



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Caroline Wey Perez**

**Análise de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para  
profissionais da saúde do Estado do Maranhão.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Acadêmico da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Pamplona Tonete

**Botucatu**

**2016**

**CAROLINE WEY PEREZ**

**Análise de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil  
para profissionais da saúde do Estado do Maranhão.**

*Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em Enfermagem – Curso  
Mestrado Acadêmico da Faculdade de  
Medicina de Botucatu da Universidade  
Estadual Paulista para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.*

**Orientadora**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Pamplona Tonete

**Botucatu**

**2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Perez, Caroline Wey.

Análise de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para profissionais da saúde do estado do Maranhão / Caroline Wey Perez. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete  
Capes: 40602001

1. Vigilância epidemiológica. 2. Saúde Materno-Infantil. 3. Mortalidade infantil. 4. Educação permanente.

Palavras-chave: Educação Permanente; Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Vigilância em Saúde pública.

## **AO ÓRGÃO DE FOMENTO À PESQUISA**

*Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES  
Demanda Social (DS), pelo apoio financeiro concedido sob forma de bolsa para  
mestrado acadêmico.*

Período: 01/10/2014 a 06/03/2016

## **DEDICATÓRIA**

*À Cristina Wey Perez, minha mãe e a maior  
incentivadora deste mestrado, antes mesmo de eu  
entrar nesta caminhada e até o fim dela.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, meu Pai, todo meu louvor e gratidão  
A Jesus Cristo, seu filho, entrego meu amor e anseio por mais, pois com Ele há prazer  
de viver não importa o lugar ou a situação.*

*Ao Espírito Santo, meu sorriso e respirar, pois me animou e ensinou cada segundo.*

*A minha mãe Cristina, gratidão, abraço, honra e todo meu carinho, por ser minha  
melhor amiga em quem ganhei forças e sustento.*

*Ao meu pai Ramon Perez, gratidão e honra pela sinceridade, sustento e proteção.*

*Para aqueles que oraram por mim e se importaram comigo em seus pensamentos,  
muito obrigada, e esse mestrado vem para servi-los.*

*À orientadora e professora doutora Vera Lúcia, obrigada pelo trabalho somado e  
ensino feito com carinho.*

*Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Acadêmico,  
obrigada por confiarem nesta pesquisa e pesquisadora.*

*À Faculdade de Medicina de Botucatu, gratidão e admiração.*

*À Universidade Estadual Paulista – UNESP – em Botucatu, meu orgulho por ela e  
gratidão pelas oportunidades a tantos alunos e professores oferecidas, incluindo a  
mim.*

## RESUMO

PEREZ, C. W. **Análise de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para profissionais da saúde do Estado do Maranhão.** 2016. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Este estudo objetivou analisar uma ação educativa sobre redução do óbito infantil no município de São Luís, estado do Maranhão, Brasil, na perspectiva de seus participantes. Essa ação educativa foi realizada em 2014, sob a modalidade de ensino presencial e à distância e compõe um amplo projeto de educação permanente em saúde, intitulado “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil, a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados”. Este projeto foi elaborado e executado em parceria de docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista e de responsáveis pela Área Técnica de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de São Luís. Por meio da abordagem qualitativa de pesquisa, no primeiro semestre de 2015, foram entrevistados 17 participantes da referida ação, advindos de diferentes pontos da rede de atenção e vigilância em saúde materno-infantil do município em foco. Os dados foram sistematizados segundo o Método de Análise de Conteúdo, numa vertente temática e foram analisados com base em princípios da educação permanente em saúde e na produção científica e técnica atual sobre vigilância em saúde materno-infantil e do óbito infantil. O projeto desta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Os depoimentos obtidos foram sistematizados em três grandes temas: 1. Vigilância do óbito infantil como processo para qualificar a atenção à saúde materno-infantil; 2. A ação educativa como estratégia facilitadora da aprendizagem sobre a vigilância do óbito infantil; 3. Implicações da experiência quanto ao desenvolvimento profissional e para os serviços de saúde. Os núcleos de sentido destes temas revelaram concepções ampliadas, porém experiências restritas quanto à realização da vigilância em saúde materno-infantil. Para as participantes, a ação educativa contribuiu para a aprendizagem significativa do conteúdo abordado, ao empregar métodos ativos, inovadores e considerando a realidade profissional dos mesmos. Houve destaque para a complementação do conhecimento teórico e prático sobre o tema e, também, quanto à proposição, implementação e resultados de operações apropriadas para solução de problemas relativos à atenção à saúde materno-infantil e à vigilância do óbito infantil. Considerando os achados deste estudo e em acordo com as participantes do mesmo, recomenda-se a continuidade do processo educativo em nível local, ampliando a participação para outros profissionais da atenção e gestão em saúde.

**Descritores:** Vigilância em Saúde Pública; Saúde Materno-Infantil; Mortalidade Infantil; Educação Permanente; Enfermagem em Saúde Pública

## ABSTRACT

PEREZ, C. W. **Analysis of educational action of infant mortality surveillance for health professionals of the State of Maranhão.** 2016. 81 p. Thesis. (Master) - Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

This study aimed to analyze an educational action on reducing child death in the city of São Luís, in the State of Maranhão, Brazil, from the perspective of its participants. This activity was carried out in 2014, in the form of classroom and distance learning education and makes up a large permanent health education project, entitled "Surveillance of maternal and child health: educational action to reduce infant mortality, from the epidemiological reality of selected states." This project was prepared and implemented in a teacher partnership of the Department of Nursing, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista and by responsible parties in the Surveillance Technical Area of the Ministry of Health and the State Department of Health of São Luís. Through the qualitative approach, in the first half of 2015, 17 participants of that action were interviewed, coming from different points in the network of attention and vigilance in maternal and child health of the municipality in question. The data were organized in accordance with the Content Analysis Method, in a thematic strand and analyzed based on principles of continuing education in health and scientific production through current technical surveillance on maternal and child health and infant mortality. The research project was approved by the Ethics Committee of the Botucatu School of Medicine - UNESP. The statements obtained were organized in three main areas: 1. Surveillance of infant death as a process to qualify attention to maternal and child health; 2. The educational activity as a facilitator of learning strategy on surveillance of infant death; 3. Implications of experience on professional development and health services. The core meanings of these themes revealed enlarged conceptions, but limited experience regarding the realization of monitoring in maternal and child health. For participants, the educational activity contributed to the significant learning of the content addressed by employing innovative and active methods, and considering the professional reality of the content. There was emphasis on the complementation of theoretical and practical knowledge on the subject and also on the proposition, implementation and results of operations appropriate to solving problems of attention to maternal and child health and monitoring of infant death. Considering these findings and in accordance with the participants of this study, it is recommended to continue the educational process at the local level, expanding participation to other professional care and health management.

**Keywords:** Public Health Surveillance; Maternal and Child Health; Child mortality; Education, Continuing. Public Health Nursing.



## APRESENTAÇÃO

O meu interesse pela Enfermagem despertou logo no Ensino Médio, quando tive a oportunidade de fazer, em seguida, o curso técnico de enfermagem pela Escola Técnica Estadual de São Paulo “Rubens de Faria e Souza”. O curso expandiu o despertamento em trabalhar com a atenção à saúde das pessoas. Quando terminado, logo no ano seguinte, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem (CGE) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP). No decorrer da graduação, a preferência pela atenção à saúde da criança e pela Saúde Pública foi surgindo. Nesta época, pude realizar dois projetos de extensão e pesquisa, como aluna bolsista. Um deles foi o Programa de Educação pelo Trabalho (PET – Vigilância em Saúde) voltado à pesquisa, combate e prevenção de dengue na cidade de Botucatu em parceria com a Secretaria da Saúde e agentes de saúde da Vigilância Epidemiológica. O segundo foi um projeto de iniciação científica, fomentado pelo CNPq, voltado ao tema da atenção à saúde no âmbito da violência contra crianças, que pôde ser continuado como trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação.

O estágio supervisionado em enfermagem desenvolvido em unidade de atenção primária à saúde no último ano da graduação foi extenso e somado ao TCC, preparou-me para a assistência a recém-nascidos, crianças e adolescentes, e também fortaleceu o interesse na pesquisa científica.

O desejo em atuar na atenção primária prosseguiu e me propus a fazer Mestrado Acadêmico nessa área de Saúde Pública, em especial, na Saúde da Criança, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Seguidamente, ingressei para trabalhar como enfermeira assistencial no Hospital das Clínicas de Botucatu, na Maternidade e depois na Unidade de Terapia Intensiva – Saúde do Adulto, somando três meses de trabalho. Decidida em me dedicar exclusivamente ao curso de mestrado, saí da atuação hospitalar.

O projeto de pesquisa apresentado ao curso de mestrado tomou forma e focou o estudo da Vigilância em Saúde Materno Infantil, em especial da Vigilância do Óbito Infantil, analisando uma ação educativa realizada por docentes do Departamento de Enfermagem da FMB-UNESP em parceria com a área Técnica de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), na capital do Maranhão. Esta ação educativa, componente de um projeto de intervenção mais amplo denominado “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados”,

foi tratada entre gestores do MS e docentes da FMB- UNESP da área materno-infantil, sendo planejada e implementada com o envolvimento de docentes e discentes da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem e Nutrição, que por sua vez participam do Grupo de Pesquisa: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – SAMUCA, do qual também faço parte.

A presente pesquisa aborda essa experiência de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos seus participantes, com vistas a subsidiar a realização de outras a serem desenvolvidas nos demais estados da União, bem como outras iniciativas semelhantes em demais realidades que se interessem e se disponibilizem para a Promoção da Saúde Infantil.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica de Saúde

DO – Declaração de Óbito

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

IES – Instituição de Ensino Superior

MS- Ministério da Saúde

ODM – Objetivos do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RAS – Rede de Atenção à saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SIM – Sistema de Informação em Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação em Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Informação em Pré-Natal

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
1.1	Vigilância em saúde materno-infantil: estratégias para redução do óbito infantil .....	13
1.2	Educação permanente em saúde com foco na redução do óbito infantil .....	16
2	OBJETIVOS .....	26
3	MÉTODO .....	27
3.1	Tipo de estudo.....	27
3.2	Local da pesquisa.....	27
3.3	Participantes da pesquisa.....	29
3.4	Procedimentos para a coleta dos dados.....	30
3.5	Técnicas de análise dos dados .....	31
3.6	Aspectos éticos .....	31
4	RESULTADOS .....	33
	Concepções e práticas profissionais sobre vigilância do óbito infantil a partir de ação educativa realizada em São Luís-MA .....	33
5	DISCUSSÃO .....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
	REFERÊNCIAS .....	70
	APÊNDICES .....	74
	ANEXOS .....	76

## **1 INTRODUÇÃO**

A presente pesquisa volta-se ao estudo das estratégias de redução de óbitos infantis, no contexto da vigilância em saúde materno-infantil. Especificamente, o objeto abordado foram as ações educativas para qualificar profissionais da saúde para desenvolver tais estratégias.

### **1.1 Vigilância em saúde materno-infantil: estratégias para redução do óbito infantil**

A vigilância em saúde é definida como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de Saúde Pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde<sup>1</sup>.

Especificamente, quanto à vigilância em saúde materno-infantil propõe-se que, em todo o território nacional, os profissionais atuem em atenção às mulheres e às crianças da área de abrangência de seus locais de trabalho, na apropriação de dados da população/demanda, na definição das necessidades de ações e dos serviços de saúde, na criação e ajustes necessários para a implantação de linhas de cuidado na atenção básica e especializada à saúde, na definição das propostas de intervenções necessárias, formulação e aprovação de planos de estruturação das referidas linhas de cuidado, além de definição e implantação de processos de monitoramento e avaliação desses planos, procurando assim atuar no diagnóstico, prevenção, controle e avaliação dos resultados<sup>2</sup>.

As altas taxas de mortalidade fetal, infantil e materna, consideradas pela Organização das Nações Unidas (ONU) como graves problemas de Saúde Pública em todo o mundo, têm impulsionado investimentos na vigilância em saúde materno-infantil, postura também adotada pelo Brasil<sup>3</sup>.

Para que possa ser melhor analisada, a taxa de mortalidade infantil - que se refere aos óbitos ocorridos entre o nascimento até um ano de idade por mil nascidos vivos, no mesmo período e local - é dividida em dois componentes: o neonatal ou infantil precoce, que corresponde aos casos de crianças falecidas até o 27º dia de vida e o pós-neonatal ou infantil tardio, referente às crianças falecidas entre 28º dia de vida e um ano de idade. No primeiro componente predominam causas “endógenas”, relacionadas às condições desfavoráveis dos

recém-nascidos, como imaturidade, baixo peso ao nascer e anomalias congênitas. No segundo, observam-se principalmente causas “exógenas”, decorrentes das condições ambientais sobre as crianças<sup>2</sup>.

