, as tags são os subtópicos e as subtags são os tópicos que podem diferenciar ou acrescentar alguma especificidade a essas tags.

Essas tags são diferenciadas por cores para que ao analisar o texto fique fácil de perceber como essas categorias serão encontradas e identificadas neles. E a partir disso vai se formando uma árvore de categorias de análise que seria o “corpo” da sistematização. Esses foram as tagsets que criamos para a análise e sistematização dos dados obtidos no Scielo.

Tagsets	Tags	Subtags
Políticas de Saúde	1- Educação interprofissional 2- Educação permanente 3- Manual para acompanhantes 4- Plano de parto	1.1- Potencialidades 1.2- Desafios 2.1- Potencialidades 2.2- Desafios
População chave	1- Acompanhantes 2- Gestantes 3- Mulheres 4- Neonatos/as 5- Parturientes 6- Profissionais 7- Puérperas	
Assistência pós-parto	1- Aleitamento 2- Assistência ao parto 3- Assistência neonatal 4- Continuidade no cuidado 5- Desafios da maternidade 6- Estado emocional 7- Puerpério 8- Sexualidade 9- DPP	3.1- Novidades da área
Violência obstétrica	1- Abusos físicos, psi e verbais 2- Ausência da gestão, desinformação 3- Enfrentamento/estratégias 4- Falta de autonomia da mulher 5- Falta de suporte	

	6- Gestantes 7- Inferiorização da mulher 8- Medicalização do parto 9- Modelo intervencionista 10- Mães 11- Neonatos/as 12- Parturientes 13- Racismo obstétrico	
Região/Local	1- Centro-oeste 2- Mídias sociais 3- Nordeste 4- Sudeste 5- Sul	
Desigualdades	1- Condições socioeconômicas e políticas	
Atendimento ao parto	1- Fatores de risco 2- Práticas humanizadas de assistência 3- Alívio da dor 4- Atendimento fisioterapêutico 5- Autonomia da mulher 6- Direito ao acompanhante 7- Experiências anteriores 8- Intervenções	2.1- Doulagem
Métodos de pesquisa	1- Abordagem teórica-metodológica 2- Amostra 3- Pesquisa exploratória 4- Pesquisa multicêntrica 5- Pesquisa qualitativa 6- Pesquisa quantitativa 7- Transversal	
Áreas de conhecimento	1- Desafios da maternidade 2- Eixo amamentação e nutrição 3- Estudos pós-pandemia 4- Profissionais abordados/as 5- Área de estudo do artigo	
Interseccionalidade	1- Desafios 2- Gênero 3- Potencialidades	

**Fonte: Colaboradoras Pibic ciclo 2021-2022 dos eixos de Parto e atendimento neonatal e Assistência ao puerpério. Agosto de 2022.*

Com os arquivos do Scielo baixados pelas colaboradoras na equipe da plataforma Teams e colocados na equipe do CATMA pela professora Débora, se iniciou o processo de análise desses artigos. Primeiro tivemos uma confusão na numeração dos artigos mas após ser identificado a ordem para não ter repetições, eles ficaram numerados de 001 a 248 pois quatro artigos foram excluídos por estarem repetidos.

Para a utilização da plataforma para a categorização, como os artigos foram numerados por nós, já sabíamos a ordem que encontrava os nossos artigos para a análise. Mas como a quantidade de arquivos era grande, ao entrar na equipe do CATMA tinha uma certa demora para carregar a página. Durante o processo de codificação, a partir da leitura dos artigos se foi criando as tagsets e as tags identificadas nos textos analisados.

Após cada utilização da plataforma, era necessário que fizéssemos uma sincronização para que o que tivéssemos feito fosse atualizado e a próxima pessoa que fosse fazer a análise estivesse com a versão atualizada das tags que tivessem sido criadas durante o processo. A partir disso, tiveram algumas vezes que quando alguma colaboradora entrava para fazer a categorização alguns arquivos simplesmente tinham sumido da equipe, e com isso nós informávamos e a professora Débora tinha que fazer o upload novamente na plataforma.

Durante esse processo de fazer a análise e codagem dos artigos na plataforma CATMA, fazer a sincronização do que se tinha feito e ao entrar novamente na equipe os arquivos terem sumido assim como todo o processo de análise que tinha sido feito, foi bastante desgastante. E apesar das diversas tentativas nesse processo de análise, os documentos sempre acabavam sendo perdidos parcialmente e até totalmente na plataforma. Isso impossibilitou a finalização da categorização e construção dessa base de dados para entendermos o perfil das produções feitas nos últimos cinco anos sobre saúde materno-infantil.

O CATMA foi uma alternativa possível para ser utilizada no projeto por ser uma plataforma gratuita e de fácil acesso para a realização da sistematização dos dados, pois poderia ser feita da nossa casa em nossos computadores através do site⁹, já que não tínhamos a possibilidade de acesso ao laboratório pois a universidade estava com apenas algumas atividades presenciais, ainda estávamos no período de volta gradual das atividades pós pandemia da covid-19. Além disso, a universidade não possui licença para softwares de análise qualitativa de dados. Portanto, devido a esses problemas que tivemos na plataforma, acabou deletando algumas vezes os dados da análise e impossibilitou a finalização da categorização desses dados.

⁹ Site: <https://app.catma.de/catma/>. Acesso em: setembro de 2023.

2.3 Processo de entrevistas (recrutamento e aplicação das entrevistas)

Em setembro de 2021 foi publicado um post no instagram do grupo de pesquisa Mandacaru, informando o nome do projeto “Desafios e estratégias de educação permanente em saúde materno-infantil em Alagoas”, para a seleção de dez vagas para pesquisadoras voluntárias para em específico profissionais das áreas de enfermagem, ciências sociais, comunicação, psicologia, medicina e nutrição. O formulário de inscrição foi através de um link do google forms que estava indicado no anúncio e o período de inscrição para essas vagas foi de 24 de setembro a 04 de outubro de 2021.

No anúncio informava o foco do projeto, os cinco eixos de pesquisa que seriam trabalhados e nos quais eram ofertadas duas vagas para cada eixo. Seriam selecionadas pesquisadoras com formação na área de enfermagem, psicologia, comunicação, serviço social, nutrição e outras áreas comuns, que a inscrita tivesse interesse com o tema e os métodos definidos no resumo do formulário e que tivesse habilidade com o uso de tecnologias e redes sociais além de ter uma disponibilidade de 8 horas semanais para a fase de diagnósticos e mapeamento dos dados. O vínculo com o projeto seria de um ano e garantiria o certificado para todas as colaboradoras voluntárias.

Para a divulgação do projeto para o recrutamento também foi feito um vídeo de curta duração. A partir da disponibilidade e conhecimento com as ferramentas de edição para a criação do vídeo, foi criada uma equipe para pensar e analisar a melhor maneira de estruturar o vídeo. Assim, a Rayanne e Débora Brandão fizeram a edição e produção do vídeo. O vídeo foi divulgado nos grupos de WhatsApp como forma de deixar mais dinâmica e acessível o recrutamento dessas profissionais de saúde.

A seleção das pesquisadoras voluntárias foi importante pois por atuarem profissionalmente nos setores da área de saúde materno-infantil foram fundamentais na busca e recrutamento dessas profissionais para as entrevistas, sendo a Melissa - uma das colaboradoras voluntárias do eixo de Parto e atendimento neonatal - uma das mais ativas nesse processo de recrutar e realizar as entrevistas do eixo.

A partir dos conhecimentos e discussões adquiridos no primeiro bloco da capacitação sobre ética na pesquisa, educação permanente e interprofissionalidade, no segundo bloco da capacitação a primeira reunião com todo o grupo ficou voltada para conversar e avaliar a primeira etapa da formação e refletir sobre o processo de divulgação e recrutamento de

participantes para a continuidade do projeto. Nesse encontro, que aconteceu na primeira semana de fevereiro de 2022, todas as colaboradoras do projeto geral avaliamos a possibilidade de como chegar de maneira mais fácil as profissionais de saúde para a execução das entrevistas.

Primeiro foi feito um questionário do google forms com todas as perguntas necessárias para preenchimento do perfil da profissional de saúde que estava interessada em contribuir com a pesquisa. Mas em uma das reuniões foi discutido que o preenchimento de um grande questionário que levaria muitos minutos do dia talvez impedisse que aquelas profissionais fizessem seu cadastro.

Então, como forma de facilitar esse cadastro de interesse, diminuimos a quantidade de perguntas obrigatórias do questionário google forms com o intuito de saber só as informações necessárias para o primeiro contato para a entrevista como: nome, nome social, codinome para a pesquisa, telefone e e-mail para contato, o município que a profissional trabalha de acordo com a região sanitária, o eixo de pesquisa que desejava contribuir e um acesso para a leitura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e se concordava com o termo.

E o questionário com todas as informações detalhadas e necessárias da profissional de saúde para posteriormente conseguirmos analisar e traçar o perfil dessa profissional, foram reservadas para serem respondidas no final de cada entrevista, como forma dinâmica de pergunta e resposta entre a dupla entrevistadora e a profissional de saúde entrevistada.

Após o recrutamento, quando responderam o formulário com as informações básicas necessárias, os dados das pessoas que se interessaram em participar das entrevistas foram colocados numa planilha do excel com o nome, contato e eixo de pesquisa que desejava contribuir e as pesquisadoras que estariam responsáveis por entrar em contato com a profissional de saúde para agendar um dia e horário para a realização da entrevista.

Em uma outra tabela do excel ficavam todas as perguntas do formulário do google forms completo com questões e informações para serem preenchidas no final das entrevistas como: data de nascimento, gênero, cor/raça, orientação sexual, se possui alguma deficiência, estado civil, se tem filhas(os) e a idade dele(s), renda mensal familiar, se tem alguma religião ou fé, o município de moradia, o município que trabalha de acordo com a região sanitária; qual a área de formação e o ano de conclusão da formação; em qual serviço de saúde trabalha, quanto tempo está nele e o tipo de vínculo laboral; qual a carga horária de trabalho semanal e a sua atuação; há quanto tempo atua na saúde materno-infantil; quais políticas públicas do SUS utiliza

no exercício profissional; se conhece a Rede Cegonha, como ela contribui na sua prática profissional e quais dispositivos você utiliza no seu trabalho; se mulheres lésbicas, homens trans e pessoas não binárias gestantes ou puérperas são atendidas no serviço de saúde e como se dá a assistência a essas pessoas no serviço; que outras áreas profissionais, além da sua, compõem sua equipe de trabalho e se você considera que sua equipe tem uma atuação interprofissional; se há alguma parceria no serviço que você trabalha com as instituições de ensino e quais; você acompanha estudantes residentes no serviço, de qual formação profissional elas são, quantos meses você as acompanha e quais são os principais desafios para sua prática de acompanhamento dessas estudantes.

O processo de elaboração do roteiro para a realização das entrevistas semi-estruturadas foi discutido primeiramente nos encontros da capacitação, a partir desse entendimento sobre como se dá a prática da entrevista e a ética na pesquisa. Assim, o processo de criação dos roteiros que seriam utilizados nas entrevistas teve início em um dos encontros do processo de capacitação do grupo geral, onde foi passado como forma de atividade em duplas, para que sugerissem os tópicos que não poderiam deixar de ser abordados nas entrevistas. Isso a partir dos textos já lidos, analisados e discutidos durante os encontros da capacitação. Essas sugestões foram discutidas pelas duplas e enviadas via e-mail para as coordenadoras dos eixos as sugestões e a partir disso, foram incorporadas aos roteiros pela professora Débora Allebrandt e por Débora Brandão.

A entrevista teste foi realizada com o objetivo de verificar os pontos positivos ou negativos do roteiro, se seria necessário acrescentar ou retirar alguma questão, assim como o tempo de duração da entrevista. A entrevista teste realizada pelos eixos coordenados pela professora Débora Allebrandt teve como entrevistadoras as colaboradoras Pibic Vivyan e Marielle e ocorreu no dia 06 de maio de 2022 através da plataforma do Meet com uma profissional de saúde atuante na área de saúde materno-infantil e nela foi utilizado o roteiro do eixo de Assistência ao puerpério.

Em 14 de maio de 2022, foi publicado no instagram do grupo de pesquisa Mandacaru um post para divulgar o processo de interesse para o recrutamento para a realização das entrevistas dos cinco eixos. Contendo nele o nome do projeto de pesquisa, informando que quem poderia participar seriam as trabalhadoras de diferentes níveis de assistência ou seja da atenção básica às maternidades, que estivessem atuando na rede pública de atenção à saúde

materno-infantil nas áreas de pré-natal, atenção ao parto, nascimento e puerpério, decisões reprodutivas e atenção pediátrica para assim abranger os cinco eixos de estudo da pesquisa.

Estava informado no post que o processo para demonstrar interesse para participar da entrevista seria através de um formulário do google forms que estava linkado no instagram do grupo de pesquisa ou que poderia ser enviado um e-mail para o grupo de pesquisa. O encontro para a entrevista seria online, em dias e horários combinados previamente com a entrevistada, no período de maio a julho de 2022. Com o intuito de entender os desafios da atuação diária das profissionais de saúde, a partir das suas experiências profissionais, para a realização de uma prática interprofissional e humanizada na saúde materno-infantil.

A maior dificuldade tanto para o recrutamento dessas profissionais quanto para a execução da entrevista foi conseguir alcançá-las. Por isso que para o recrutamento o objetivo foi de fazer formas diferentes de divulgação, como o vídeo que foi divulgado nas redes e via grupos do WhatsApp, para justamente tentar alcançar o maior número possível dessas profissionais atuantes na área de saúde materno-infantil. E para a realização das entrevistas, um dos grandes desafios foi conseguir o retorno do contato das profissionais que mostraram interesse na pesquisa preenchendo o formulário, assim como conseguir agendar um horário possível para a realização das entrevistas. Várias entrevistas precisaram ser reagendadas algumas vezes e outras não conseguimos realizar por falta desse retorno por parte dessas profissionais.

As entrevistas foram feitas virtualmente. Como a disponibilidade de uso da plataforma do Google com o acesso gratuito a todas as ferramentas que a plataforma oferece só ficou disponível até dezembro de 2021, que foi quando se encerrou esse acesso gratuito aos e-mails institucionais da UFAL devido a finalização do contrato da instituição com o Google. Então, apesar do Meet ser a plataforma mais acessível e conhecida para a utilização de chamadas de vídeo, que foi o método que foi feito nas entrevistas, nós não tínhamos mais acesso à opção de gravar já que não existia mais o vínculo da universidade com a plataforma do Google.

O uso da plataforma do Microsoft Teams, única plataforma institucional disponível para gravação e para a realização das entrevistas, gerou uma certa dificuldade para o acesso à plataforma por muitas participantes da pesquisa pois o Teams é uma plataforma que é mais pesada, tanto no seu acesso no navegador browser como quando usado pelo celular, e às vezes

era necessário o download do aplicativo e muita gente não conseguia e se perdia um certo tempo nesse processo de ensinar e conseguir o acesso ao aplicativo.

Apesar dessas dificuldades, a plataforma Teams foi importante nesse processo de gravação das entrevistas, pois por ser a plataforma vinculada aos e-mails institucionais da UFAL, foi possível fazer uso da gravação e acessar outras funções que seriam limitadas ao uso básico para as usuárias que não possuem assinatura com a plataforma, como por exemplo a disponibilidade de gerar uma pré-transcrição a partir dos vídeos das entrevistas.

Um dos objetivos dessa pesquisa geral é construir um mapeamento que vai possibilitar a elaboração, em ciclos Pibic posteriores, de um podcast sobre estratégias em educação permanente para profissionais atuantes na saúde materno-infantil. Assim, o objetivo é, a partir dos cinco eixos de pesquisa, realizar pelo menos 12 entrevistas em cada eixo.

Na tabela inicial do recrutamento das participantes a partir das respostas do formulário reduzido, tinham um total de 35 profissionais de saúde que se inscreveram no formulário do google forms com interesse de contribuir para a pesquisa através da entrevista. Desse total, 7 profissionais que não conseguimos entrar em contato, 15 profissionais de saúde com interesse no eixo de Parto e atendimento neonatal, 4 profissionais de saúde com interesse no eixo de Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica, 2 profissionais de saúde com interesse no eixo de Assistência ao puerpério e 6 profissionais de saúde com interesse no eixo de Gestação e acompanhamento pré-natal. O eixo de Decisões Reprodutivas não foi selecionado por nenhuma das profissionais de saúde que preencheram o formulário e por isso não obteve nenhuma entrevista.

Desse total, no eixo de Assistência ao puerpério foi realizada apenas 1 entrevista. No eixo de Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica, uma entrevistada que ficamos responsáveis por entrar em contato para marcar a entrevista acabou não conseguindo participar no horário que ela tinha marcado e depois teve a tentativa de agendar um outro dia, mas sem sucesso. E apesar do eixo de amamentação nos informar que realizaram as 12 entrevistas, no nosso grupo geral da pesquisa na plataforma Teams nós só tivemos acesso a 6 entrevistas do eixo.

No eixo de Gestação e acompanhamento pré-natal foram realizadas 4 entrevistas a partir desse recrutamento inicial e as outras duas não foram realizadas por cancelamento. Contemplando já as entrevistas que foram realizadas pelo eixo no ciclo Pibic 2022-2023 na

continuidade do projeto, o eixo de Gestação fez duas entrevistas no final de 2022, uma em setembro e outra em dezembro. E completaram o objetivo do total de 12 entrevistas com a realização de mais 6 entrevistas entre os meses de janeiro a agosto de 2023.

No eixo de Parto e atendimento neonatal foram realizadas 9 entrevistas e as outras 7 entrevistas desse recrutamento inicial não foram realizadas. O motivo dessas entrevistas não terem sido realizadas foram ou porque a profissional cancelou ou, apesar de termos tentado contato tanto por alguma colaboradora Pibic ou voluntária quanto pela professora Débora Allebrandt, não obtivemos respostas. Mas com o objetivo de contemplar as 12 entrevistas por eixo, algumas entrevistas do eixo de Parto e atendimento neonatal estão sendo realizadas no ciclo Pibic 2023-2024, com o agendamento para o mês de setembro de 2023.

Apesar do breve panorama que apresento nesse capítulo do resultado da quantidade de entrevistas realizadas pelos outros eixos da pesquisa geral, referente ao eixo de Parto e atendimento neonatal que foi o qual meu plano de trabalho fez parte durante o ciclo PIBIC 2021-2022, mostro na tabela abaixo as entrevistas que foram realizadas durante 2022 pelo eixo e a área de atuação das trabalhadoras de saúde que conseguimos alcançar para essas entrevistas pontuando o local de atuação. Os nomes das entrevistadas que se encontram na tabela são fictícios e nessas entrevistas, o eixo de Parto e atendimento neonatal conseguiu abranger as regiões administrativas 1 e 7.

Profissão e local de atuação das entrevistadas - eixo Parto e Atendimento Neonatal		
Entrevistadas (codinome para a pesquisa)	Profissão	Local de atuação
Dressa	Fisioterapeuta	Hospital da Mulher
Elis	Enfermeira obstétrica	Maternidade Escola Santa Mônica
Manu	Fisioterapeuta	Hospital da Mulher
Flor	Enfermeira obstétrica	Atendimento autônomo em domicílio/ atendimento em consultório
Kate	Enfermeira obstétrica	Hospital da Mulher
Leo	Enfermeiro obstétrico	Maternidade pública em São Sebastião/ atende os povoados de Igreja Nova e de Colégio
Roberta	Enfermeira obstétrica	Maternidade Escola Santa Mônica
Ana	Enfermeira obstétrica	Casa Maternal Nossa Senhora da Penha em São Sebastião/AL
Comigo Ninguém Pode	Doula	Hospital da Mulher

Profissão e local de atuação das entrevistadas - eixo Assistência ao puerpério		
Lírio	Psicóloga	Hospital Universitário

**Fonte: Vivyan Amorim, a partir dos dados da pesquisa PIBIC Ciclo 2021-2022.*

Para além das respostas do formulário desse recrutamento inicial com o google forms, outras entrevistas foram realizadas a partir da junção das outras formas de recrutamento. O recrutamento para essas entrevistas ocorreu por divulgação através do contato informal e/ou em grupos do WhatsApp das voluntárias da equipe com o envio do vídeo de recrutamento que informava um pouco sobre a pesquisa com outras profissionais da área de saúde materno-infantil e que posteriormente foi preenchido o formulário.