Por refletir as condições de gravidez, parto e assistência perinatal, além de doenças congênitas e genéticas, a mortalidade neonatal tem controle mais lento e difícil, pois sua redução depende de assistência básica à gestante, de assistência médica hospitalar que deve contar com rede de maternidades, berçários e unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica de qualidade. Acrescenta-se que, em todos os países que tiveram redução significativa da mortalidade infantil, o primeiro componente a apresentar queda acentuada foi o pós-neonatal, pela melhoria das condições de saneamento básico, controle de doenças prevenidas por vacinação e incentivo ao aleitamento materno<sup>4</sup>.

O Brasil corresponde a essa situação, pois mesmo apresentando declínio das taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas, decorrente dentre outros motivos, pelo desenvolvimento de medidas propostas no âmbito da Saúde Pública, como assistência pré-natal e ao parto, vacinação e atenção a doenças prevalentes na infância, tais taxas ainda se apresentam preocupantes, atingindo principalmente suas regiões mais pobres, com grande parte das mortes ocorrendo no período neonatal<sup>3,5</sup>, especialmente no neonatal precoce (1º ao 6º dia de vida), com aproximadamente 25% das mortes acontecendo nas primeiras 24 horas de vida<sup>6</sup>. As principais causas relacionadas a esses óbitos são: prematuridade, malformação congênita, asfixia intraparto, infecções perinatais e fatores maternos, com proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde<sup>5,7</sup>.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, em 2011, foi 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando a Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODM se traduzem no compromisso dos governos integrantes da ONU de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015<sup>7</sup>. Considerando esse mesmo ano, os óbitos que ocorreram no país se concentraram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%), com frequência maior de recém-nascidos prematuros (81,7%) e com baixo peso ao nascer (82%). As regiões Sudeste, Centro-oeste e Sul apresentaram a maior proporção de óbitos de pré-termo. A prematuridade extrema (< 32 semanas) e o muito baixo peso ao nascer (< 1500gramas) representaram 60,2% e 59,6% dos óbitos, respectivamente, com maiores proporções nas regiões Centro-oeste e Sudeste. A maior proporção de óbitos de recém-nascidos a termo ocorreu no Nordeste (21,3%)<sup>6</sup>.

Assim, as taxas de mortalidade infantil e seus componentes refletem condições desfavoráveis de vida da população e da atenção de saúde, além das históricas desigualdades regionais e socioeconômicas<sup>3,5</sup>.

O desafio que se impõe aos serviços de saúde é relativo à redução dos casos e, para tal, a vigilância do óbito fornece visibilidade ao problema e subsidia gestores na tomada de decisões para evitar sua ocorrência. O conhecimento dos fatores de risco e do perfil epidemiológico dos casos também é relevante, na medida em que contribui para a identificação das populações mais vulneráveis a esse desfecho<sup>2</sup>.

A vigilância da mortalidade infantil e fetal está entre as prioridades do Ministério da Saúde (MS) que, em 2009, indicou aos gestores municipais que tratassem a mortalidade infantil como questão de emergência em Saúde Pública, realizando o monitoramento dos óbitos de cada criança, pois ao avaliar essas mortes, os gestores poderiam dar respostas mais rápidas e adequadas ao problema<sup>8</sup>.

A investigação do óbito é definida como um estudo de campo, realizado com base na identificação dos casos. Quanto à mortalidade infantil, o MS indica que sejam investigados, no mínimo: óbitos neonatais (0 a 27 dias de vida), óbitos pós-neonatais (28 dias a um ano incompleto de vida), óbitos fetais (natimortos) e óbitos ocorridos em domicílio<sup>2</sup>. Destaca-se a inclusão dos óbitos com maior potencial de prevenção, sendo excluídos os decorrentes de malformação congênita grave/complexa/letal. Também, há a recomendação de se priorizar os óbitos fetais ou de crianças que, por terem peso ao nascer adequado (maior ou igual a 2500 gramas) e/ou compatível com a vida (maior ou igual a 1500 gramas), constituem caso de óbito potencialmente evitável. Ressalta-se que os municípios com maior capacidade de operacionalização podem estender esses critérios, assumindo, por exemplo, a investigação de óbitos de crianças menores de cinco anos<sup>2</sup>.

Durante a investigação do óbito, buscam-se informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção, como também informações colhidas com a família. Por isso, é importante que a equipe de investigação seja integrada por profissionais de setores de vigilância epidemiológica e de setores responsáveis pela assistência à saúde em todos os seus níveis, de comitês de vigilância ao óbito infantil e fetal e de núcleos hospitalares de epidemiologia. Essa integração se faz necessária porque os objetivos principais da investigação não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde<sup>2</sup>.

A ocorrência de um óbito infantil pode envolver diferentes situações e serviços de saúde. Desse modo, é importante o planejamento prévio, de forma que todos os envolvidos no cuidado sejam alvo da investigação. Para tanto, cada fluxograma de investigação deve ser construído de acordo com a historicidade e a realidade local, no que diz respeito à política aplicada através dos governantes da região e aos fatos históricos junto aos índices de condições de vida e saúde locais, considerando que, o propósito da investigação do óbito de uma criança não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso, é importante a ampla discussão do caso, no sentido de promover a correção imediata de problemas que influenciaram no óbito e sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas no cuidado e no preenchimento dos registros de atendimento. A análise da condição social da família e das dificuldades para reconhecimento de riscos à saúde ou outros problemas relacionados, deve compor a avaliação abrangente da situação<sup>2</sup>.

Portanto, a vigilância do óbito deve ser efetivamente incorporada pelos profissionais, de forma que possam avaliar os possíveis problemas ocorridos e contribuir para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde, assim contribuindo para a prevenção de novas ocorrências. Contudo, no cotidiano dos serviços de saúde, diante da complexidade dos diversos níveis de atenção, em geral, os gestores e profissionais da saúde apresentam dificuldades de gerar dados ou informações que permitam conhecer e analisar, de fato, a realidade local. Mesmo que a notificação, investigação e sistematização dos dados já estejam sendo realizadas, considera-se que, em determinados contextos, ainda há muito que se fazer para melhorar o planejamento e a organização dos serviços e ações de saúde para reduzir as taxas de mortalidade infantil e fetal<sup>2</sup>.

## **1.2 Educação permanente em saúde com foco na redução do óbito infantil**

Como estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) constituiu-se o projeto intitulado “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados”. Ele foi elaborado em parceria de docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB- UNESP) e de responsáveis pela Área Técnica de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Por meio de ações educativas, o objetivo geral desse projeto consiste em instrumentalizar os participantes a elaborar e desenvolver



intervenções no âmbito da vigilância em saúde materno-infantil, com vistas à redução da mortalidade infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A educação permanente (EP) configura-se como referencial teórico-metodológico oriundo da área da Educação, que se alicerça na Aprendizagem Significativa. Tem-se que o educando aprende de forma significativa quando ele está apto não só a utilizar o conteúdo apreendido para a solução de problemas e aplicá-lo em situações novas, mas, também, a desenvolver habilidades mais avançadas de análise e síntese. Esse tipo de aprendizagem ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona com os conhecimentos prévios do educando, o conteúdo faz sentido para o educando e o educando está motivado para relacionar o que aprendeu com o que já sabe<sup>9</sup>.

As produções sobre EP se desenvolveram inicialmente na Europa, nos anos 30 e, depois, com muito mais força nos anos 60 do século passado, associadas a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos, correspondendo à necessidade de reestruturação produtiva e à demanda de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização. Historicamente, a EP trouxe em seu bojo, a premissa da permanente construção do conhecimento, atrelada às relações no cotidiano, que interferem nas decisões e atitudes que direcionam a vida, sendo o saber científico somente uma parte do universo de saberes possíveis e válidos. Dessa forma, qualquer processo educativo dirigido a adultos, buscando ser efetivo, deve ser desencadeado a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos próprios educandos, mantendo-se o diálogo com os conhecimentos adquiridos previamente, de modo formal ou por experiência cotidiana<sup>9,10</sup>.

A EP, ao ser adotada pela área da saúde, incorpora a ideia de que a transformação necessária para sua qualificação deva estar baseada em reflexões críticas sobre as práticas reais de profissionais na rede de serviços. A EPS é considerada como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições<sup>11</sup>.

A Política de Educação Permanente em Saúde, criada através da Portaria 198 de fevereiro de 2004, foi arquitetada e desenvolvida pelo MS do Brasil, como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Tal política, ao reafirmar os princípios democráticos do SUS e atravessar suas diferentes ações e instâncias, foi criada para implementar a atenção integral à saúde e consolidar o modelo de atenção proposto pelo SUS a partir de experiências e possibilidades concretas, com base nas características locais e

regionais, com vistas a valorizar o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo daqueles envolvidos nos processos de produção da saúde<sup>12</sup>.

O MS, através da referida portaria e de demais publicações correlatas, considera que a EPS presta-se a efetuar relações orgânicas entre formação, gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, com o objetivo de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. Para tal, busca-se identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde; mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção; formular e propor políticas e estabelecer acordos interinstitucionais e intersetoriais orientados pelos princípios e diretrizes do SUS<sup>11,12</sup>.

Guiadas por esses princípios, no âmbito da EPS, as ações educativas preveem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, sobretudo, nas pessoas, estejam elas nas posições de usuários, trabalhadores ou gestores da Saúde<sup>10</sup>. Incluindo aspectos de produção de subjetividade, de desenvolvimento de habilidades técnicas e de ampliação de conhecimentos sobre o SUS, com o desenvolvimento da EPS, pretende-se transformações que tragam contribuições satisfatórias para todos os envolvidos<sup>10,11</sup>.

Para contemplar, a contento, essas diferentes dimensões, recomenda-se a utilização de conceitos como: produção do cuidado, trabalho em equipe, dinamização de coletivos, gestão de equipes e de unidades, e capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos, especialmente para a produção da integralidade da atenção à saúde<sup>9</sup>.

Os espaços a serem criados para a viabilização técnica e política da EPS deverão sempre trabalhar com os elementos que conferem à integralidade da atenção, forte capacidade de impacto sobre a saúde da população, e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento; vínculo entre usuários e equipes; responsabilização; desenvolvimento da autonomia dos usuários; humanização e resolubilidade da atenção à saúde<sup>13</sup>.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades da população, a atenção básica cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolubilidade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no

cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de ações e serviços, observada a intersetorialidade<sup>14</sup>.

Assim, considera-se que a EPS é a proposta apropriada para se trabalhar a operacionalização do SUS, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos apresentados pelas equipes de saúde em seu território geopolítico de atuação<sup>9</sup>.

O primeiro Estado selecionado para sediar o projeto anteriormente referido foi o do Maranhão, sendo a capital, São Luís, o município a ser abordado. Cabe ressaltar que essa escolha baseou-se tanto nos indicadores de mortalidade infantil preocupantes, quanto na capacidade já instalada de vigilância do óbito infantil, interesse e disponibilidade de seus gestores e técnicos.

A ação educativa ocorreu no segundo semestre de 2014, sendo a população-alvo constituída de gestores e profissionais atuantes em diferentes pontos das redes de atenção e vigilância à saúde materno-infantil do citado município. A seleção dos participantes para as 30 vagas previstas foi realizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e os selecionados preencheram ficha de inscrição em que apresentava seu perfil profissional e expectativas em relação ao projeto. Esses dados foram utilizados pela equipe de coordenação do projeto para adequar a proposta final da ação educativa.

Em coerência com os pressupostos da EPS, nessa ação educativa foram adotados métodos ativos de ensino-aprendizagem<sup>15</sup>, como a problematização e o planejamento estratégico situacional (PES).

A problematização constitui método fundamentado nas concepções da Pedagogia Crítico-reflexiva, pela qual aprender é um processo integrado e qualitativo. O educando passa a se desenvolver de forma ativa, reflexiva, crítica e solidária, problematizando a realidade, explicitando suas contradições, usufruindo das suas possibilidades para aprender a aprender, buscando, então, o novo conhecimento<sup>17</sup>.

Ao aplicar esse método, o educador precisa ter consciência crítica e percepção dos fatos relevantes, além de domínio do conteúdo, tendo o papel de mediador na construção do conhecimento, estimulando os aprendizes e não sendo apenas um expositor de conteúdos. Conteúdos são os conhecimentos teórico-práticos sistematizados, que devem estar associados e articulados em nível crescente de complexidade, de forma a garantir que, a partir de sucessivas aproximações, o educando possa apreendê-lo e aplicá-lo<sup>17</sup>.

A problematização deve partir da prática cotidiana dos participantes e a ela retornar, de tal modo que o conhecimento analisado e processado possa contribuir para a transformação da prática pessoal, profissional e social. Neste tipo de estratégia educativa, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas, e não seu foco central<sup>14</sup>.

É, portanto, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que se torna possível a identificação das necessidades de ações educativas ou não, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos estabelecidos.

Em síntese, problematizar é uma forma de explicitar contradições por meio do diálogo questionador e provocador de conflitos de ideias, para o estabelecimento de múltiplas relações, mantendo-se o vínculo significativo entre educador e educando<sup>15,16</sup>.