2.4 Transcrição das entrevistas

O meu processo de transcrição de entrevistas foi um pouco pessoal, o que tornou em alguns momentos um processo/dinamismo um pouco difícil. Foi difícil porque ouvir - e em algumas reouvir - os relatos nas entrevistas para conseguir os transcrever, principalmente em alguns eixos específicos como o eixo de Assistência ao puerpério e o eixo de Parto e atendimento neonatal, que me fez entrar em contato com assuntos que ainda é sensível, por ouvir histórias que colocam em evidência a importância de uma prática que deve estar alinhada com procedimentos que são pertinentes e comprovados a partir de evidências científicas e não mais com técnicas que colocam em risco a saúde do binômio mãe-bebê.

A primeira vez que tive contato oficialmente com algo relacionado à saúde materno-infantil foi quando ainda era uma criança. Minha mãe estava grávida da minha irmã, uma gravidez que demandava alguns cuidados pois ela já tinha tido um aborto espontâneo uns anos antes. O nascimento da minha irmã foi em dezembro de 2008, quando minha mãe estava com 25 semanas de gestação e se iniciou a partir de um deslocamento de placenta enquanto minha mãe estava sentada conversando com sua amiga e sentiu algumas dores seguida de um sangramento. Uma cesárea de emergência salvou a vida da minha irmã e da minha mãe, e os três meses que se seguiram a esse dia, me colocou em contato com o “universo” da UTI Neonatal. Como eu era uma criança, não podia entrar na sala da UTI Neonatal, o máximo de proximidade que tive com minha irmã - e com tantos outros bebês e suas histórias durante esses meses que ali também estavam - foi através do vidro de acesso a UTI Neonatal no hospital.

Tendo esse processo de relatos e experiências com as histórias de assistência e parto na saúde materno-infantil como bagagem, o processo de transcrição das entrevistas começou pra mim de maneira mais cautelosa. Assim, o processo de transcrição das entrevistas ocorreu entre os meses de março a maio de 2023, nas quais foram transcritas 11 entrevistas dos 3 eixos, sendo eles: 1 entrevista do eixo Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica; 1 entrevista do eixo Assistência ao puerpério e 9 entrevistas do eixo de Parto e atendimento neonatal. No processo de recrutamento, o eixo de Decisões Reprodutivas não foi selecionado por nenhuma das profissionais de saúde que foram recrutadas e por isso não obtive nenhuma entrevista. E o eixo de Gestação e acompanhamento pré-natal obtiveram 12 entrevistas, mas o processo de transcrição delas foi feito pela equipe da professora Telma Low Silva Junqueira.

As entrevistas tinham em média 1 hora e meia de duração, elas ocorriam em sua maioria em dupla junto com a profissional de saúde e via plataforma do Microsoft Teams, por ter a possibilidade de gravar a entrevista na própria plataforma. Todas as entrevistas foram gravadas

com a autorização da entrevistada, tanto formalizada na assinatura do TCLE quanto reafirmada antes do início de cada entrevista.

Durante esse processo que antecedeu a transcrição de fato das entrevistas, tive algumas reuniões com a professora Débora Allebrandt para entender como a plataforma do Microsoft Teams funcionava no processo de armazenagem das entrevistas, que foram realizadas na equipe do grupo de pesquisa nas quais tinham sido agendadas para serem realizadas e onde foram gravadas. Em uma dessas reuniões, verificamos a possibilidade de gerar e baixar a descrição automática da entrevista pela plataforma para facilitar o processo de transcrição mas apesar disso, durante o processo de fato da transcrição das entrevistas, foi necessário ouvir cada entrevista novamente para ajustar e preencher as lacunas que a legenda automática da plataforma não é capaz de fazer.

Para o processo de transcrição ficar mais dinâmico, as entrevistas que estavam todas na plataforma Teams, foram baixadas e separadas em pastas de acordo com cada eixo de trabalho no google drive e compartilhada com a professora Débora Allebrandt e com a Yrla que também é colaboradora do projeto.

A transcrição das 11 entrevistas foram feitas por mim e Yrla e cada uma ficou responsável pela metade das entrevistas. Nós também fizemos a transcrição de algumas entrevistas do eixo de Gestação e acompanhamento pré-natal, mas a professora Débora logo nos orientou que a professora Telma e sua equipe que iriam dar continuidade às transcrições do eixo.

As entrevistas que são gravadas na plataforma do Microsoft Teams têm um prazo de validade de expiração de alguns dias da gravação da entrevista e nesse processo de modificação para desabilitar essa função para que as entrevistas continuassem disponíveis na equipe do projeto e que o link não expirasse, acabamos perdendo a gravação em vídeo de uma das entrevistas do eixo de Parto e atendimento neonatal. Então, apesar de termos feito nove entrevistas nesse eixo, só temos a gravação em vídeo de oito entrevistas. Porém, a entrevista que perdemos o vídeo da gravação, conseguimos recuperar o áudio da mesma, o que possibilitou a execução da sua transcrição.

Para o processo de gerar e baixar cada entrevista na plataforma Teams para a transcrição, assim como dividir e organizar as entrevistas como também para compartilhar como estava sendo todo o processo de transcrição, eu e Yrla nos reunimos algumas vezes no laboratório do Instituto de Ciências Sociais.

As transcrições das entrevistas ficaram divididas em: o eixo de Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica pela Yrla, o eixo de Assistência ao puerpério por Vivyan e as do eixo de Parto e atendimento neonatal por nós duas. Contudo, a transcrição de apenas uma entrevista do eixo de Amamentação e nutrição do binômio + atenção pediátrica foi feita por nós, já as outras cinco transcrições que foram disponibilizadas na equipe do grupo geral da pesquisa na plataforma Teams foram feitas pelas colaboradoras do próprio eixo de amamentação.

Com a retomada das atividades presenciais a partir do segundo semestre de 2022, para esse processo de escuta para fazer as transcrições das entrevistas, o laboratório do ICS foi um espaço importante nessa etapa, pois como o ambiente é silencioso e tem acesso aos computadores e à internet, facilitou poder ir para esse lugar para se distanciar dos barulhos da vizinhança e também para tentar separar um pouco o ouvir alguns relatos durante as entrevistas que remetesse com alguma semelhança às vivências pessoais.

2.5 Discussão teórica a partir de trechos das entrevistas

A Rede Cegonha é uma política pública do governo federal que tem como propósito garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres e o seu bebê. Tem como objetivo abranger o cuidado através do SUS durante o pré-natal, parto e nascimento, assim como no puerpério e na atenção integral à saúde da criança até os dois anos de idade. Assim, na portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, o governo federal institui a Rede Cegonha no SUS com um dos principais objetivos sendo diminuir o número de mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e (...) Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos; Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco; Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão"; Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil; Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher; Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009; (...) Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a partir de dados da Unicef com a OMS de 2015, diariamente cerca de 830 mulheres morrem no mundo por causas evitáveis relacionadas à gestação e o parto. E essa taxa de mortalidade materna global corresponde ao número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos, por isso a meta global é para reduzir o máximo possível a mortalidade materna evitável.

Atualmente, a mortalidade por complicações da gravidez, parto ou puerpério, denominada de mortalidade materna, é considerada como uma causa de morte altamente evitável e tem sido foco de esforços nacionais e internacionais dirigidos à sua redução.(...) A razão de mortalidade materna (RMM), definida como o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, é o indicador de saúde que é usado tanto para dimensionar a magnitude da mortalidade materna como também para avaliar as tendências espaço-temporais. Sua estimativa depende, portanto, do número de óbitos maternos e de nascidos vivos. (SZWARCOWALD et al, 2014, p. 72)

A partir dessas taxas altas de mortalidade materna, que se agravam principalmente nos países subdesenvolvidos, um dos objetivos da ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)¹⁰ é reduzir globalmente para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030.

¹⁰ ODS são uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável em setembro de 2015 composta por 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030. Objetivo 3

De acordo com os dados do Observatório Obstétrico Brasileiro, que é uma plataforma interativa de monitoramento e análise de dados públicos na área de saúde materno-infantil com recortes estaduais e municipais, a razão de mortes maternas¹¹ no Brasil foi de 54 em 2012, 56 em 2018 para 109 em 2021. Já em Alagoas, essa razão de mortes maternas foi de 34 em 2012, 49 em 2018 para 98 em 2021.

Para a obtenção dos dados das tabelas a seguir retirados do Observatório Obstétrico Brasileiro, foi escolhido os dados dos anos de 2012 com o recorte após a criação da Rede Cegonha e até 2021 pois os dados de 2022 ainda estão como preliminares na plataforma. As variáveis de interesses foram raça/cor e ano de óbito, onde na primeira tabela a análise é nacional e a segunda apenas do estado de Alagoas. As características da gestante ou puérpera que foram consideradas foi: com faixa etária de 10 a 49 anos, tipos de causas obstétricas direta, indireta e não especificada, com os períodos de óbito de durante a gravidez, parto ou aborto, durante o puerpério (até 42 dias e de 43 dias a menos de 1 ano) e os não informado ou ignorado. O tipo de investigação do óbito foi: os investigados por Comitê de Morte Materna, os não investigados por Comitê de Morte Materna e os sem informação.

Raça/cor	Ano do óbito da morte materna - Brasil										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Amarela	3	3	3	2	3	8	8	1	10	7	48
Branca	533	525	528	559	523	561	505	474	589	1029	5826
Ignorado	71	69	59	62	48	39	38	36	52	53	527
Indígena	23	29	21	36	21	25	26	25	29	42	277
Parda	780	878	925	903	894	896	904	855	1055	1463	9553
Preta	171	182	202	176	177	187	177	184	229	347	2032
Total	1581	1686	1738	1738	1666	1716	1658	1575	1964	2941	18263

**Fonte: Observatório Obstétrico Brasileiro, dados de óbitos maternos por raça e cor no Brasil. Acesso em setembro de 2023.*

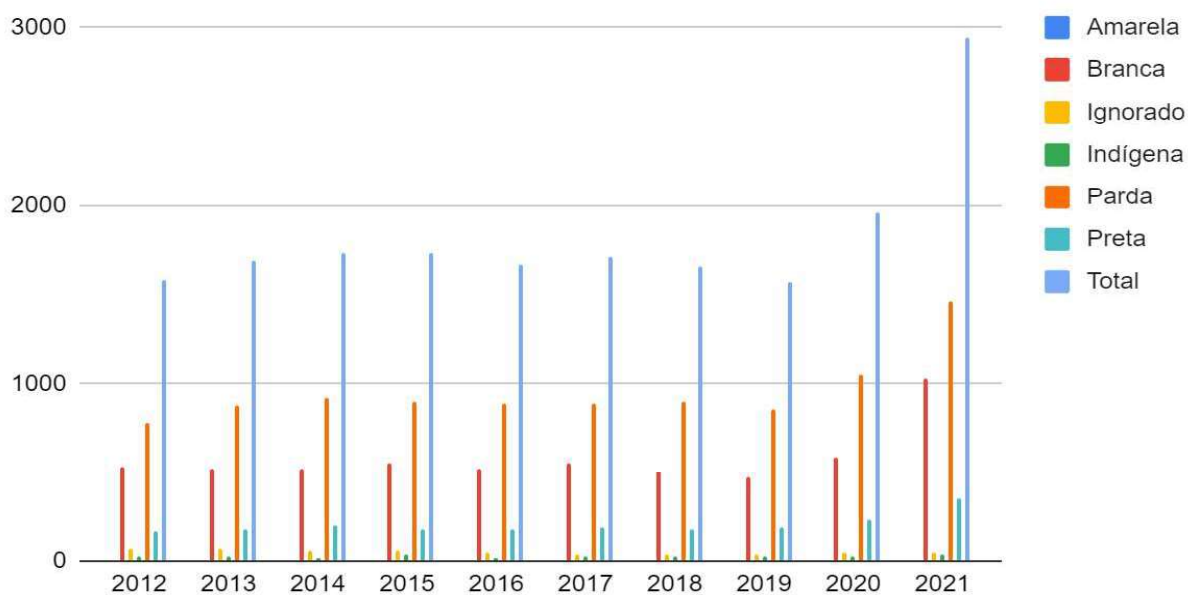
relacionado a ‘Saúde e bem-estar’, coloca como metas: 3.1 a redução drástica da taxa de mortalidade materna; 3.2 o fim das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças de até 5 anos. Disponível em: <<https://www.estrategiaods.org.br/conheca-os-ods/>>.

¹¹A razão de mortes maternas é o cálculo do número de óbitos maternos anual dividido pela quantidade de nascidos vivos anual multiplicado por 100 mil habitantes.

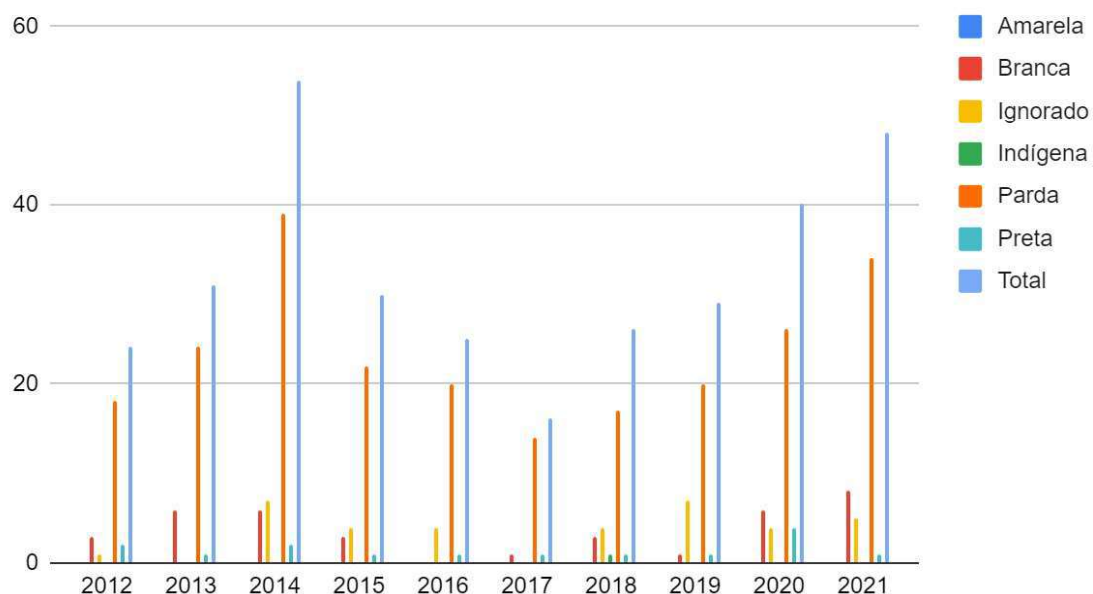
Raça/cor	Ano do óbito da morte materna - Alagoas										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Branca	3	6	6	3	0	1	3	1	6	8	37
Ignorado	1	0	7	4	4	0	4	7	4	5	36
Indígena	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Parda	18	24	39	22	20	14	17	20	26	34	234
Preta	2	1	2	1	1	1	1	1	4	1	15
Total	24	31	54	30	25	16	26	29	40	48	323

*Fonte: Observatório Obstétrico Brasileiro, dados de óbitos maternos por raça e cor em Alagoas. Acesso em setembro de 2023.

Mortalidade Materna - Brasil



Mortalidade Materna - Alagoas



Os dados do Observatório Obstétrico sobre morte materna nos mostram índices preocupantes já que em nível Brasil o número de mortalidade materna de mulheres pretas e pardas são quase o dobro do que as mulheres brancas. Já em Alagoas, o número da mortalidade materna mostra que as mulheres pretas e pardas morrem quase seis vezes mais do que as mulheres brancas.

Durante os anos de 2020 e 2021, o Brasil e o mundo estavam enfrentando a pandemia da Covid-19. O aumento do número de óbitos maternos e o crescimento da razão da mortalidade materna podem estar relacionados a isso, já que o enfrentamento da doença no país pelo governo federal perpassou por várias controvérsias. E o processo de vacinação para a prevenção da contaminação de grupos de risco e contra o avanço da doença teve alguns atrasos em sua implementação no país.

O início da vacinação contra a covid 19 no Brasil ocorreu em 18 de janeiro de 2021 com a aplicação de doses da vacina CoronaVac. E foram priorizados para receber essa primeira dose da vacina as profissionais de saúde que estavam atuando no combate ao coronavírus, pessoas com mais de 75 anos de idade e indígenas.

Na primeira versão do Plano Estadual de Vacinação contra a Covid 19 de Alagoas, publicado em janeiro de 2021, há um tópico sobre “precauções e contraindicações à administração da vacina contra covid 19” onde enfatiza-se que as vacinas não foram testadas em todos os grupos de pessoas e que por isso podem ter algumas precauções temporárias que poderão ser modificadas a partir do momento que surgirem novas evidências científicas tendo

assim atualizações periódicas. As mulheres gestantes aparecem como grupo especial para essas contraindicações à vacina da covid 19 devido aos ensaios clínicos que ainda estavam em andamento.

Na atualização do Plano Estadual de Vacinação contra a Covid 19 de Alagoas, ainda considerado como primeira versão porém com alguns ajustes e publicado no final de janeiro de 2021, as mulheres Gestantes, Puérperas e Lactantes foram incluídas como grupo especial, após estudos em animais que não evidenciaram risco de malformações para esses grupos populacionais, para tomarem a vacina. Mas com a indicação de ter uma decisão entre a paciente e a sua médica sobre o uso da vacina, sempre levando em consideração o nível do potencial de contaminação do vírus para a gestante e a potencial eficácia da vacina. E em relação às lactantes, o aleitamento materno não deveria ser interrompido.

Na nota informativa da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) publicada em 24 de abril de 2021, sobre a distribuição da 13ª remessa de vacinas contra a Covid-19, com a aplicação da vacina Covishield (AstraZeneca/Fiocruz). Por essas vacinas utilizadas serem classificadas como categorias B e C que informam a ausência de estudos realizados em mulheres grávidas, foi recomendada a vacinação de gestantes que pertencem aos grupos prioritários definidos, principalmente aquelas que possuem comorbidades.

Na nota informativa da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) publicada em 13 de maio de 2021, sobre as orientações técnicas relacionadas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e a utilização da vacina do Laboratório Pfizer/Wyeth, levando em conta as precauções e as contraindicações, devido a realização de duas campanhas de vacinação ao mesmo tempo, foi indicado que especialmente as gestantes e puérperas tinham que se atentar ao intervalo de no mínimo 14 dias entre a vacina contra a covid-19 e a vacina contra a influenza, priorizando a vacina contra a covid-19.

Por a vacina Comirnaty (Pfizer/Wyeth), ser a única vacina disponível no Brasil com evidências científicas de segurança e eficácia no grupo de gestantes e puérperas, em Alagoas as gestantes e puérperas passaram a ser vacinadas apenas com a vacina Comirnaty (Pfizer/Wyeth). Destacando também que a ANVISA orientou, em 11 de maio de 2021, que a vacina Covishield (AstraZeneca/Fiocruz) fosse suspensa a sua aplicação em gestantes e puérperas.