Com relação ao PES, constitui-se em metodologia de planejamento estratégico de governo, desenvolvida pelo economista Carlos Matus na década de 1970. Para esse autor, o planejamento é processo técnico-político resultante de um jogo de participantes em interação, em que pode haver conflito, cooperação e alianças. Tais participantes têm suas próprias estratégias e sua particular visão dos problemas e da realidade. Assim, o PES se constitui processo aberto, que constrói o futuro pela interação dos participantes<sup>18</sup>.

Essa metodologia pressupõe constante adaptação a cada situação concreta onde é aplicada. Entretanto, existe um núcleo metodológico comum que se compõe por determinados momentos que, em geral, são trabalhados na ordem disposta na Figura 1:

Figura 1 – Síntese sobre os momentos do planejamento estratégico situacional<sup>18</sup>.

**Momento Explicativo:** identificação e seleção de problemas estratégicos que estão causando insatisfação. Problemas são barreiras que se colocam entre a situação atual insatisfatória e a Situação-Objetivo (resultado que se pretende alcançar), ou seja, são fatos ou circunstâncias impeditivos da realidade desejada, podendo estar essas situações sob controle ou não. Para se compreender os determinantes dos problemas, eles precisam ser descritos e explicados com precisão. Nesse momento, procede-se à montagem dos Fluxos de Explicação dos problemas, buscando elaborar as cadeias causais respectivas e selecionar as causas fundamentais como centros práticos de ação, chamadas de Nós Críticos: explicação cuja mudança produzirá impacto significativo sobre o problema. Além desta característica, o Nó Crítico deve comportar intervenção que seja viável do ponto de vista técnico e político.

**Momento Normativo:** construção coletiva da Árvore de Resultados, a partir de Situação-Objetivo definida pelo grupo. Com essa construção, torna-se possível a visualização gráfica do que se pretende alcançar, ao se representar a passagem do Fluxo de Explicação dos problemas para a Situação-Objetivo. Essa passagem não deve ser feita de forma mecânica, pois, neste momento, se tem a chance de perceber que alguns elementos do Fluxo de Explicação poderão ser excluídos, sendo que novos elementos poderão ser acrescentados. A seguir, desenham-se as ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico. Tais ações ou projetos também são chamados de Operações do Plano: ação destinada a atacar os Nós Críticos, tendo em vista alcançar a Situação-Objetivo, cujos resultados sejam capazes de sanar ou amenizar o problema. Cada operação deve ser elaborada a partir da definição dos recursos necessários, dos produtos esperados e dos resultados previstos, construindo cenários possíveis onde o Plano será executado. Na sequência, deve-se analisar a trajetória do conjunto das operações em cada cenário, tentando diminuir a vulnerabilidade do Plano.

**Momento Estratégico:** análise dos atores sociais envolvidos no plano, seus interesses, motivações e poder em cada operação prevista e cenário imaginado. Assim, deve-se definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecendo um programa direcional para o Plano, com a construção da viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo.

**Momento Tático-Operacional:** debate sobre as formas e cultura institucional e o *modus operandi* da instituição, de forma a garantir a execução do Plano. Neste momento, devem ser encaminhados os seguintes temas: funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura.

Fonte: elaborado pelo autor com base no livro “Entrevista com Carlos: o método PES” de Carlos Matus.<sup>18</sup>

Acredita-se que o método PES tem particular validade e excepcionalidade de resultados no setor público, onde a presença de problemas verdadeiramente complexos compõe o cenário dominante<sup>18</sup>.

Tomando por base os referenciais anteriormente apresentados, na ação educativa em foco foram realizados no total três encontros presenciais (68 horas) e desenvolvidas 72 horas de atividade no formato de Ensino à Distância (EaD), totalizando 140 horas. Concluíram o processo 27 profissionais, 81,8% dos inicialmente inscritos.

Nos encontros presenciais, foram realizadas conferências, mesas redondas, discussões em pequenos grupos e em plenária, bem como se aplicou o PES, com visitas aos serviços de saúde-alvo das intervenções (Anexo 1).

O primeiro encontro presencial foi voltado à discussão da realidade de saúde materno infantil de São Luís e, a partir do PES, buscou-se a identificação dos principais problemas, nós críticos e operações a serem desenvolvidas.

Entre inúmeros problemas elencados, quatro foram definidos como prioritários: 1- Desarticulação da rede de atenção à saúde materno-infantil; 2- Má qualidade da atenção pré-natal; 3- Má qualidade da assistência ao parto e 4- Dificuldade de fechamento da ficha de investigação do óbito infantil.

Exemplificando os resultados do PES obtidos durante o desenvolvimento da ação educativa, o Quadro 1 apresenta o problema prioritário, um de seus nós críticos, operações propostas e respectivos apazamentos para implementação.

Quadro 1 – Exemplos de problemas, nós críticos e operações aprazadas identificados pelo PES desenvolvido no projeto piloto. São Luís, 2014

<b>Problema: Desarticulação da rede de atenção à saúde materno-infantil</b>	
Nó Crítico: Gestores e profissionais de saúde não conhecem o funcionamento dos diferentes pontos da RAS materno-infantil	
Operação 1: Rodas de conversa setoriais com atores (Distrito de Itaqui-Bacanga – Experiência Piloto)	Curto prazo
Operação 2: Reunião com gestores da SEMUS envolvidos	Curto prazo
Operação 3: Realização do Fórum Distrital Perinatal	Curto prazo
Operação 4: Boletim Informativo sobre A Básica (eletrônico)	Médio prazo
<b>Problema: Má qualidade da atenção pré-natal</b>	
Nó Crítico: Descumprimento do protocolo de pré-natal	
Operação 1: Revisão do Protocolo de Atenção Pré-natal	Curto prazo
Operação 2: Capacitação de todos os enfermeiros da atenção básica para atendimento pré-natal a partir do protocolo revisto	Médio prazo
Operação 3: Monitoramento e avaliação periódica pelos gestores da utilização do protocolo	Curto prazo
<b>Problema: Má qualidade da assistência ao parto</b>	
Nó Crítico: Anotações insuficientes nos prontuários	
Operação 1: Capacitação dos enfermeiros para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas maternidades de São Luís	Médio prazo
Operação 2: Realização de reuniões nas maternidades com internos e residentes enfocando a importância do registro em prontuários e Declaração de Óbito e Nascidos Vivos	Médio prazo
Operação 3: Visita nas maternidades para sensibilizar médicos e enfermeiros quanto a importância do registro em prontuário para viabilizar a investigação de óbito	Curto prazo
<b>Problema: Dificuldade de fechamento da ficha de investigação do óbito infantil</b>	
Nó Crítico: Falta de preenchimento dos componentes ambulatorial e domiciliar das fichas de investigação do óbito infantil	
Operação 1: Reunião com gestores da vigilância epidemiológica e atenção básica de São Luís para viabilizar o preenchimento da ficha de investigação ambulatorial e domiciliar pelos profissionais da atenção básica	Curto prazo
Operação 2: Estabelecer fluxo de informação para permitir a investigação completa do óbito	Curto prazo
Operação 3: Estabelecimento de rotina de discussão e fechamento dos casos investigados com as equipes envolvidas, com proposição de intervenções para evitar novas ocorrências	Longo prazo

Fonte: Relatório das atividades realizadas na ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados.

A implementação das operações foi acompanhada por tutoras da UNESP e dois meses após o primeiro encontro presencial, realizou-se o segundo, para avaliação parcial das operações em desenvolvimento, bem como para realização de reunião da coordenação do projeto com gestoras da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Nessa reunião apresentou-se síntese do andamento do projeto sendo entregue relatório discriminando os

problemas identificados pelos participantes, com as operações propostas. Na ocasião, foi acordado que a equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde participaria do terceiro encontro presencial.

O terceiro e último encontro presencial voltou-se à discussão dos fluxos de investigação dos óbitos neonatais, considerando os diferentes atores envolvidos: atenção básica, maternidades de baixo e alto risco, vigilância epidemiológica do município de São Luís e do Estado do Maranhão. Além disso, houve a apresentação final das operações na presença de gestores do setor saúde do município.

Paralelamente aos encontros presenciais, foram realizadas as atividades de EaD, que contaram com ambiente virtual de ensino e de aprendizagem criado especificamente para esse projeto. A finalidade desta modalidade de ensino foi viabilizar a realização de exercícios relativos à prática da vigilância em saúde, com discussão e compartilhamento de experiências, sendo usado o *Moodle* como plataforma, que por sua vez trata-se de software livre, aprimorado em colaboração com comunidades virtuais de pesquisa e instituições de Ensino Superior.

Para subsidiar a implementação, essencialmente da EaD, foi elaborado um manual didático, em parceria estabelecida entre docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP e responsáveis pela Área Técnica de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

Esse material educativo foi composto por três grandes temas transversais subdivididos em módulos e também apoiou os profissionais participantes na proposição e execução das operações. Os temas foram: Contexto da saúde materno-infantil: políticas de saúde e situação epidemiológica (dois módulos), Vigilância em saúde (quatro módulos) e Organização da Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil (três módulos). Os nove módulos foram desenvolvidos semanalmente e, além das tarefas, incluía a participação em fóruns de discussão<sup>19</sup>.

Ao final de cada etapa da ação educativa, todos participantes realizaram avaliação formal mediante o preenchimento de instrumento elaborado para essa finalidade. Entre os pontos positivos citados pelos participantes após os encontros presenciais estavam: excelência do conteúdo, possibilidade de aplicação no dia a dia, levantamento de fragilidades e reconhecimento da vigilância do óbito como instrumento de gestão; quanto aos pontos negativos, foram citados aspectos relativos à organização do curso: pouco tempo entre os momentos presenciais e grande extensão do conteúdo para a carga horária disponibilizada.



Como sugestão foi indicada: sensibilização para participação no projeto de outras categorias profissionais e manutenção dessa iniciativa como ação de EPS.

E, complementando o desenvolvimento do projeto mais amplo inicialmente citado, seis meses após o término da ação educativa realizada em São Luís-MA, iniciou-se a presente pesquisa, que teve por questão central de estudo: *qual o significado atribuído pelos participantes à ação educativa vivenciada?*

Cabe lembrar que no âmbito da EPS, a análise das ações desenvolvidas se torna imprescindível, tanto para apurar se os objetivos estabelecidos foram atingidos a contento, quanto para servir de base para novas oportunidades de qualificação do trabalho prestado<sup>10,12</sup>. Essa premissa referenda a realização desta pesquisa, como momento integrante do projeto “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados”

Assim, teve-se por finalidade obter subsídios para dar continuidade ao desenvolvimento das operações propostas e demais decorrentes no município de São Luís-MA, bem como para qualificar próximas ações a serem realizadas em demais estados selecionados.

## 2 OBJETIVOS

Em geral, objetivou-se analisar ação educativa sobre redução do óbito infantil no município de São Luís, estado do Maranhão, Brasil, na perspectiva de seus participantes.

Especificamente, pretendeu-se:

- Aprender concepções e experiências dos participantes sobre vigilância em saúde materno-infantil, incluindo vigilância do óbito infantil;
- Descrever o processo ensino-aprendizagem vivenciado;
- Verificar os resultados da ação educativa atribuídos pelos mesmos.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, a qual busca apreender dados que se referem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e do objeto em estudo, ressaltando as perspectivas dos participantes da pesquisa<sup>20</sup>.

Pode-se considerar que a pesquisa de abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmo e de como sentem e pensam os fenômenos estudados<sup>21</sup>.

#### **3.2 Local da pesquisa**

A ação educativa foi desenvolvida em São Luís do Maranhão. Esse município é a capital do estado, fundada no dia 8 de setembro de 1612. Localiza-se na ilha Upaon-Açu (denominação dada pelos índios tupinambás significando "Ilha Grande"), no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. É o principal município da Região Metropolitana Grande São Luís e possuía aproximadamente 1.073.893 habitantes segundo IBGE, no ano de 2015. Ocupando uma área de 834.785 Km<sup>2</sup>, localiza-se no Nordeste do Brasil a 2° ao Sul do Equador, estando a 24 metros acima do nível do mar<sup>22</sup>. A economia Ludovicense gira em torno do comércio, indústria, pesca e turismo, sendo que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010) foi de 0,768, situado na faixa alta de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM entre 0,7 e 0,799)<sup>23</sup>.

Sobre essa última informação, cabe considerar que tal índice ao ser classificado como elevado, não reflete as desigualdades presentes no município comprovadas pela análise isolada dos indicadores de mortalidade neonatal e infantil. O referido índice mostra-se como resultante de valores altos em seu cálculo de origem, no caso, o produto interno bruto - PIB - per capita de São Luís-MA, que não representa a situação socioeconômica da maior parte da população<sup>23</sup>.

Em relação aos indicadores de saúde materno-infantil mais recentes que se encontram no DATASUS, tem-se que em 2013, o número de nascidos vivos em São Luís-MA foi de 17.204, sendo que 26 (0,1%) nasceram antes de 22 semanas de gestação, 117 (0,6%) com

22 a 27 semanas, 196 (1,1%) com 28 a 31 semanas, 1.799 (10,4%) de 32 a 36 semanas, 12.488 (72,6%) bebês foram a termo e 802 (4,6%) com 42 semanas ou mais, sendo que para 1.776 (10,3%) nascimentos não houve descrição de idade gestacional ao nascer. Do total de bebês, 87 (0,5%) nasceram com menos de 500gramas (g), 110 (0,6%) com 500-999g, 136 (0,8%) bebês tendo 1000-1499g, 1.302 (7,5%) nasceram com 1500-2499g, 3.865 (22,4%) nascidos com 2500-2999g, 10.753(62,5%) com 3000-3999g, e 951 (5,52%) bebês nasceram com 4.000g ou mais. Quanto ao local de nascimento, 17.149 (99,6%) foram em hospital, 36(0,2%) em domicílio, 13(0,07%) em outro estabelecimento de saúde e seis (0,1%)em outros locais. Os tipos de partos foram:8.206 (47,7%) vaginais, 8.867 (51,5%)cirúrgicos e 131 (0,7%) ignorados <sup>24</sup>. Esses óbitos neonatais e os de até um ano de vida tiveram como principais causas as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas. As afecções perinatais envolveram principalmente prematuridade, baixo peso e idade gestacional pós-termo ao nascer<sup>24</sup>.

Em 2013, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil foi de 15,02 óbitos por mil nascidos vivos, mantendo a tendência à queda. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil no estado do Maranhão acompanhou a queda do restante do país, mas mesmo assim, ainda apresentou-se preocupante, ficando em último lugar em comparação com os outros Estados da Nação, com 24,7 óbitos a cada mil nascidos vivos. Em relação a São Luís-MA, em 2013, essa taxa foi de 16,3 óbitos a cada mil nascidos vivos<sup>24</sup>.

Quanto aos óbitos de São Luís-MA de 2013,167 bebês morreram no período neonatal precoce, 48 bebês no período neonatal tardio, totalizando 215 óbitos no período neonatal, sendo destes 125 nas primeiras 24 horas de vida. Em relação ao período pós-natal, 76 bebês morreram, configurando-se 291 óbitos infantis. Constatou-se a ocorrência de 31 óbitos de crianças de um a quatro anos de idade. Houve a investigação de 216 (67,0%) dos óbitos, sendo 149(69,0%) das investigações com ficha síntese informada, 67 (31,0%) sem essa ficha e 75 (33,0%) óbitos não foram investigados. Importante comparar que no ano anterior, a porcentagem de investigação foi de 31,2% mostrando pequeno aumento das investigações. Dos 322 óbitos neonatais, pós-neonatais e infantis de 2013,as causas consideradas evitáveis foram: 101 (31,3%) óbitos reduzíveis pela atenção à mulher na gestação,19 (5,9%) reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, 35 (10,6%)reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, 30 (9,3%), reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado, 29 (9,0%) reduzíveis por ações de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde<sup>24</sup>.

Atualmente, em São Luís-MA, a rede de atenção primária à saúde compreende centenas de estabelecimentos e como principais da rede são: 59 unidades básicas de saúde, sendo uma delas unidade de atenção à saúde indígena atingindo as regiões e grupamentos mais vulneráveis, e possui seis estabelecimentos denominados postos de saúde. Conta com 127 equipes da estratégia saúde da família (ESF), e 17 equipes de agentes comunitários de saúde (EACS). Quanto à assistência de média e alta complexidade são 67 policlínicas, 43 hospitais entre gerais e especializados, quatro hospitais Dia, seis pronto atendimentos, dois pronto-socorros especializados, e um geral. Conta-se ainda com seis centros de atenção psicossocial (CAPS), sete centros especializados, quatro unidades mistas, 144 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia e 21 locais de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Coordenando a vigilância em saúde local estão duas unidades de Secretaria da Saúde, e duas unidades de Vigilância em Saúde. Existem também 380 consultórios médicos particulares e, até outubro de 2015, existiam no total 935 estabelecimentos de saúde, englobando locais públicos e particulares de diferentes níveis de atenção<sup>25</sup>.

Cabe destacar a atuação da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão na atenção à saúde materno-infantil do município de São Luís-MA, a qual mantém o setor de Vigilância em Saúde que é responsável pela vigilância do óbito infantil de todo o Estado. Essa secretaria respondeu, localmente, pelo desenvolvimento do projeto: “Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados”, o qual foi anteriormente apresentado.

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Foram convidados a participarem da pesquisa todos os participantes da ação educativa, 30 no total, por meio de e-mails e ligações telefônicas para agendamento da entrevista. Destaca-se que para serem incluídos no estudo, os participantes deveriam manifestar a disponibilidade de acesso à Internet, banda larga e/ou telefone celular ou fixo.

A busca pelas participantes e o agendamento das entrevistas apresentou algumas dificuldades. Para entrar em contato foram realizadas várias ligações telefônicas para celulares ou telefones fixos dos locais de trabalho e/ou residências. Do total de convidados, 27 responderam com interesse ou justificando impossibilidades, sendo que 10 não se mostraram disponíveis por falta de tempo para a entrevista, falta de computador, de acesso à Internet ou mesmo de telefone celular/fixo para as ligações. Nessas circunstâncias, foram entrevistadas 17

profissionais que agendaram e realizaram a entrevista, após os esclarecimentos sobre essa participação, envio, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

### **3.4 Procedimentos para a coleta dos dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, seguindo roteiro previamente estipulado, com questões para identificação e caracterização quanto à idade e ao sexo e de outros aspectos de trabalho dos entrevistados e questões para atingir os objetivos propostos (Apêndice 2).

A entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, com seu foco principal colocado pelo investigador-entrevistador. Esse tipo de entrevista permite a descrição dos fenômenos sociais, mas também favorece sua explicação e a compreensão de sua totalidade mantendo a presença consciente e atuante do pesquisado e do pesquisador no processo de coleta de informações. A opção por esse tipo de coleta de dados se faz, ao admitir que por meio do discurso, que é o modo que naturalmente as pessoas pensam, se torna possível o acesso aos dados da realidade de caráter subjetivo, com a profundidade pretendida<sup>26</sup>.

A maioria das entrevistas foi realizada por meio de ligações telefônicas, com função viva voz, a partir de ligações da própria pesquisadora de Botucatu-SP para os participantes em São Luís-MA. As ligações foram gravadas em áudios.

O programa *Skype* também foi utilizado com entrevistados que tivessem acesso e soubessem usar essa ferramenta, via Internet, o que possibilitou comunicação falada e/ou por vídeo, em tempo real, com possibilidade de ser gravada através do *Free Video Call Recorder for Skype*.

Optou-se por essa estratégia de coleta de dados, considerando a distância física entre o município de São Luís-MA e a instituição coordenadora do projeto em foco, que abriga também o programa de pós-graduação, frequentado pela pesquisadora.

O tempo das entrevistas foi de, aproximadamente, 30 a 40 minutos. Sendo que os depoimentos gravados em áudio, foram transferidos para o computador da pesquisadora, para posterior transcrição na íntegra.

### 3.5 Técnicas de análise dos dados

A análise do material obtido pelas entrevistas foi embasada em princípios da proposta de interpretação qualitativa de dados, denominada Análise de Conteúdo que se configura como um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizada por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens<sup>27</sup>.

Dentre as vertentes de Análise de Conteúdo, foi realizada a Análise Temática que, ao recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a investigação, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise<sup>28</sup>. Operacionalmente, esse processo analítico se divide em três partes: Pré-análise: consiste na leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; Exploração do material: consiste na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações que permitam colocar em relevo as informações obtidas. Por fim, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico<sup>28</sup>.

Dando continuidade ao processo analítico acima descrito, procedeu-se à síntese de todo material obtido, no intuito de atingir o objetivo geral proposto, com base em princípios da EPS, bem como da produção científica e técnica sobre vigilância em saúde materno-infantil e ao óbito infantil, os quais guiarão próximas análises e discussões dos resultados.

### 3.6 Aspectos éticos

O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (CAAE: 40558514.3.0000.5411). Para tal, obteve-se aprovação da Secretaria Estadual da Saúde do Maranhão. Para participação no estudo, os profissionais foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enviando-o de volta à pesquisadora digitalizado via e-mail ou outro meio digital. Nesse processo, foram esclarecidas todas as peculiaridades da pesquisa (Apêndice 1). Cabe ressaltar que foi e continuará sendo garantido

o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o compromisso de manter esse caráter na divulgação dos resultados do trabalho.



## 4 RESULTADOS

### Concepções e práticas profissionais sobre vigilância do óbito infantil a partir de ação educativa realizada em São Luís-MA

Para contextualizar esses depoimentos, a seguir, apresenta-se o Quadro 2 com algumas características pessoais e profissionais das participantes do estudo.

**Quadro 2**– Caracterização dos participantes do estudo. Botucatu, 2015.

Entrevistado	Idade (anos)	Sexo	Local de trabalho <sup>A</sup>	Função no trabalho <sup>B</sup>	Tempo de atuação no trabalho atual (anos)
1	36	Feminino	4	4	8
2	34	Feminino	4	4	3
3	50	Feminino	4	4	5
4	40	Feminino	4	2 e 4	9
5	55	Feminino	4	4	5
6	47	Feminino	5	3 e 4	20
7	38	Feminino	1	1	13
8	29	Feminino	5	2 e 4	7
9	35	Feminino	1	1	7
10	50	Feminino	5 e 6	3 e 4	16
11	47	Feminino	1 e 5	1 e 4	11
12	37	Feminino	1	1	12
13	24	Feminino	1 e 2	1	3
14	46	Feminino	5	2	8
15	63	Feminino	5	4	37
16	40	Feminino	1	1	10
17	53	Feminino	4	2	12

A – 1. Atenção Básica à Saúde; 2. Atenção Hospitalar; 3. Setor de Vigilância à Saúde Municipal, 4. Setor de Vigilância à Saúde Estadual; 5. Setor de Vigilância à Saúde Hospitalar; 6. Escola.

B – 1. Assistencial, 2. Gerencial, 3. Ensino 4. Vigilância

As participantes se caracterizaram por serem todas do sexo feminino, com idade variando de 24 a 63 anos, de diferentes inserções e funções profissionais. A maioria estava diretamente envolvida com ações de vigilância em saúde materno-infantil, com tempo de atuação no trabalho atual variando de 3 a 37 anos. Dentre elas, algumas possuíam dois vínculos empregatícios, em áreas diferentes. As categorias profissionais também variaram, havendo enfermeira, fisioterapeuta, administradora, farmacêutica e professora.

Os depoimentos obtidos junto às participantes foram sistematizados em temas e respectivos núcleos de sentido que seguem apresentados, primeiro, sob forma de quadro-síntese e, na sequência, com detalhamento maior, sendo ilustrados por alguns recortes dos discursos obtidos (unidades de registro), por sua vez, identificados com a letra E (entrevistada), que foi associada ao número de ordem da entrevista realizada (1 a 17).

**Quadro 3** – Síntese dos temas e respectivos núcleos de sentidos dos depoimentos coletados. Botucatu, 2015

<b>Tema 1–Vigilância do óbito infantil como processo para qualificar a atenção à saúde materno-infantil</b>
É um processo multiprofissional, contínuo e sistematizado de investigação, identificação de agravos de saúde, monitoramento e avaliação das intervenções
Contribui para a prevenção do óbito infantil
Promove a saúde da gestante e da criança
Traz direcionamento e melhoria da qualidade da assistência
Há pouca valorização pelos serviços de atenção à saúde materno-infantil
<b>Tema 2 – A ação educativa como estratégia facilitadora da aprendizagem sobre a vigilância do óbito infantil</b>
Bem organizada e eficiente, com relação próxima entre os participantes e tutoras
A etapa de EaD foi apropriada, com alguns problemas a sanar
Houve articulação teórico-prática por meio de construção coletiva do conhecimento
<b>Tema 3 – Implicações da experiência quanto ao desenvolvimento profissional e para os serviços de saúde</b>
Sensibilizou para a situação de morbimortalidade infantil e a devida atenção à saúde
Ampliou o conhecimento teórico e prático sobre vigilância do óbito infantil
Aprimorou as ações em vigilância do óbito infantil
Instrumentalizou para qualificação da atenção materno-infantil

**Tema 1 -Vigilância do óbito infantil como processo para qualificar a atenção à saúde materno-infantil**

Neste tema, emergiram cinco núcleos de sentido que revelam as concepções das participantes sobre vigilância em saúde materno-infantil, com destaque à vigilância do óbito infantil. Pode-se verificar que permeando a visão mais restrita de vigilância em saúde ligada a ações tradicionais da Vigilância Epidemiológica, existe a ampliação dessa visão, comportando aspectos de prevenção do óbito infantil e de promoção à saúde infantil, bem como seu potencial para qualificar o processo de trabalho na atenção à saúde materno-infantil. Entretanto, por suas experiências, as depoentes apontaram que, em geral, não há o reconhecimento por parte dos próprios profissionais de saúde sobre tais aspectos.