Assim, diante desse processo de tentar avaliar os riscos e benefícios possíveis para a aplicação da vacina da Covid-19 e quais seriam os grupos de risco prioritários, já que a

vacinação ainda estava em produção e se buscava entender a combinação de fatores para diminuir o contágio do vírus. A combinação da vacinação e condições para evitar locais públicos com aglomerações e o uso de máscara foram os cuidados que amenizavam o contágio do vírus e possíveis complicações com a doença. Esses cuidados foram restritos para alguns grupos de pessoas, já que no processo de vacinação com a demora para os testes e aprovações de aplicação em pessoas grávidas ou puérperas, assim como o incentivo por parte do presidente da república contra o lockdown e a favor do funcionamento normal do comércio, coloca uma barreira de classe e raça no contato e circulação com o vírus, o que pode ter influenciado no aumento de casos de mortalidade materna nos anos de 2020 e 2021.

Em uma das entrevistas do eixo de Parto e atendimento neonatal, a profissional entrevistada de codinome Flor, relata um dos casos marcantes que ela presenciou durante seu turno em um hospital do estado de Alagoas sobre mortalidade materna em decorrência de um erro de um profissional de saúde no atendimento à gestante. Assim, a enfermeira obstétrica entrevistada relata:

Em outra situação que essa também me deixou muito, muito mal. Foi uma gestante que chegou, ela tinha.. teve placenta prévia, né? Que é um tipo de hemorragia e ela chegou muito mal, sabe? Com um pouquíssimo nível de hemácias no sangue. E aí ela chegou assim e ela tinha um risco de morte muito, muito rápido e ela ficou na UTI e tudo mais. Conseguimos estabilizar, ela tomou sangue, nossa.. e ela começou a melhorar e aí quando ela melhorou, ela foi para a enfermaria. É.. e esse diagnóstico que ela tinha, ela não pode ser tocada. O toque vaginal, ela não pode ser tocada porque como a placenta está bem ali embaixo, se ela for tocada, ela retorna a sangrar. E aí ela pode não resistir já que ela tinha esse sangramento muito grande anteriormente. E eu conversei muito com ela, ela tinha muitos filhos e tudo mais. Uma paciente supernova acho que tinha uns 28 anos e tudo mais. E eu estava cuidando dessa paciente vários dias já, cuidando dela com muito vínculo com ela. E ela estava melhorando, o prognóstico dela para o que ela chegou no hospital era muito ruim, mas aí ela melhorou muito então a gente ficou bem feliz com a situação de saúde dela.(...) E no outro dia eu cheguei e essa paciente tinha falecido. E aí o hospital estava em choque, né? Porque essa paciente faleceu porque uma profissional fez um toque vaginal e ela retornou a sangrar, né? E pra não dizer outras palavras, assim.. ela sangrou até a morte. Então ela estava na enfermaria, os profissionais sabem que não podem fazer o toque, mas eu não sei se essa profissional ela não olhou o diagnóstico dessa paciente, não conhecia essa paciente ou se ela realmente quis fazer o toque, né? Pra ver como é que ela estava e tudo mais. Quando eu cheguei no outro dia de manhã, 7 horas da manhã, quem me contou foram as pacientes, né? Que elas disseram “como é que tá tal paciente? que ela saiu daqui sangrando muito” elas nem sabiam que ela tinha falecido, né? Que ela tinha ido a óbito.

E é.. por conta de um erro profissional. É.. um erro assim foi fatal, né? Ela estava bem e tudo mais e ela começou a sangrar. Não conseguiram estabilizar, ela foi para o centro cirúrgico, fez é.. tirou o útero, né? Tirou bebê, tirou tudo, mas mesmo assim ela teve choque hipovolêmico e aí ela veio a óbito, né? Por conta de um procedimento que não poderia ter sido feito. Então assim, nesse dia eu não consegui continuar no plantão, né? Eu fiquei muito, muito, muito mal, sabe? Ainda vi o esposo chegando e recebendo a notícia. Então assim, pra mim aquilo foi uma morte materna por uma coisa tão tão insignificante que poderia não ter acontecido por uma profissional que já tem um histórico de toques vaginais muito violentos, então assim é.. não registrar. O toque não foi registrado no prontuário. Eu fiquei muito mal com aquela situação, eu tinha vontade de desistir da residência mesmo porque eu achava que aquele ambiente eu não ia conseguir trabalhar naquele ambiente. As coisas ficaram por isso mesmo, o hospital não fez nada em relação a advertência, a tudo. Não fez nada. A única coisa que tinha de documento registrando que a paciente começou a sangrar devido ao toque foi o registro de ocorrência da enfermeira. Onde ela colocou, né? Que a profissional tocou e após o toque a paciente veio reiniciar, né? O sangramento. E aí foi pro centro cirúrgico, foi para UTI, foi para um canto, foi pro outro, teve parada e não sobreviveu. Então eu fiquei mal, chorei, ia pro banheiro. E fora outras inúmeras situações. Mas essas duas e essa a última então me deixou assim muito mal, né? Pensando em desistir, pensando que aquilo não era para mim e talvez a obstetrícia não era para mim porque esta é.. foi uma fatalidade que aconteceu mas diariamente eram outras inúmeras, então é.. existe esse, infelizmente, o sistema e ele é dessa forma. Claro que existem muitas coisas boas também que acontecem, mas assim não é o que se sobressai diante de um hospital, não é mesmo. (Entrevista realizada em julho de 2022)

A partir desse relato doloroso da profissional de saúde sobre esse caso de mortalidade materna, fica em destaque a importância de uma formação e atuação profissional que seja pautada em evidências científicas, em uma assistência humanizada e sem a prática de procedimentos intervencionistas.

Na entrevista do eixo de Assistência ao puerpério, a profissional entrevistada de codinome Lírio, relata um dos casos marcantes sobre mortalidade neonatal e o processo de cuidado e suporte para a família nesse processo de receber a notícia do falecimento e o luto pela perda daquele bebê que ela presencia durante seu turno em um hospital do estado. Assim, a psicóloga entrevistada relata:

E aqui no hospital, assim.. é muita rotatividade, tem muitas histórias, né? Eu tenho 7 anos.(...) Mas eu acho que ultimamente um caso assim que me marcou foi de..o que eu mais me estou me lembrando agora foi nesse ano. O caso de uma mãe, que teve um bebê que era um bebê a termo. Talvez nem era pra ele ter nascido aqui, mas a mãe teve um problema aí no final da gestação. Ela apresentou, tiveram uma suspeita que ela estava com hepatite e aí o bebê nasceu aqui. O bebê nasceu com um monte de complicação. O bebê a termo, ela fez todo o pré natal particular então assim tinha todo esse cuidado com a gestação. Era um bebê desejado, primeiro neto, primeiro filho. E aí aconteceu isso.(...) E aí ele passou mal, precisou ir para a UCI e de repente o bebê estava na UTI. E aí, 5 dias depois o bebê foi a óbito. Então foi assim para os pais e para os avós. A gente acompanhou tudo. Foi um momento muito difícil para a equipe também. Foi muito difícil. Eu trabalho numa unidade neonatal, então assim são vários casos que atravessam a gente, né? E mobilizam assim muitos sentimentos da gente. Com relação a família, até mesmo com a equipe. Semana passada teve um na quarta-feira, então assim de manhã quando eu cheguei.. mal cheguei aí 8 horas e aí o pessoal da UTI já ligou que o bebezinho que estava mal e que a família estava indo lá pra Neo pra médica conversar. Então eu já desci rapidamente. Aí a médica conversou com eles, falou né que o bebê estava muito mal e que estava sob efeito de drogas, né? Para o coraçãozinho bater, estava no máximo assim o oxigênio estava em 100%, então realmente o bebezinho estava bem debilitado. E aí ela deu as informações e aí eu fiquei ali, sabe? Junto com a mãe.. sentamos ela. Ela pediu pra sentar, sentamos ela numa poltrona que tem lá do lado da incubadora.(...)Aí quando foi um pouco mais tarde ligaram dizendo que o bebê tinha ido a óbito.(...)Assim, isso quer dizer, de certa forma começou 8 horas da manhã, né? Que a médica ficou enquanto eles estavam na UTI. No primeiro momento, a médica ficava auscultando o bebê de tempo em tempo assim, a cada 10/15 minutos ela auscultava o bebê pra ver se o coraçãozinho ainda estava batendo, o coração estava batendo bem fraquinho. Aí eles ficaram ali. Aí depois ela pediu para subir. O óbito foi constatado quase 1 hora da tarde. Então o tempo inteiro assim, né?(...) Aí depois desci com eles, eles quiseram pegar o bebê. Ela quis pegar o bebê. A gente arrumou o bebê pra lá pegar, porque tirou todos os aparelhos, todos os dispositivos e arrumou o bebê pra mãe poder segurar. Então é.. assim, é muito o estar disponível. Então nesses momentos, nesses dias de óbito, a gente fica muito voltado para essa família que está passando por esse momento. Buscando dar todo esse suporte, né? (Entrevista realizada em agosto de 2022)

Com esse relato da trabalhadora da saúde fica destacado como é importante o cuidado e a atenção que se é oferecido pela equipe para a família que está passando por esse momento de perda. Como esse respeito pela decisão da mãe em ter esse momento de despedida foi importante para o processo dessa família. A importância da integralidade e humanização da equipe de profissionais de saúde que atuou nesse processo, buscando contemplar essa família em todos os níveis de atenção.

Lansky et al (2014), a partir dos dados da pesquisa ‘Nascer no Brasil’ faz um estudo sobre a mortalidade neonatal no país. Nesse estudo, teve como resultado outros fatores que também estão associados a essa mortalidade neonatal como riscos nas gestações anteriores e na atual, baixa escolaridade materna e a peregrinação para o parto. Assim,

“As regiões Norte e Nordeste se mantiveram associadas à morte neonatal e apresentaram as maiores proporções de óbitos por infecção perinatal, expressando a necessidade de maior investimento local na organização e qualificação da atenção.” (LANSKY et al, 2014, p. 203).