**“É um processo multiprofissional, contínuo e sistematizado de investigação, identificação de agravos de saúde, monitoramento e avaliação das intervenções”**

Inicialmente, apresenta-se a vigilância do óbito infantil, como processo de investigação, que se realiza continuamente com a participação de profissionais de diversas categorias atuantes em diferentes níveis de atenção e vigilância à saúde materno-infantil.

*A gente deve estar em constante vigilância dos óbitos que ocorrem em determinado município. Assim, ir monitorando, verificando esses óbitos e por que ocorreram. Ir atrás do por que aquela criança morreu. Então, na medida em que se investiga, se tem um real conhecimento do que está acontecendo dentro do seu território, dentro da sua área. Assim, na questão dos agravos que acontecem no município, a vigilância epidemiológica[Setor]tem o papel de suma importância na questão de estar a frente, monitorando os agravos que possam acontecer no município, implementando as ações para que se possa estar evitando o aparecimento desses agravos, e estar intensificando as ações de saúde dentro do território.*E1

*A gente tem acesso ao SIM federal e lá tem todos os dados dos óbitos que aconteceram no estado, que a gente fica monitorando. Tem a declaração de óbito inteira que a gente consegue visualizar, causa básica, idade, todos os dados da declaração de óbito. E tem também a ficha síntese de investigação, incluída depois que aquele óbito é investigado. Assim, a gente tem acesso aos dados. Então, monitoramos constantemente, identificamos quais os municípios onde estão ocorrendo o maior número de óbito materno e infantil e fetal.* E2

*Na atenção básica, tem os agentes de saúde que estão sempre presentes na comunidade, de certa forma a gente fica sabendo por eles. E aí tenta fazer essa pesquisa. É um trabalho de equipe, com os agentes de saúde, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, e os enfermeiros que são responsáveis pela equipe.* E9

*... e aí encaminha para o setor de vigilância do município, para depois ir para o Ministério da Saúde.* E15

*A vigilância do óbito em si está na vigilância epidemiológica em saúde. Nesse trabalho, quando você faz a análise [dos óbitos] que você vê os fatores que interferem desde o pré-natal, o parto... E todas essas ações estão na Atenção Básica. Assim, tem se procurado trabalhar de forma integrada com o setor de vigilância. Procurado exatamente esses fatores, onde e como é que está ocorrendo óbito, para fazer um planejamento interessante. Então, nesse processo, tem-se procurado trabalhar dessa forma integrada: vigilância do óbito com atenção à saúde da mulher e da criança. E17*

Os depoimentos também mostraram que ligada ao conceito de vigilância em saúde materno-infantil, emerge a ideia de que por meio desta prática, é possível prevenir enfermidades e intercorrências na saúde de gestantes e de bebês, com acompanhamento próximo das suas condições de saúde e de vida, identificando os fatores de risco e tendo como consequência a prevenção do óbito infantil.

#### **“Contribui para a prevenção do óbito infantil”**

*A gente monitora para evitar que novos casos aconteçam para identificar o que acontece. E daí a gente pode traçar as estratégias para prevenir que novos óbitos aconteçam. E2*

*A identificação da ocorrência de óbitos... Além da identificação, a análise e adequação de medidas para que se possa estar trabalhando em cima da prevenção da ocorrência desses óbitos materno-infantis. Eu acho que é o conjunto de medidas que visa identificar, analisar e propor medidas de prevenção na ocorrência desses óbitos. E8*

*...é uma estratégia de controle, uma estratégia onde a gente vai tentar prevenir algumas coisas, alguns acontecimentos que possam estar prejudicando a saúde de um modo geral de uma população. Entender porque que aconteceu o óbito e tentar pelo menos conduzir para que outros óbitos não venham a acontecer da mesma maneira, para realmente reverter essa situação. E12*

*Então, a relação da vigilância com o óbito é relação de prevenção. Vigilância materno-infantil é um total controle da saúde, é um trabalho de levantamento de diagnóstico para medidas preventivas. A vigilância em saúde materno-infantil é ter o conhecimento da saúde*

*ou da falta dela, no período. Tem que ter conhecimento das causas, de como tomar medidas preventivas e corretivas. Então, vigilância é isso, fiscalização da saúde ou uma proteção à saúde materna infantil, para compreender o que poderia ser prevenido para a criança não ir a óbito. E14*

*Então, a questão da vigilância materno-infantil é exatamente prestar atenção aos fatores de riscos que envolvem as mortes maternas, fetais e infantis, para que se evitem essas mortes. E16*

*A vigilância em saúde materno-infantil, de modo geral, é estar atenta a vários fatores, é estar atenta a gestão do pré-natal, estar atenta à questão do nascimento, aos cuidados da primeira semana integral no acompanhamento dessa criança, E estar atenta também nas questões das intercorrências nesse período, gravidez, período gravídico-puerperal. Gravidez, parto e puerpério da mulher. Então estar vigilante com relação a tudo que acontecer nesse período, desde a concepção até o nascimento e após o nascimento. Ver o que pode ocorrer. Então assim, é um desafio! Se a gente trabalhar bem o pré-natal, o parto, com acompanhamento durante esse período, a gente pode estar melhorando esse fator predisponente, que interfere na questão da mortalidade. Quando você atua nesses fatores provavelmente vai ter alteração e mudanças para melhor, em evitar esses óbitos. E17*

E, para além das possibilidades de prevenção dos óbitos infantis, as entrevistadas também atribuíram à vigilância em saúde, a possibilidade de se promover a saúde materno-infantil. Os depoimentos de E13 e E16 foram convergentes neste sentido e exemplificam essa concepção.

#### **“Promove a saúde da gestante e da criança”**

*A vigilância materno-infantil é avaliar, é acompanhar, estudar para aplicar ações para que ocorra o desenvolvimento saudável tanto da gestação quanto da criança. No âmbito de Puericultura, durante todo o pré-natal avaliar os fatores externos que possam influenciar, como comportamentos, desde uma gravidez que é desejada ou indesejada, fatores socioeconômicos, fatores da idade também. Vai desde o pré-natal, na verdade, vem antes, vem no planejamento familiar. Se for uma gravidez desejada, aquela mãe vai pelo menos*

*tentar se alimentar melhor durante essa fase, ela vai fazer os exames... E quando a criança nascer, é poder acompanhar ela melhor, porque vai ser uma mãe que vai ser mais assídua, ela vai levar para fazer as vacinas, vai proporcionar para aquela criança uma dieta mais adequada, rica em frutas, em verduras. Então, a vigilância vai abranger tudo isso, tanto para promover a saúde, como para afastar fatores que possam prejudicar. E13*

*A relação é direta, ou seja, a partir do momento em que você estabelece a vigilância mais atenta, fazendo uso de todas as ferramentas que lhe são cabíveis como o pré-natal, o acompanhamento dos exames laboratoriais, do exame físico da mãe, isso favorece o nascimento, favorece o nascimento saudável. Então, é uma relação direta, bastante direta. E quando se fala do primeiro ano de vida, essa vigilância também pode se constituir na questão da continuidade do acompanhamento. A imunização é extremamente importante... A consulta de crescimento e desenvolvimento, para que a criança tenha um desenvolvimento sadio. E16*

A vigilância em saúde também foi definida como um meio de se visualizar as ações em saúde no intuito de qualificá-las, sendo vista como estratégia para avaliação dos serviços para permitir visão crítica da assistência à saúde oferecida. Neste sentido, houve destaque à importância das ações de vigilância do óbito infantil para a qualificação da Atenção Básica à Saúde.

### **“Traz direcionamento e melhoria da qualidade da assistência”**

*O que mais chama a atenção na vigilância em saúde materno-infantil é você poder implementar ações para melhoria da qualidade da assistência, tanto materna como infantil. Não é somente um papel de estar identificando as falhas. A vigilância tem um papel fundamental de identificar, claro, os problemas, mas não punir a ou b. É mais o papel de implementar ações, melhorar ações. E1*

*Com a vigilância se pode, a partir do momento em que se investiga um óbito, intervir para melhorar a atenção à saúde. Ver como é que tem que fazer... A Atenção Básica tem que estar à frente disso. Porque o primórdio, o começo de tudo, é a Atenção Básica... E3*

*Estar avaliando, fazer essa vigilância, para descobrir o que está acontecendo de errado na Atenção Básica principalmente, se é no pré-natal... Claro! Também as Maternidades, para tentar melhorar. E9*

*A vigilância em saúde materno-infantil é um instrumento muito importante para avaliar as condições de assistência, tanto para mulher quanto para a criança, e com isso tentar melhorar essas condições. Ela dá condições para ver que ainda se tem falta muito grande de assistência básica para que mulheres e crianças não evoluam a ter esses óbitos. E10*

A partir das concepções e experiências relacionadas à atenção e à vigilância materno-infantil, as entrevistadas apontaram o distanciamento, por vezes, dos profissionais em relação às ações de vigilância em saúde e da investigação dos óbitos já ocorridos.

### **“Há pouca valorização pelos serviços de atenção à saúde materno-infantil”**

*Tem também falta de conscientização de alguns profissionais da importância de se fazer a investigação do óbito. Porque eles acham, que “morreu, foi enterrado, acabou!” Tem muitos que pensam assim. E2*

*Tem muitas dificuldades, principalmente, na questão do profissional da Atenção Básica em estar com esse olhar crítico de atenção para que o óbito não ocorra. No caso, de realizar a investigação domiciliar e ambulatorial. Então, os profissionais não querem ter esse olhar crítico para estar fazendo a coleta dessa informação, vendo toda a história da gestante... E4*

*Muitas dificuldades, principalmente a colaboração dos profissionais da assistência para notificar e ajudar na investigação... E7*

*Muitos não sabem a importância da vigilância à saúde materno-infantil. Tem muita dificuldade para fazer as notificações e os prontuários são incompletos. Os profissionais têm muita resistência e não facilitam o trabalho, é complicado... E10*

**Tema 2 - A ação educativa como estratégia facilitadora da aprendizagem sobre a vigilância do óbito infantil**

O Tema 2 aborda a realização da ação educativa pelo olhar dos participantes. Os três núcleos de sentido relativos a esse tema abrangeram aspectos do conteúdo ministrado, dos métodos empregados e da equipe de tutores da ação realizada.

O primeiro núcleo de sentido formou-se a partir das considerações sobre o conteúdo teórico e prático abordado durante a ação educativa, os métodos empregados e o desempenho dos tutores nesse processo.

**“Bem organizada e eficiente, com relação próxima entre participantes e tutoras”**

*O contato com as tutoras foi muito próximo. Tanto presencial como por computador, à distância, houve muito apoio delas, nas respostas, nas atividades. E aí diante das dificuldades encontradas, trazia para sala de aula, era discutido se tentava encontrar soluções, construir junto com os demais profissionais. A relação foi muito boa, de muita importância, foi bem facilitadora, foi bem didática, entendeu? Elas conseguiram passar da melhor forma possível as discussões sobre a questão do óbito infantil. E1*

*Foi muito bom também, apesar de ser corrido, mas foi corrido com bastante sapiência, discernimento, direcionamento. Nunca se fugiu do conteúdo, nunca se passou da introdução já para conclusão. Teve introdução, desenvolvimento e tivemos uma conclusão. Nunca houve atropelo de nada. Teve uma sequência todo tempo. E3*

*A forma que foi colocada na parte presencial para gente, de como elaborar o plano, a forma como foram divididas as atividades pela carga horária do curso. Essa parte pedagógica foi bem conduzida. E, também, na parte da gente estar avaliando e fazer apresentação do que a gente tinha avançado. Acho que, a pedagogia do curso foi bem desenvolvida. E8*

*Foi tudo muito bom, tanto na plataforma quanto nos momentos presenciais. Acho que todo mundo saiu, assim, maravilhado. Quando começou, começou primeiro com a parte dos indicadores de óbito. A gente viu assim que estava ruim, os indicadores estavam ruins e tinham que melhorar. A gente entendeu que todo o curso era para isso, para contribuir para essa melhora. E que tudo que seria feito, seria para contribuir. E do óbito evitável foi o que achei mais interessante. Não só ver a importância de completar as fichas de investigação, de*



*cada um fazer sua parte, mas principalmente analisar o óbito evitável. Se a gente não se atentar para isso, às vezes, a criança morre por uma bobagem que não deveria nem ter acontecido aquilo. E11*

*O curso foi muito prático e foi bem legal na parte da resolução de problemas. As tutoras eram muito didáticas. Assim, só de estar vivenciando outra realidade diferente, ver a realidade das tutoras. Elas se mostraram muito amáveis, pessoas que estavam realmente preocupadas com a saúde pública e estavam preocupadas em nos repassar algo de bom, algo para melhorar a saúde pública de São Luís do Maranhão, para melhorar a vida das gestantes, nossas mulheres. A forma que elas passaram foi muito boa, essa questão de não só estarem ali na frente, mas possibilitar a gente estar falando, participando, trocando ideia, sentando e discutindo em grupo diversas realidades. Porque não foi só Atenção Básica, foi hospital, maternidade... Então, se conseguiu até se reunir com os laboratórios que são de grande entrave aqui. Foi muito bom para trocar essas experiências, foi muito gratificante, foi bem interessante. E12*

*Foi bastante enriquecedor foram os momentos de reuniões, quando a gente discutia os casos, quando a gente se reuniu pra tentar resolver os nós críticos. E13*

*Foi muito rico para a gente! Assim, a gente fez muitas sínteses dos trabalhos, eles utilizaram aquela metodologia problematizadora, foi bom demais! E15*

*Achei maravilhoso! As tutoras foram trabalhando num objetivo comum de realmente melhorar a questão da vigilância materno-infantil Nas discussões, alguns concordaram com alguns pontos de vista, outros discordaram. Tudo a gente discutiu muito, detalhes muito ligados à realidade, tinha a maternidade, a questão da humanização que não estava sendo respeitada, a questão dos leitos que eram insatisfatórios para as gestantes que chegavam e ter seus bebês. E16*

*O conteúdo foi excelente, muito bom e de fácil entendimento. Os trabalhos e estudos de casos, casos para a gente trabalhar. A metodologia do curso foi uma metodologia leve, a gente não ficou cansada com aquele conteúdo pesado e muito denso .E, na verdade, a metodologia foi*

*bem diferente. Foi outra forma de se trabalhar, de se capacitar, fazer esse processo de Educação Permanente.*E17

Como contrapontos dos depoimentos positivos acima apresentados, houve outros que revelaram descontentamentos em relação ao processo ensino-aprendizagem em análise, principalmente em relação à disponibilidade de tempo para essa ação educativa.