Outro dado importante colocado por Lansky et al (2014) e que pode estar associado à classe é que a maioria dos óbitos neonatais ocorreram em hospitais públicos que são em maioria frequentados por famílias com renda menor¹².

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbitos segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. (LANSKY et al, 2014, p. 193)

Em relação ao atendimento neonatal e como ele acontece, em alguns relatos das profissionais de saúde nas entrevistas é comentado que essa assistência às vezes é muito apressada devido ao processo de rotina hospitalar. Assim, em um relato de uma profissional de saúde sobre esse processo de atendimento e assistência ao neonato, é falado sobre a tentativa das profissionais de saúde, em específico da enfermagem obstétrica, de garantir que esse recém-nascido tenha os melhores procedimentos e baseados nas evidências científicas no seu cuidado. Assim, a enfermeira obstétrica entrevistada relata:

Não, se o bebê ele nascer bem, é o que a gente coloca muito, é... eu coloco muito lá com os acadêmicos quando tá aqui com os residentes é...é pele a pele, né? Então aquilo que é preconizado nas evidências, é o pele a pele na primeira hora, é aleitamento materno ou clameamento tardio do cordão ou então oportuno, caso seja, tem alguma necessidade. É, é...a gente sabe que as rotinas hospitalares dificulta muito isso. A gente tem discutido muito, porque tanto aqui como... na Santa Mônica, como no hospital universitário, o pediatra da sala de parto, ele está na Neo. Então quando ele é chamado para assistência ao parto, ele quer fazer tudo antes de voltar. E isso implica, muitas vezes, em a gente botar o bebê na pele a pele e o bebê e... ir para o berço para poder fazer todas as medidas antropométricas, né? Mas isso é muito da rotina hospitalar, né? Quando a gente acaba é... o bebê acaba não nascendo, pediatra ainda não chegou, aquelas coisas todas, né? Então a gente deixa no contato pele a pele, deixa os procedimentos para fazer após a primeira hora, né? Medição, vitamina K, profilaxia da oftalmia. Qualquer outro procedimento a gente deixa para fazer, o banho a gente já conseguiu tanto aqui como lá, retardar, né? Então, o bebê normalmente toma banho com mais de 6 horas de vida, que já é...foi um ganho para a gente, que o bebê ia de baixo... ia direto por baixo da torneira quando nascia. Então já é...foi um ganho muito grande. Aqui a gente também instituiu, né? O... a canguru, né? O top Canguru, para favorecer... para estimular esse bebê a permanecer em contato pele a pele o maior tempo possível, inclusive subir pro Alcon no contato pele a pele. E... é a gente tenta, né, fazer isso. Então assim, na sala de parto, quando eu estou com a autonomia de fazer assistência ao bebê, né, sem essas intervenções dessas rotinas hospitalares, né? Que o pediatra desce quer fazer tudo e quer subir. Aí a gente sempre preconiza dessa forma, né? Primeira hora, priorizar o contato pele a pele com o aleitamento. A instalação do aleitamento. (Entrevista realizada em agosto de 2022)

Em uma das entrevistas do eixo de Parto e atendimento neonatal, uma profissional entrevistada, apesar de dizer que nunca presenciou de fato um caso de violência obstétrica, ela relata sobre um acontecimento ocorrido com uma paciente. Além de falar sobre o movimento que o hospital no qual ela trabalha, pelo menos na área de fisioterapia, tem proporcionado cursos e treinamentos sobre a temática de violência, da importância da humanização e do cuidado no parto. Assim, a fisioterapeuta entrevistada relata:

A gente teve treinamento, acho que teve dois sobre esse assunto, no decorrer desse tempo que eu estou no CPN. Sobre como saber, né, como identificar essa violência porque às vezes a pessoa não sabe que está sofrendo isso, entendeu? Mas assim, nos meus plantões, graças a Deus eu nunca vi nada parecido, nada, nada. A equipe é muito entrosada lá, muito entrosada mesmo. A gente observa tudo e graças a Deus não vi nada parecido com isso. Eu tive experiências de pacientes minhas do pilates que sofreu. E ela só soube que sofreu porque eu falei que ela tinha sofrido, porque assim é... como eu tenho um ciclo muito bom com as minhas pacientes que acabam sendo amigas aí uma dessas pacientes que eu tive do pilates, ela me contou o relato dela e ela sofreu essa violência.(...)Ela me contou que quando ela estava procurando um hospital, ela tem um

¹² De acordo com os dados da pesquisa Nascer do Brasil que ocorreu entre 2011 e 2012, o uso dos serviços de saúde público de acordo com a classe é de 56,2% pertencentes a classe D+E, 43,9% pertencentes a classe C e 20,9% pertencentes a classes A+B. Fonte: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>.

plano particular e esse plano particular dela atende em outros hospitais, sendo que ela foi em hospital x chegando lá não tinha vaga para ela, aí ela foi no y e quando ela chegou lá, o médico, né, que foi atender ela, o obstetra, provavelmente foi médico que ela me disse, foi fazer o toque nela e ele foi muito ignorante antes do toque já foi falando que ia ser cesárea e tipo ela queria um parto normal mas ele já ficou falando “vai ser cesárea mas deite aí” bem assim, super ignorante com ela, ela se deitou e na hora do toque é... ela disse que ele foi muito invasivo com ela. O esposo dela estava na sala, viu que ela fez caras e bocas, gritou ela disse que ele, o esposo dela, achou que isso era normal porque até então ele não tinha entrado na sala com ela pra ver algum toque, né? Assim, participar de um toque, né, presenciar um toque e sendo que ela disse que sangrou demais e ela se sentiu as dores foram maiores e ela tipo, se sentiu muito como dizer, abusada, né? Vamos dizer assim, abusada. Violentada, né? Violentada, a palavra certa. Aí ela disse que depois disso começou a chorar muito mesmo, desesperadamente. Queria desistir até, queria ir embora, e o médico queria fazer já o parto cesáreo dela sendo que ela já estava com 6 cm de dilatação, isso sem nenhum tipo de indução, ela só foi só para ser avaliado, digamos, na triagem desse hospital. Sendo que o esposo dela já tinha preenchido a internação dela e tudo aí foi quando ela desistiu e preferiu ir para o outro hospital que ela tinha ido de início, aí quando chegou lá, ela chegou chorando, contando tudo o que aconteceu, aí eles conseguiram uma vaga para ela e ela conseguiu ter um parto normal e tipo quebraram o gelo, graças a Deus de toda a situação que tinha acontecido anteriormente, e ela conseguiu relaxar e ter o parto normal como ela queria, sem nenhum tipo de indução. E o pessoal acolheu ela, né? (Entrevista realizada em julho de 2022)

Para KATZ et. al (2020), a assistência e a atenção durante o processo do parto e nascimento para a mulher gestante é fundamental para a garantia de um parto humanizado e seguro já que a violação desse direito pode causar danos físicos e/ou psicológicos à mulher além de desrespeito a sua autonomia e tomada de decisão. Assim

violência obstétrica é toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. (KATZ et al, 2020, p. 628)

Segundo d’Orsi et al (2014), a forma como as pacientes são tratadas influenciam na experiência vivida no parto e nos resultados maternos e neonatais, já que a má qualidade desse atendimento pode causar alterações como picos de ansiedade durante o parto e padrões de frequência cardíaca anormal. A partir dos dados da pesquisa, os autores avaliaram que o percentual de mulheres que sofreram violência verbal, física e/ou psicológica foi maior para mulheres pardas ou pretas, já o percentual de mulheres que avaliou os profissionais de saúde e os colocaram como “excelentes” foi bem maior para mulheres brancas. Esses dados indicam que há desigualdade de cor no atendimento a essas mulheres.

Apesar de conhecer os dados de produções científicas sobre o tratamento que mulheres pretas e pardas têm em comparação com mulheres brancas, uma das entrevistadas do eixo de Parto e atendimento neonatal relata que não vê diferença no tratamento dessas mulheres no hospital em que trabalha. Um dado importante é que ela evidencia que também não há como fazer essa análise a partir de dados epidemiológicos do hospital, já que não tem identificação de raça. Assim, a enfermeira obstétrica entrevistada relata:

Olha, eu vou dizer de percepção minha... minha. Nesse tempo todinho de plantão, eu nunca percebi no serviço que eu trabalhei uma mudança na atitude em relação a mulher em questão de... de cor, né, raça e cor, nunca percebi. Eu sei que a estatística mostra, eu sei que... que mulheres negras elas morrem mais. Elas é... recebem menos métodos não farmacológicos para alívio da dor é... elas acabam sofrendo mais violências obstétricas. E eu sei que as evidências mostram isso, mas assim, no serviço eu não tenho percebido isso. Até porque como mulher negra, eu tenho tratado até todas do mesmo jeito, então assim. Eu não percebi dos colegas postura diferente ou inadequada por relação de... de... de raça e cor. Mas eu sei que, estatisticamente, isso tem acontecido, né? É... então assim, aqui a gente não tem essa estatística, também a gente não tem como mensurar aqui na Santa Mônica, né? Na maternidade, porque a gente não tem essa estatística para fazer essa análise, que a gente não... os nossos dados é... epidemiológicos, da Rede Cegonha, a gente não separa por cor, raça. Por exemplo, quem teve mais parto normal, quem teve mais é... menos episio, quem teve método não farmacológico, a gente não tem estatística aqui que... que faça essa diferença. Mas na prática, realmente, eu não tenho percebido. (Entrevista realizada em julho de 2022)

Nessa fala a entrevistada aponta a ausência da autodeclaração étnico-racial nas maternidades, que é um fator alarmante já que de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS (2017), as informações por raça e cor são importantes para atender o princípio de equidade do SUS, pois é relevante para o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas e ajuda no norteamiento de políticas de saúde ao reconhecer as demandas de grupos específicos atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde que esses grupos são submetidos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pesquisou as cores mais declaradas pela população e definiu um sistema de classificação com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (ver Anexo D), adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial. [...] Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais. (Ministério da Saúde, 2017, p. 9)

Um fator em comum que ficou perceptível no momento da transcrição dessas entrevistas, é que sempre que perguntado a profissional de saúde entrevistada sobre os fatores de cuidado e atenção no atendimento assim como no parto em relação à raça, identidade de gênero, orientação sexual ou classe, e se esses fatores influenciam na assistência que essas pessoas irão receber no hospital, as respostas geralmente eram mais rápidas e falando que nunca presenciou ou que não há distinção no tratamento.