*Ficou assim a desejar porque a gente viu precisava mais. Não é porque as tutoras não estavam capacitadas, não é nada disso não. É porque a gente precisava de mais conhecimento entendeu? Esse curso trouxe muita coisa boa para gente, quem participou desse curso, todo mundo saiu satisfeito, só não saiu mais satisfeito porque estava faltando...A gente necessita de mais coisas, mais conhecimentos.* E6

*Na parte presencial, a princípio tive problema com questões de horário, mas eu aproveitei bastante os outros momentos. Tenho dois vínculos e tive autorização só de um para participar...* E7

*Dois pontos que faltaram. Primeiro, a gente que deixou a desejar com a rotina do dia a dia e não concluiu realmente o plano, não indo atrás para estar efetivando as ações. Segundo, ficou faltando estrutura na hora do curso presencial, computadores para ter acesso para ver como era o ambiente virtual, pois surgiram várias dúvidas depois.* E8

*Assim, no primeiro presencial foi um pouco cansativo, porque foi a semana inteira, o dia todo, foi um pouco cansativo, mas foi bem proveitoso.* E9

*O tempo foi curto para tudo, até para parte presencial, porque as atividades que deixaram para a gente resolver e apresentar na parte presencial subsequente pegaram de surpresa. Não sabia que teria que fazer todas aquelas atividades fora da minha unidade. Porque dentro da minha unidade daria para fazer. A gente não se programou, todo mundo tinha tempo curto. Ia fazer a pesquisa na unidade, mas não tinha certeza se aquele dia seria possível, porque ocorria assim: o gestor não estava presente, aconteceu um imprevisto, não tem uma pessoa para receber. Então, tudo isso não foi pensado. Tinha outras tarefas, muitas tarefas, foi muito corrido.* E14

*Houve um pouco de dificuldade, pois os grupos de trabalho ficaram divididos. Em alguns momentos, como estavam trabalhando não conseguiam se encontrar, fazer os trabalhos em grupo. Porque assim, algumas pessoas eram da atuação na rede, outros eram da gestão, uns eram do município, outros eram do estado, todos no mesmo grupo. E17*

O núcleo de sentido a seguir, aborda especificamente a perspectiva das entrevistadas sobre a experiência de EaD, desenvolvida na ação educativa, com referências positivas e outras de dificuldades enfrentadas que foram superadas no decorrer do curso. As dificuldades nessa etapa foram, novamente, relacionadas à falta de tempo para a realização a contento da ação educativa.

**“A etapa de EaD foi apropriada, com alguns problemas a sanar”**

*A gente começou a EaD com um pouco de dificuldade para acessar, só que depois ficou tranquilo. Acho que só no começo não estava conseguindo, não sabia discutir direito no Fórum... E aí eu fiquei um tempo sem participar, mas aprendi direitinho como era. E o material foi de fácil acesso. Acho o que mais faltou foi tempo para a gente estudar melhor, porque durante a semana, às vezes, nem sempre conseguia chegar em casa para estudar o material, para ver. E2*

*Nós tínhamos acesso a uma plataforma web e lá eram disponibilizados os informes de leitura voltados para saúde materno-infantil. Mas, num primeiro momento, a gente teve um pouco de dificuldade, porque assim quando passavam a atividade, tinha mais ou menos uma semana para estar concluindo e, às vezes, tinha que fazer uma visita numa unidade básica de saúde, fazer um levantamento de informação, saber como aquela unidade básica funcionava, como a gestante era atendida. Então, por isso e por conta também das outras atividades do serviço, os profissionais meio que assim, reclamavam por causa do tempo para as atividades. Mas as tutoras foram sempre maleáveis, dando oportunidade de mais dias para fechar a atividade. Então, não tem nenhuma queixa, foi tudo direcionado aos profissionais, para melhorar a questão do conhecimento profissional. E4*

*Tenho algumas críticas a fazer, principalmente, quanto à EaD, quanto às atividades e também ao período. Porque assim, a gente tinha que fazer o plano de ação e, paralelamente, os exercícios da plataforma. Como a gente tinha que fazer os dois paralelamente, ficou meio conflituoso. Ou saía para fazer visita para resolver nosso plano de ação ou a gente saía para fazer visita dos exercícios da plataforma que foram muitos exercícios nas unidades de saúde. Então, achei que os exercícios da plataforma sobrecarregaram muito a gente e os prazos também bem curtos. E8*

*Achei muito legal, as discussões, os fóruns, cada um escreveu coisas bem interessantes, outras nada a ver, não entendia direito... Depois tinha que discutir as opiniões e os argumentos das tutoras eram muito legais. Assim, sempre motivando a gente a não desistir. Eu tive dificuldades no primeiro momento, na primeira semana, por conta acho que da Internet, depois foi bem tranquilo mesmo. Quem nunca tinha feito curso assim teve muita dificuldade. Acho que tem mais pontos positivos do que negativos, pelo menos para mim. As tutoras vinham rapidinho corrigir as atividades. O material postado na plataforma foi muito bom, bem didático. E12*

*Achei a EaD interessante, porque aproximou ali, deu a continuidade. Agora, na verdade, tive dificuldade. Primeiramente foi a dificuldade do tempo, a gente é muito sobrecarregada, e foi pedido que a gente tivesse um tempo diário na plataforma e a gente não tinha esse tempo. Eu particularmente tive dificuldade de ler aqueles capítulos do livro de apoio. Eu achei muito grande por conta do tempo. Também, fugindo da questão profissional, entrou o tempo em outros aspectos da minha vida. Mas eu achei muito interessante. Textos de excelente qualidade, mas aquela necessidade de ficar na plataforma, aquilo ali eu achei que sobrecarregou um pouco. Aquela necessidade diária de emitir opiniões na plataforma. E16*

*O custo é ponto positivo do EaD, que se torna bem mais barato, otimiza, viabiliza, porque jamais a gente iria conseguir fazer um curso presencial com a universidade de Botucatu. Então, por isso aí não há dúvida de que eu sou uma das adeptas da EaD. Mas, algumas pessoas tiveram dificuldades pelas limitações de conhecimento de Internet, outras por algumas dificuldades na própria plataforma. E17*

Outro aspecto da ação educativa, que se fez presente nos depoimentos coletados, foi a busca constante de se contextualizar as discussões teóricas sobre a atenção e a vigilância em saúde materno-infantil na realidade prática dos participantes.

**“Houve articulação teórico-prática por meio de construção coletiva do conhecimento”**

*Então, no curso, se teve a chance de estar construindo aquilo que poderia ser feito. Foi estudar a prática em sala de aula e tentar depois colocar em prática, levar para o serviço de saúde, o que poderia estar implementando para melhorar a qualidade da assistência. E a gente construiu, trouxe a dificuldade do serviço. Foi um processo de construção conjunta do tipo: criar e construir diante da dificuldade do que fazer. E1*

*Ele foi muito enriquecedor. Foi pouco em papel [conteúdo teórico], mas parte de pesquisa, de correr atrás, de ir para o posto de saúde, para uma UPA, de ir lá dentro de uma Secretaria de Saúde e saber como funciona. Isso foi o melhor: ir para o campo e discutir com os gestores sobre os problemas levantados, buscando a resolução! E3*

*A gente fez muito trabalho em grupo, discussão em grupo, trouxe o problema lá da unidade básica, discutiu, ao mesmo tempo procurou soluções junto à gestão, para revolver e melhorar. E4*

*A gente trabalhou com os problemas reais e foi colocada a importância de se fazer o planejamento, como se faz planejamento dentro da sua realidade, tudo foi bem colocado dessa forma. E essa troca de opiniões, de ideias, de conceitos, de construção mesmo foi bem interessante, foi muito bom. E7*

*Surpreendeu porque teve a participação da Atenção Básica e a gente pôde montar os grupos. Acho que foi uma estratégia bem feita de integração, da unidade hospitalar, da Atenção Básica, da Vigilância, das maternidades. Também, gostei da questão de análise resgate de causa básica do óbito, que a gente pôde analisar alguns prontuários. Outro ponto positivo além da parte teórica foi a parte prática também, que a gente pôde conhecer a realidade das outras unidades. A gente pôde identificar semelhanças e diferenças do processo. Deu para aplicar a teoria à prática. E8*

*O interessante foi que participaram os profissionais que estão na ponta, os coordenadores, gestores, pessoas que realmente deviam ouvir os problemas da prática para poder solucionar. E11*

*A gente pôde ver bastante a dificuldade que São Luís do Maranhão vivencia, e não é só minha unidade, mas a grande maioria das unidades, e o que eu achei legal porque eles colocaram a gente para resolver os problemas da vigilância e o que a gente podia fazer pra melhorar, eu achei isso super interessante. Então, eu creio que o que me chamou mais a atenção nesse processo foi exatamente a gente estar preocupado com isso E12*

*O que achei mais interessante foi a parte da resolução dos nós críticos, e fez com que a gente tentasse achar uma solução para os problemas daqui, que acredito que são problemas não só nossos, mas no Brasil todo. E13*

*A gente se reuniu em grupos, discutia, levava os casos, e depois juntava o grupo todo. Então, foi uma forma de aprendizado muito boa, a problematização. O que achei mais importante porque eles chegavam e não jogavam a matéria não, eles davam a situação e gente ia discutir e aplicar na realidade. “Como acontece na sua unidade, como acontece no seu setor?” Acho que foi muito rico. E15*

*O momento presencial foi um momento para travar discussões. Aquele momento tenso às vezes. Aquele momento em que elas [tutoras] tiravam o máximo de informações para se conhecer o máximo sobre o processo em que se está inserido, para ver e ir colando cada problema, priorizando aquele problema, tentando achar solução para aquele problema. E16*

*Foi uma metodologia boa de trabalhar e que puxava para a realidade com os estudos de casos, na verdade seriam os casos vivenciados. E17*

Muito embora as participantes demonstraram a importância da aproximação à realidade proporcionada pela ação educativa, destaca-se o depoimento de E1 que revela a preocupação quanto à aderência de fato pelos serviços de saúde às intervenções propostas.

*Foi feito um trabalho de construção de cada temática que foi escolhida por cada grupo. Mas a maior dificuldade é de se colocar em prática o que foi construído. Como fazer com que o município de São Luís implante o que foi proposto? Acho que o que dificulta são as questões políticas. Porque se de fato for colocado em prática, o que foi planejado, colocado no papel depois de vários meses estudando e discutindo, acho que fecharia com chave de ouro essa experiência! É necessário colocar em prática. Cobrar da gestão municipal de realmente colocar em prática, implementar o que foi discutido. E1*

### **Tema 3 -Implicações da experiência quanto ao desenvolvimento profissional e para os serviços de saúde**

O terceiro tema aborda as contribuições da ação educativa para o desenvolvimento profissional das participantes e para os serviços de saúde.

Os quatro núcleos de sentido que compõem esse tema apontam para a ampliação do conhecimento teórico e prático sobre a vigilância em saúde de modo geral e na área materno-infantil em específico, instrumentalizando, inclusive, para a qualificação da atenção nessa área. Além disso, podem-se constatar modificações favoráveis já observadas nas ações de vigilância do óbito infantil.