Em relação à orientação sexual na assistência ao parto, um dos entrevistados do eixo de Parto e atendimento neonatal, de codinome Leo, relatou o processo de discriminação com um casal de mulheres lésbicas no parto em um hospital do interior de Alagoas e como foi o processo de enfrentamento da situação e o diálogo com a equipe como forma de educar e evitar esse tipo de preconceito.

Eu acredito que influencia é... eu acho que, é para nossa população aqui acaba que é... por exemplo, eu já assisti um casal é... homossexual é... é 2 mulheres, que um estava em processo de trabalho de parto e eu percebia olhares do... do resto da equipe, né? Às vezes alguns comentários, eu acho que acaba, né? E assim como eu percebi, né, a acompanhante, a parturiente também pode ter percebido. Até depois a gente sentou e conversou, mas acaba influenciando, até por ser um município pequeno, a gente sabe que... que... a...o preconceito ainda é muito forte, né, em relação a isso. Com relação à cor, eu particularmente, não... não notei assim nenhum tipo de... de... de preconceito com relação à cor no... no meus plantões com relação ao trabalho de parto, mas essa situação desse casal foi assim que eu presenciei, que me deixou mais incomodado justamente por isso, porque já é uma situação difícil para elas que estão se expondo a é... né? Ela veio com a companheira e aí, né? Ela precisa... já é um situação o...o período de parto em si já é uma situação delicada, porque é um período de dor, é um período de... de... de a mulher se sente vulnerável e aí se chega na instituição e ela é hostilizada, esse período acaba sendo mais traumático e pior.(...)No meu caso, quando... quando aconteceu, né, eu pedi pra pessoa pra trocar de... sem que a... a parturiente percebesse, né? Pedi para trocar e também a pessoa que estava no momento, né? E aí, depois que... que eu já tinha prestado assistência e o parto já tinha ocorrido, eu sentei né com o profissional e a gente conversou sobre aquele momento, né? E aí eu pedi para que não se repetisse porque não era... não é...é bom, nem para o profissional em si, porque a instituição acaba sendo hostilizada até pela própria população e nem para o paciente que acaba sofrendo, né, o processo de... de se sentir discriminado. (Entrevista realizada em agosto de 2022)

Em relação às questões de classe, apesar de não ter um relato específico sobre o impacto que essa diferença traz na assistência ao parto, fica perceptível que todas as entrevistadas falaram sobre ter diferenças no processo de autonomia dos procedimentos do parto da mulher

gestante ou puérpera que já sabem sobre seus direitos e os procedimentos que ocorrerá, que já possui um plano de parto a ser seguido, para aquelas que não têm instrução sobre seus direitos e que não conhecem procedimentos que são formas de violência obstétrica por exemplo. Eles relatam que esse conhecimento prévio por parte de algumas mulheres facilita na garantia de um atendimento mais humanizado e que seria fundamental que todas as gestantes tivessem acesso a saber sobre seus direitos, que são garantidos por lei, durante essa assistência ao parto.

Assim, como essa é uma pesquisa contínua que tem como objetivo final produzir e divulgar um podcast sobre educação permanente para profissionais atuantes na área da saúde materno-infantil, e em alguns eixos algumas entrevistas ainda estão sendo feitas para atingir o objetivo com a quantidade de entrevistas necessárias por eixo, o processo de transcrição ainda será retomado para essas entrevistas que estão sendo realizadas.

3 Considerações Finais

Este relatório de pesquisa é uma análise sobre o período de pesquisa 2021-2022 através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do projeto de pesquisa “Mapeando estratégias para educação permanente na assistência ao parto e ao puerpério e o atendimento neonatal em Alagoas”. A pesquisa aconteceu na maior parte ainda no período da pandemia da covid-19 e, por isso, a universidade ainda estava no funcionamento no modo remoto¹³ e depois na transição do remoto para o presencial¹⁴, então tivemos estas limitações no processo de realização de entrevistas assim como no contato com as outras colaboradoras da equipe, que foi toda online através de e-mail, grupo no WhatsApp e os grupos da pesquisa no Microsoft Teams.

O financiamento da pesquisa no Brasil teve uma queda de 38%¹⁵ nos últimos anos com os cortes de verbas nos mandatos de Temer e do governo Bolsonaro. Esses dados influenciam na qualidade que se faz pesquisa, pois com um menor investimento destinado a o fazer ciência, diminui as potencialidades de análises optando pela utilização de ferramentas gratuitas já que o financiamento da pesquisa é limitado. Das bolsas do CNPq na pós-graduação, por exemplo, apenas 1,4%¹⁶ vão para as ciências sociais.

Assim, algumas dificuldades enfrentadas durante o processo de pesquisa foi a impossibilidade de finalização da sistematização e análise dos artigos da plataforma Scielo relacionados às produções em saúde materno-infantil através da plataforma de análise de dados qualitativos CATMA, pois com a impossibilidade de custeio de um software pago e compatível com os computadores pessoais das colaboradoras da pesquisa, já que não tínhamos o investimento destinado para isso, a opção mais viável para a análise desses dados qualitativos foi a plataforma gratuita, e durante o processo de análise, que era compartilhado pelas quatro

¹³ Todos os cursos da UFAL, com exceção de enfermagem e medicina e algumas atividades de estágio que voltaram aos poucos à atividade presencial no final de 2021, permaneceram em ensino remoto durante todo o ano de 2021 até meados de 2022. Disponível em: <<https://ufal.br/estudante/noticias/2022/1/volta-as-aulas-semester-2021-1-servicos-virtuais>>

¹⁴ As aulas presenciais voltaram na UFAL a partir de março de 2022 com a obrigatoriedade de algumas medidas de segurança, mas os cursos tinham a opção de aderir ou não. Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/noticias/2022/2/ufal-divulga-novas-medidas-para-o-retorno-presencial-em-marco>>.

¹⁵ Dados do Observatório do Conhecimento. Disponível em: <https://observatoriodoconhecimento.org.br/wp-content/uploads/2022/05/balanco-anual-orcamento-do-conhecimento-2021_compactado.pdf>.

¹⁶ Dados de 2019 através da audiência pública realizada pela comissão externa criada na Câmara dos Deputados para acompanhar a gestão do Ministério da Educação. Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em: <[64](https://www.camara.leg.br/noticias/569033-ciencias-sociais-representam-14-das-bolsas-do-cnpq-e-gasto-em-pesquisa-e-baixo-dizem-debatedores/#:~:text=Os%20investimentos%20em%20ciencia%20e,Cientifico%20e%20Tecnologico%20(CNPq).>></p></div><div data-bbox=)

colaboradoras da equipe na plataforma, acabava ocorrendo erros na sincronização e carregamento dos dados já analisados.

Por ser uma pesquisa contínua, nesse primeiro ciclo que foi analisado neste relatório, tinha como objetivo obter as metas de diagnóstico de melhorias na assistência à saúde materno-infantil através das entrevistas com as profissionais de saúde atuantes na área; e a análise integrada e construção do panorama de evidências científicas através da busca, levantamento, leitura e análise dos documentos publicados que tinham como abordagem a saúde materno-infantil. Nesse último enfrentamos algumas dificuldades no processo devido a problemas de armazenamento das análises já realizadas que foram perdidas na plataforma de uso para a sistematização qualitativa desses dados.

Na continuação dessa pesquisa que está em andamento, estão sendo realizadas o processo de roteirização e produção do podcast através de oficinas onde são discutidas e estudadas as possibilidades de abordagem, como produzir um roteiro, os equipamentos a serem utilizados para obter uma melhor qualidade e a forma como será construído e abordado os temas de educação permanente em saúde materno-infantil. Para que assim se tenha como produto dessa pesquisa a veiculação através das plataformas de áudio do podcast sobre educação permanente na saúde materno-infantil para os/as trabalhadores que atuam nesse serviço.

Os resultados das transcrições feitas nas entrevistas dos eixos da pesquisa estão sendo analisados no atual ciclo da pesquisa através do software Nvivo, ainda que com restrições de uso pois apenas um computador do grupo de pesquisa Mandacaru possui a licença instalada para o seu uso. E como o objetivo dessa pesquisa é a produção e posteriormente a publicação de podcasts voltados para educação permanente, estão sendo realizadas oficinas buscando entender como construir um roteiro da melhor maneira possível e aprendendo a fazer edição de áudios através do programa Audacity.

As habilidades adquiridas durante esse processo de pesquisa foi a prática nas técnicas de análise qualitativa através dos processos de recrutamento e execução das entrevistas, com o foco e compromisso com uma pesquisa ética garantindo a confidencialidade da participante e cuidado no manuseio dos dados obtidos de forma que não coloque a participante em risco, um olhar através do pensamento crítico e da realidade social na análise dos dados, assim como a capacidade de fazer análises de dados qualitativos através do uso dos softwares CATMA e Nvivo. O trabalho em conjunto com a equipe do projeto foi importante também para a diversidade de ideias e trocas nas discussões sobre os temas abordados, assim como nos

procedimentos de análise e de coleta de materiais para a construção do mapeamento, recrutamento e a realização das entrevistas.

A partir da análise dos dados obtidos na pesquisa ‘Nascer no Brasil’, d’Orsi (2014) mostra que há desigualdade racial e socioeconômica na atenção ao parto. E evidencia isso ao mostrar que o percentual de mulheres que relataram violência verbal, física e/ou psicológica foi bem maior para as mulheres pretas ou pardas com menor escolaridade e com idade entre 20 e 34 anos, da região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a internação e que foram atendidas no setor público.