#### **“Sensibilizou para a situação de morbimortalidade infantil e a devida atenção à saúde”**

*Teve uma colega que é da assistência em si, que quando veio para o curso e viu os números de óbitos maternos e infantis do estado do Maranhão, ela tomou um susto! Porque na hora que ela olhou o número de pessoas, de mães que morrem e de bebês que morrem, ela disse que não sabia que essa era realidade do Estado. E1*

*Eu achei interessante a gente descobrir onde é que estavam os erros da Atenção Básica. O porquê que a gente não acertava. A gente mesmo se autoavaliou, pois a gente não se olhava, olhava só o outro. Serviu para avaliar. E3*

*Pude ter um maior entendimento da saúde materno-infantil em relação à Atenção Básica. Aprofundar mais o conhecimento para, inclusive, poder repassar para outros profissionais dos municípios. E4*

*Para mim foi importante, porque agora a gente tem mais direcionamento e preocupação ao que está acontecendo. Sobre o porquê do óbito. Será que foi erro da gente, no pré-natal, em algum tipo de atendimento? A gente ficou mais ligada no que está ocorrendo, para tentar melhorar, principalmente quando a gente sabe dos indicadores e o que está acontecendo, quantos óbitos estão ocorrendo no município e porquê e onde estão ocorrendo. E9*

*Ela [ação educativa] abriu meus olhos de que eu preciso fazer mais, de que preciso melhorar, estar mais vigilante, acompanhar mais. Ela veio realmente para ajudar a ter outra visão, outro direcionamento do que é a rede de atenção. E o que mais me chamou a atenção foi que São Luís do Maranhão ainda não tinha um vínculo que deveria e que muitas capitais e cidades já têm, que é o acompanhamento de estar preocupado com a mulher em todo o fluxo nos serviços. O que a gente não faz e deveria fazer!E12*

*Alterou sim, porque eu nunca tive a curiosidade de investigar um caso. Então, como eu tive um caso na minha área eu [decidi]: “Vamos atrás do prontuário dela [mãe do bebê que foi a óbito] ver o que ela fez, se ela fez algum exame, se ela trouxe, se ela não trouxe, quantas consultas ela chegou a fazer comigo, se ela fez alguma consulta externa”. E13*

*Deu uma injeção de coragem mesmo, de estímulo, de garra, de ir à luta, de correr atrás. E se importar mais com a causa, não ser apenas uma mera notificadora. E15*

*Chamou a atenção o tema: vigiar sobre a mãe e o filho. Então, aquilo ali ficou bem consistente. Ficou bem desenvolvido em mim e, realmente, isso aí a gente está levando na rotina. Esclareci na minha mente que a gente tem essa responsabilidade de melhorar essa bioestatística. Saí realmente bem convencida de que as coisas têm que melhorar aqui. E16*

*Houve a sensibilização da necessidade de se trabalhar melhor a vigilância materno-infantil no município. Ela está posta na verdade, inclusive ela está sendo prioridade no governo e está colocada entre as cinco prioridades do governo do Estado. Entre as cinco, as duas primeiras são a redução da mortalidade materna e redução da mortalidade infantil. Então, isso aí gera um resultado grande. Porque o problema da mortalidade aqui é grande e para dar conta, a gente sabe que muitas coisas precisam de decisão de gestão e dizer: “É isso que*



*vai acontecer, agora vamos investir nisso, e avançar nisso que está posto e de fato estar trabalhando nessa integração, nas ações no serviço para poder alcançar essa meta”. As pessoas se sensibilizaram, o curso conseguiu o objetivo de sensibilizar profissionais com a questão da vigilância materno-infantil, acho que foi muito válido. E17*

**“Ampliou o conhecimento teórico e prático sobre vigilância do óbito infantil”**

*Acho que trouxe mais conhecimento para os profissionais que participaram. Mais conhecimento de vigilância do óbito, em especial, vigilância do óbito materno-infantil. Ela [ação educativa] ajudou ver a situação do dia a dia, da equipe de saúde da família por exemplo, ver quais as suas maiores dificuldades dentro do território. Então, o curso todo trouxe para gente estar fazendo essa reflexão do trabalho. Se a gente está fazendo de uma forma corretamente, mais preciso. Se não tiver, o que se pode fazer para estar melhorando esse serviço? Na questão do monitoramento, ter na Atenção Básica. De você não só olhar para a assistência de lá, mas olhar para os outros serviços que são desenvolvidos como a questão da vigilância. Porque a gente trabalha muito em “caixinha”. A gente tem esse trabalho na Atenção Básica e acaba só vendo isso, mas tem de ampliar o conhecimento! O curso proporcionou isso, porque daí trouxe conhecimento para ter respaldo para estar fazendo o monitoramento com mais qualidade. E1*

*Porque os profissionais não tinham o conhecimento da vigilância do óbito. Então, eles aprenderam a conhecer os instrutivos que se utiliza para o preenchimento dessa coleta, dessa informação nas unidades notificadoras. E4*

*Então, foi momento de muita aprendizagem. Foi muito relevante poder vivenciar essa parte de somar todas essas informações, preencher as fichas e detectar, fazer um diagnóstico final e realmente saber por que foi, que tipo de óbito foi, se podia ser evitável ou não. O que incorporou mesmo foi no meu conhecimento, acrescentou o meu conhecimento. E5*

*Deu para ampliar mais a nossa visão, aprimorar mais a questão de conhecimento, aprofundar mais nessa questão de causa básica do óbito, fazer algumas análises. E8*

*O curso mostrou esse outro lado que não conhecia, de como é importante que os três níveis [de investigação], o nível ambulatorial, o nível hospitalar e o nível domiciliar sejam feitos de maneira correta para que se tenha melhor qualidade. E para que a gente possa ter informações corretas, informações fidedignas do que aconteceu. Porque aí a gente tem como melhorar, saber o que está faltando para melhorar a assistência para evitar esses óbitos. Então, isso que o curso me forneceu, me abriu esse leque, esses caminhos que eu ainda não tinha percebido. E10*

*Quando eu participei do curso, conheci melhor as colegas e vi que um trabalho tem a ver com o outro, que parte tem a ver com o todo. Então, a gente passou a ter um olhar diferente. E11*

*Eu pude ver a necessidade do preenchimento dos instrumentais. Pude conhecer esses instrumentais que estavam sendo mal preenchidos, já eram problemas. Fica ruim para Vigilância [Setor] que recebe e coloca no sistema. Ver a necessidade de diagnosticar o real motivo do óbito... Só ouvi uma vez falarem, comentarem por alto na faculdade. Foi interessante conhecer os itens, foi interessante saber que colocar o diagnóstico e preenchimento inadequado, a gente pôde ver que aquele diagnóstico foi errado. Então, é muito interessante, foi isso que despertou bastante, e somou muito ao meu conhecimento. E13*

*Com certeza, eu já entro no meu trabalho com visão mais apurada da responsabilidade que se deve ter, quando está no sistema de saúde. Eu tinha alguns questionamentos que ninguém nunca esclareceu. Parecia que eram só meus. E o curso me deu essas respostas. E14*

*Significou muito em conhecimento e em prática. O tema ficou muito claro na minha mente: vigilância. Essa batalha, que essas mortes, essas... Tem que melhorar a vigilância materno-infantil aqui. A importância em melhorar o rendimento enquanto Norte e Nordeste para poder minimizar as taxas de mortalidade se comparadas a outras regiões. Então, a gente entendeu isso e a gente começou com todas essas ações, a gente tem que se propor a essas melhorias. E16*

*Olha, assim, exatamente com relação a mim, ajudou mais ainda a ver a importância de estar inserida nesse processo de educação permanente, da problemática da vigilância do óbito*

*materno-infantil. Aumentou mais a questão do meu conhecimento, porque nem sempre a gente sabe tudo, a gente sempre está precisando se disponibilizar para algo mais. Então, teve uma grande importância. E17*

### **“Aprimorou as ações em vigilância do óbito infantil”**

*Agora a gente tem muito mais questionamento para apresentar por onde a gente estiver passando, nas visitas aos hospitais, para fazer fiscalização, ter esse cuidado de estar sempre olhando essa parte para não voltar mais a acontecer. Para mim, veio contribuir para um amadurecimento melhor, mais firme, para ter uma consistência mais firme e acrescentou prazer em realizar o meu serviço e fazer com muito mais firmeza, para realizar o serviço com muito mais certeza de que está no caminho certo. E5*

*Antes se tinha dificuldade em aceitar a ideia de ter que investigar. Mas agora ficou mais tranquilo. Até no hospital também estão mais acessíveis a essa investigação. Estão facilitando mais algumas coisas. Agora tem umas coisas que a gente ainda não conseguiu 100%. Porque em São Luís, a gente praticamente não tinha investigação domiciliar e ambulatorial, a não ser a feita pela própria vigilância do município. Mas a Atenção Básica não fazia nada, apesar de várias reuniões, capacitações que gente já tinha tido com eles, a gente não tinha conseguido. E a gente viu que depois do curso, da vinda delas [tutoras], eles entenderam a importância da investigação, aceitaram mais a ideia de investigar. Porque antes achavam que era só mais um trabalho a mais, que a gente estava empurrando ali uma obrigação a mais para eles fazerem. A gente conseguiu se reunir com o pessoal do município, para ver todos esses problemas. Eu acho que foi muito bom e muito proveitoso. No meu trabalho facilitou o acesso com os profissionais da rede da Atenção Básica e da Vigilância também. Assim, facilitou o acesso, porque eles passaram a se interessar mais pelas investigações, em facilitar os dados de prontuário para gente, agilizar. Facilitou algumas coisas que eu tinha dúvidas. E2*

*A gente levou coisas novas pro hospital. O que eu achei de importante, o mais relevante para gente é que a gente conseguiu parcerias com outros setores do hospital, como a UTI Pediátrica, UTI Neo, a CCIH, a UTI Geral. Então, a gente deixou assim, semeou lá para eles a necessidade que a gente tinha, de quando alguma criança, óbito infantil ou fetal, ou outro,*

*a gente tinha que ter conhecimento. Quando alguém liga: “Olha houve um óbito por MIF”. Então, eles se preocupam. Foram algumas coisas que a gente levou para dentro do hospital. Mudou, mudou tudo! A gente pegava só um dos prontuários [mulher ou bebê] para fazer a investigação. A gente não faz mais isso não. A gente pega os dois e traz os dois e faz a investigação, lê os prontuários com atenção. Porque antes de eu fazer esse curso de vigilância do óbito, a gente não tinha essa parceria que a gente tem hoje, com a coordenação, com a chefia da neonatologia. Hoje a gente tem uma parceria. Então, a gente ficou assim, mais respeitada dentro do ambiente de trabalho. Foi bom, muito bom! A gente aprendeu muito, a gente levou coisas novas para o hospital. E6*

*Passei isso para os agentes comunitários, dessa importância da gente realmente buscar essas informações, da gente saber o que está acontecendo na nossa área, da gente procurar, ir atrás, dentro das nossas possibilidades. Então, assim, coloquei essa importância para eles, ir atrás mesmo dessa informação, trabalhar melhor, ter um compromisso melhor para a gente tentar até colocar isso nas nossas atividades educativas. Ver o que realmente está difícil ou pegando, o que está complicando e trabalhar mais, em relação à redução de casos. E7*

*Deu para dar uma mexida também no nosso município, pelo menos naquele momento, que deu para fazer algumas alterações também na própria estrutura do município. Foi bem proveitoso. Era uma coisa que a gente reclamava tanto, que a nossa própria coordenação da vigilância do óbito do município que deixava a desejar e que teve algumas mudanças. Questão de gestão mesmo e de recursos humanos, e isso ficou bem melhor para gente. Antes, os núcleos estavam fazendo seu serviço, a gente estava fazendo as investigações e mandando para vigilância e não tendo uma sequência daquilo. O município não dava continuidade e isso particularmente me incomodava muito. Fazer a investigação de óbito demanda tempo. Então, pelo menos em relação a isso saiu como bem positivo, porque teve algumas mudanças nesse sentido. Para otimizar o serviço, me motivou ainda mais. A gente tem tentado avançar, motivou ainda mais para cumprir as exigências das portarias, na questão de prazos, aumentou o olhar e questionamentos em cima do prontuário, na relação de causas, na cascata de eventos até a ocorrência daquele óbito. A gente acaba se aprofundando mais nas entrelinhas da coisa, não fica ali só subjetivamente. Aprofunda, a gente olha com outro olhar, acaba sendo bem positivo. Depois que o curso acabou, foi mais intensa a questão da criação da Comissão de Óbitos. Tanto, porque eu e outra pessoa que é totalmente ligada à gestão*

*participamos. A gente conseguiu dar aquela pressão na direção para que fosse criada realmente essa comissão, para definir a portaria. Então assim, a gente ainda continua incentivando para que a Comissão faça a análise dos óbitos, para que a gente possa discutir e analisar o necessário, para estar qualificando melhor. E8*