Domingues et al (2015), mostra que apesar do aumento na cobertura da assistência pré-natal no Brasil, há desigualdades no acesso e no cuidado dessas mulheres. Os dados indicam que apenas um quinto das mulheres recebe cuidado adequado nessa assistência e seguindo os procedimentos mínimos que são recomendados pelo Ministério da Saúde. Além de que a menor adequação do pré-natal foi observada em mulheres mais jovens, de pele preta, múltiparas, com menos anos de estudo, advindas de classes econômicas mais baixas e das regiões Norte e Nordeste do país. Assim, apesar da elaboração de diretrizes e políticas públicas por parte do Ministério da Saúde para melhorar o atendimento ao parto, ainda há desigualdades na assistência à saúde materno-infantil.

Referências bibliográficas

BARBOSA, G. R. et al. Disponibilidade para educação interprofissional em cursos orientados por métodos ativos de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 45 (3), 2021, p. 1-9.

BOTELHO, L. L. R. et al. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Belo Horizonte: **Gestão e Sociedade**, vol. 5, n. 11, 2011, p. 121-136.

CAETANO, H. M. S. "A “REDE CIENTÍFICA”: PESQUISAS SOBRE CANNABIS ENTRE 2014-2019" In: CAETANO, H. M. S. **Com mais técnica, com mais ciência: controvérsias em torno dos procedimentos regulatórios e científicos com cannabis no Brasil**(Dissertação de mestrado). Maceió: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Alagoas, 2021, p. 39-70.

CATMA - software de análise de dados qualitativos. Disponível em: <<https://app.catma.de/catma/>>. Acesso em: setembro de 2023.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Campinas, SP: **Revista Interface**. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.161-177.

CONCEIÇÃO, E. Quantos filhos Natalina teve? In: **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2 Ed., 2018.

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: Setembro de 2023.

CRENSHAW, K. Mapeando as Margens: Interseccionalidade, políticas identitárias e violência contra as mulheres de cor. In: Martins, A. C.A; Veras, E. F; **Corpos em Aliança: Diálogos interdisciplinares sobre gênero, raça e sexualidade**. Curitiba: Appris, 2020, p. 23-98.

D'ORSI, E. et. al., Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume: 30, suplemento 1, Publicado: 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Assistência pré-natal segundo características maternas no Brasil. **Revista Panam Salud Publica** 37(3), 2015, p. 140-147.

FORTE, F. D. S et al. Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. Campinas, SP: **Revista Interface. Comunic, Saúde, Educ**, 20(58), 2016, p.787-796.

GIACOMINI, S. M.; HIRSCH, O. N. “Parto ‘natural’ e/ou ‘humanizado’? Uma reflexão a partir da classe”. Florianópolis: **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, 2020, p. 1-14.

GONZALES, L. Racismo e Sexismo na cultura Brasileira. (1980). In: **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa... Coletânea organizada e editada pela UCPA-União dos Coletivos Pan-Africanistas. São Paulo: Diáspora Africana, p. 190-214, 2018.

HINE, C. Internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana. **Cadernos de Campo**, vol. 9, n. 22, 2021.

HIRATA, H. Gênero, Classe e Raça: Interseccionalidade e Consustancialidade das relações sociais. São Paulo: **Tempo Social** - Revista de Sociologia da USP, vol. 26, n. 1, 2014.

KATZ, L. et al. Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Bras. Saúde Master. Infant.**, Recife, 20 (2), abril-jun. de 2020, p. 627-631.

KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E. Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, 2015, p. 2659-2666.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, 2014, p. 192-207.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 33 Sup 1. 2017.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, 17 (4), 2008, p. 758-764.

MONTEIRO, R. B. et al. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. In: **Dossiê Raça, etnia, gênero: experiências na formação em saúde**. Botucatu, SP: Rev. Interface- comunicação, saúde e educação, 2017, p. 1-17.

OObR - Observatório Obstétrico Brasileiro. Óbitos gestantes e puérperas. Disponível em: <<https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/obitos-grav-puerp/#section-analise-cruzada>>. Acesso em: julho de 2023.

OObR - Observatório Obstétrico Brasileiro. Indicadores obstétricos. Disponível em: <<https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/indicadores-obstetricos/#section-nascimentos>>. Acesso em: julho de 2023.

OObR - Observatório Obstétrico Brasileiro. Painel da vigilância da saúde materna. Disponível em: <<https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude-materna/>>. Acesso em: agosto de 2023.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>> Acesso em julho de 2023.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. Campinas, SP: **Revista Interface. Comunic, Saúde, Educ**, 20(56), 2016, p. 199-201.

PETERMANN, X. B.; MIOLO, S. B. Educação Interprofissional em saúde no ensino superior: revisão integrativa sobre a experiência brasileira. Rio Claro, SP: **Educação: Teoria e Prática**, v. 31, n. 64, 2021, p. 1-18.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo. In: Poupart et al. **Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 215-253.

Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Estado de Alagoas. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis. Assessoria Técnica de Doenças Imunopreveníveis e Vacinação. Maceió: 1ª versão, janeiro de 2021. Acesso em: julho de 2022. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/plano_estadual_de_vacinacao_contra_a_COVID_19.pdf>

Plano Estadual de Vacinação Contra a Covid-19 em Alagoas. Estado de Alagoas. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis. Assessoria Técnica de Doenças Imunopreveníveis e Vacinação. Maceió: 2ª edição, 2021. Acesso em: julho de 2022. Disponível em: <<https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/PLANO-ESTADUAL-DE-OPERACIONALIZACAO-DA-VACINACAO-CONTRA-A-COVID-19-2a-EDICAO.pdf>>

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília – DF, 3ª Edição, 2017.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília- DF, 2004.

Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha**. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Acesso em: agosto de 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

Relatório de Diretriz de Atenção à Gestante a operação cesariana. Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), Ministério da Saúde. Brasília-DF, n. 179, março de 2016.

Relatório de Diretriz de Assistência ao Parto Normal. Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), Ministério da Saúde. Brasília-DF, janeiro de 2016.

SANTOS, D. S et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3), 2018, p. 861-870.

SILVA, M. A. R. et al. Estudo bibliométrico da produção científica sobre o papel da preceptoria na contribuição do ecs para a formação do enfermeiro. Curitiba: **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, 2021, p. 89470-89494.

SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva de Ações de Saúde. **Nota Informativa SUVISA nº 24/2021**. 24 de abril de 2021. Acesso em: setembro de 2022. Disponível em: <<https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Nota-Informativa-no-24-2021-Distribuicao-da-13a-remessa-de-vacinas-contra-a-COVID-19-1.pdf>>

SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Executiva de Ações de Saúde. **Nota Informativa SUVISA nº 30/2021**. 13 de maio de 2021. Acesso em: setembro de 2022. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Nota-Informativa-no-30-2021-Utilizacao-da-vacina-contra-a-COVID-19-do-Laboratorio-Pfizer.pdf>

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**, v. 31, n. 1, 2000, p. 7-22.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimção da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008–2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, 2014, p. 71-83.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. “Tratamento de Dados Qualitativos” In: **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, p. 91-122.

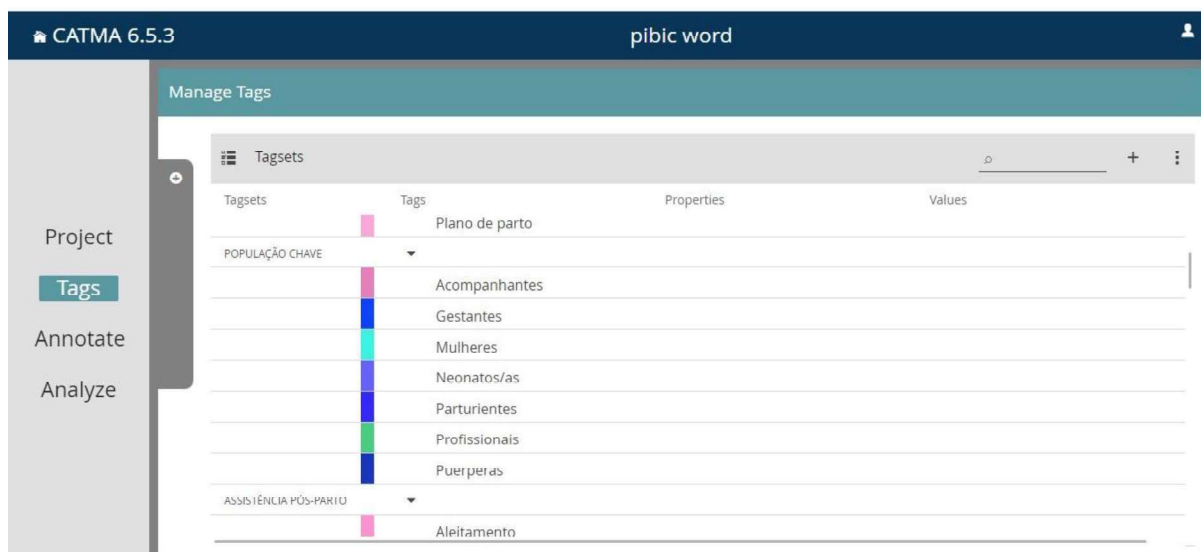
ANEXOS

Número de nascidos vivos - Brasil	
Ano	Nº de nascidos vivos
2012	2905789
2013	2904027
2014	2979259
2015	3017668
2016	2857800
2017	2923535
2018	2944932
2019	2849146
2020	2730145
2021	2677101

**Fonte: Dados do observatório obstétrico brasileiro: Indicadores obstétricos: nascidos vivos no Brasil.*

Número de nascidos vivos - Alagoas	
Ano	Nº de nascidos vivos
2012	52510
2013	52488
2014	51859
2015	52257
2016	48163
2017	50368
2018	52496
2019	49803
2020	48341
2021	48808

**Fonte: Dados do observatório obstétrico brasileiro: Indicadores obstétricos: nascidos vivos em Alagoas.*



**Fonte: Imagem mostrando um pouco como ficavam as tagsets, as tags e as subtags criadas na plataforma CATMA no processo de análise dos dados qualitativos.*