*O curso mostrou o caminho para que melhorasse as informações da criança que foi a óbito atendida no hospital para colocar no prontuário, porque na medida em que se consegue coletar essas informações de uma melhor forma, é possível repassar essas informações também de uma melhor forma. Então, a qualidade da informação melhorou. E10*

*A gente conseguiu fazer mudanças porque a nossa chefe imediata, ela tem uma mente aberta, ela entendeu. Foi passado tudo para ela, todos os pontos negativos, todos os problemas: em relação às notificações, dos prontuários que não eram bem escritos ou não era feito partograma, as notificações incompletas, ilegíveis e outras séries de problemas. Então, ela ajudou a gente, fez reuniões com outros chefes, com alguns estudantes que vão ser os futuros profissionais, ensinando a eles como fazer a notificação correta. Outra coisa interessante, um setor tem a ver com outro, antes a gente trabalhava isolado, apesar de ter a mesma chefia, mas cada um fazendo seu trabalho. A partir do momento em que a gente se juntou, fez o curso, aprendeu, a gente viu que a gente tem algo a acrescentar quanto ao conversar sobre óbito materno, óbito neonatal, óbito infantil, por que ocorreu, o que a gente tem que fazer... A partir do momento que eu fiz o curso, encontrei com as parceiras. Daí, a gente se uniu mais e a gente vai de sala em sala para poder discutir alguma coisa em relação a notificação do óbito e uma ajuda a outra. E11*

*Mas a gente já teve muito avanço depois do curso. Para meu trabalho me deu muita satisfação. Abriu novos horizontes para mim em relação à vigilância, em relação do que a gente pode fazer para tentar mudar esse panorama. Mudanças em relação à gente mesmo de estar divulgando, porque antigamente a gente ia ao setor perguntava dos óbitos, fazia investigação, se conseguia o prontuário conseguia e se não conseguia esperava o dia que o pessoal quisesse entregar o prontuário. Hoje, as pessoas, já na hora que a gente chega, arrumam o prontuário e a gente tem mais facilidade para fazer as investigações. A gente está com uma visibilidade melhor dentro do hospital. A gente deixou de ser tímida. Agora a gente é mais atuante. E15*

*Então, para mim eu me tornei mais vigilante no trabalho, mais do que já era. E16*

*Até hoje, alguns grupos ainda continuam se reunindo, fazendo os estudos, ficou o grupo de trabalho de óbitos com o pessoal de todas as áreas, um grupo de trabalho para investigação, em que a gente vê as pessoas que estão lá no hospital, nos núcleos hospitalares, quem está na gestão da secretaria do município, na secretaria do estado, nesse movimento todo fazendo a investigação, vendo, acompanhando, conversando, colocando realmente. Então, isso aí gera um resultado grande. Percebi mudanças com essa experiência, percebi um movimento mais integrado. Inclusive, as participantes têm se preocupado e estão fazendo um movimento para fora do município, entendeu? Porque, assim, o curso foi só para capital, mas tinha pessoas da Secretaria de Estado, e que estão fazendo esse processo de capacitação para os outros municípios. O Estado tem 217, além do movimento na própria capital. E17*

**“Instrumentalizou para qualificação da atenção materno-infantil”**

*Minha equipe ficou responsável por elaborar um protocolo de atenção à saúde do recém-nascido. A gente já vai montar o protocolo, vai apresentar para o pessoal, depois a gente vai capacitar os enfermeiros, mostrando esse protocolo. E2*

*Nessa questão da contribuição, eu pude repassar o que eu aprendi. O conhecimento através dos informes técnicos que a gente fez o estudo, que a gente leu, e estar repassando para outros profissionais e outros municípios. E4*

*Significou uma construção mesmo da minha forma de trabalho, foi facilitando para mim essa troca de informações, melhorando minhas atividades e no meu trabalho. Foi muito relevante, e fácil assim da gente tentar aplicar isso na prática, utilizar esse plano para gente tentar colocar em prática mesmo. E7*

*Com o que foi passado para gente, a gente tentou melhorar no atendimento de pré-natal. A gente está fazendo agora um atendimento mais completo. A gente fica bastante tempo com as gestantes na sala e, assim, a gente pode mesmo entender aquilo que está acontecendo com elas e de acordo com o que foi passado pelo curso para gente, para que elas saiam de lá*

*satisfeitas. Elas ficam satisfeitas, tanto é que elas, não trocam, quando elas vão ser atendidas por outra enfermeira elas não querem, a gente está fazendo um vínculo muito bom com elas.*

E9

*Para mim, profissionalmente foi muito importante por que deu outra visão, me ampliou, a como trabalhar melhor, me deu outros caminhos, eu estava muito fechada, muito bitolada naquilo “não eu tenho que...” E com o curso, eu tive a oportunidade de ver que eu posso ir por outros caminhos para facilitar meu trabalho. O curso acrescentou novos instrumentos avaliativos dentro do hospital, vi a importância de passar essas informações para os colegas, porque até então a gente não passava. Passar essas informações com o objetivo de despertar mesmo da importância da melhoria do serviço. E até em sala de aula, também, porque eu dou aula para curso técnico de enfermagem.* E10

*Passei a buscar esse relacionamento, buscar mesmo esse contato direto com a maternidade, com a família. O pré-natal não é só estar ali na frente, fazer exames e acabou. Não é só isso! Eu creio que o curso foi bom por isso, profissionalmente, lá na unidade, lá no local onde trabalho influenciou com certeza a melhorar minha conduta diante dos clientes de modo geral. Também, hoje já temos um vínculo melhor, que antes não tinha vínculo nenhum com as maternidades. Hoje a unidade já tem um direcionamento, a gente tem um grupo que: “Olha, está chegando gestante com pressão alta!” Então, se trabalha na Atenção. Melhorou bastante porque antes não existia esse tipo de controle. Às vezes, ia só por documento, por encaminhamento, mas não era bem aceito. Uns problemas de logística mesmo. Mas já está melhorando. Assim, não está 100%, mas já melhorou bastante.* E12

*O curso mostrou que a vigilância do óbito é um instrumento que pode organizar toda a rede da saúde, porque se óbito estiver elaborado e bem investigado, vai ter o histórico do início, começo e fim. E a partir disso se podem tomar medidas corretivas e educativas. O curso foi uma ferramenta, um parâmetro tanto de informação, como um instrumento. Significou como um instrumento de conhecimento, um norte para trabalhar, utilizando o óbito como fonte de informação. Significou para mim várias coisas, foi muito válido.* E14

*Agora, por exemplo, uma questão muito discutida lá foram os exames que eram muito demorados aqui em São Luís. Foi tentado achar um mecanismo. O problema foi levado para*

*a gestora, que tentou facilitar. E já foi acertado, por exemplo, exames de teste rápido para unidades, sempre com equipes treinadas, nos testes de hepatite B, hepatite C, HIV, de VDRL. Já para acelerar o recebimento dos exames. E eu realmente melhorei 100%, em pequenos detalhes que, às vezes, passavam despercebidos, como observar quais são as gestantes fora de área e eu já comecei a relacionar que aquelas fora de área chegam mais tardiamente para gente, porque não tem o agente de saúde para identificar. Também, houve outra melhoria: o Beta-HCG rápido já está sendo feito na unidade. Já tem os exames rápidos... As cadernetas de gestante que estavam em falta não faltaram mais.E16*

*Achei importante como processo de educação permanente. O curso que foi feito aqui deixou na verdade uma semente, que até hoje esse trabalho continua. Acho que essa formação ajudou mais a questão de planejamento das ações, da identificação das necessidades, para estar se aproximando mais do município, para conhecer a realidade e a dificuldade de quem está lá no município. A própria necessidade de integração das duas áreas de Vigilância e Atenção Básica, para melhorar o trabalho. Isso aproximou mais as pessoas e o trabalho. O próprio conteúdo de planejamento que teve no curso já ajudou mais a subsidiar o planejamento mais informativo, mais preciso.E17*



## 5 DISCUSSÃO

Como objetivado, com este estudo pode-se analisar a ação educativa sobre redução do óbito infantil desenvolvida no município de São Luís, estado do Maranhão, Brasil, a partir das perspectivas das participantes sobre a vigilância do óbito infantil, bem como o significado atribuído por elas à ação educativa vivenciada.

Em relação às concepções e experiências sobre a vigilância em saúde materno-infantil, com destaque à vigilância do óbito infantil, em correspondência o Tema 1 verificou-se que as participantes consideraram a *vigilância do óbito infantil como processo para qualificar a atenção à saúde materno-infantil*.

Neste sentido, o primeiro núcleo de sentido formado retrata a ideia de que tal processo se configura como multiprofissional e contínuo, sendo composto por fases sistematizadas que se seguem e possuem relação de interdependência para a conclusão da situação epidemiológica. Uma visão frequente que se manifestou nos depoimentos das participantes foi a de que cada um tem responsabilidades no processo de vigilância e, em seguida, deve encaminhar a outro setor ou profissional que dará continuidade.

A integração entre a Atenção Básica e o setor de Vigilância em Saúde foi concebida como parte importante desse processo, devendo ser meta a ser atingida.

Encontra-se, nas propostas de vigilância, que é necessário conhecer as causas relacionadas à mortalidade infantil e materna, a partir dos sistemas de informações e identificá-las como evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em determinado local e época, com vistas no planejamento de ações de prevenção e promoção, em todos os níveis da atenção à saúde.<sup>19</sup> Essas propostas são encontradas na prática das entrevistadas segundo seus relatos.

Para além da investigação, monitoramento e avaliação de óbitos, as participantes atribuíram ao processo de vigilância em saúde materno-infantil a possibilidade de se prevenir novas ocorrências (segundo núcleo de sentido), permitindo a criação de planos a serem implementados nesse intuito. Para levar a cabo tal tarefa, dos discursos emerge a necessidade de se operacionalizar conceitos como o de indicadores, de risco e de monitoramento, exigindo um estudo atento do fato que virou passado, mas responsabilizado como agente no hoje visando o futuro – a prevenção.

A definição de vigilância MS confirma tal concepção definindo-a como um processo que, com base em indicadores e monitoramento dos mesmos, visa a prevenção e controle riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.<sup>1</sup>

As entrevistadas consideraram em diferentes momentos, que os óbitos ocorridos apontam fatores problemáticos no contexto local, refletem a ausência de algum tipo de atenção, a ausência de olhar integral, configurando-se como indicadores de saúde e de vida da população. O MS define a mortalidade infantil como um dos indicadores mais sensíveis do nível de saúde e marcador de desigualdades nas condições de vida da população. A taxa de mortalidade infantil expressa a estimativa do risco de morrer de crianças menores de um ano.<sup>19</sup>

Ampliando ainda mais o conceito sobre vigilância em saúde materno-infantil, a promoção da saúde também foi relacionada, pelas participantes, ao processo de vigilância do óbito infantil (terceiro núcleo de sentido).

Segundo o MS, a vigilância em saúde materno-infantil carrega o potencial de se promover saúde, bem estar, autocuidado, conscientização da população, de forma que não apenas se evite um óbito, mas permita a gestação, o nascimento e o desenvolvimento da criança e da família saudavelmente.<sup>1,2</sup>

Em outras palavras, ligadas a essa concepção, foram apontadas pelas entrevistadas ferramentas a serem utilizadas pelos serviços de saúde, em diferentes momentos da atenção à saúde de mulheres que desejam engravidar, gestantes, puérperas e de seus conceitos, tais como: educação em saúde, planejamento familiar, implementação da clínica, atividades de imunização e visitas domiciliares.

Dessa forma, as participantes consideraram que o processo de vigilância do óbito infantil, permite inclusive o direcionamento e melhoria da qualidade da assistência (quarto núcleo de sentido), servindo para guiar planos e o cumprimento deles. Essa visão implica na identificação das falhas e da criação de propostas de solução para elas. A intenção de seguir as preconizações do MS mais uma vez é salientada junto a importância de se reestruturar a atenção básica à saúde do município, bem como as maternidades para o adequado atendimento às gestantes e aos bebês.

A Atenção Básica é situada como responsável em liderar e promover a vigilância na rede. O MS considera este nível de atenção à saúde como principal ligação entre o sistema de saúde e a população de um determinado território, ordenadora desta atenção<sup>29</sup> sendo a que as ações de investigação, estudos e planejamentos de vigilância em saúde devem se iniciar diante

do contexto local de saúde.<sup>7</sup> Contudo, como lembrado pelas entrevistadas, os demais níveis de atenção à saúde não podem ser negligenciados, devendo ser devidamente considerados no desenvolvimento do processo de vigilância.<sup>2</sup>

São vários os estudos que abordam a influência da atenção à saúde inadequada ou insuficiente nos indicadores de morbimortalidade infantil<sup>4-6</sup>, inclusive na realidade brasileira. Quando a qualidade da assistência decai ou é abaixo do desejável, a morbimortalidade infantil apresenta comportamento inversamente proporcional, elevando-se e, quando regride, relaciona-se ao aumento da quantidade e da qualidade, mesmo que por vezes pequeno, de serviços de atenção à saúde materna e infantil.<sup>6</sup>

Como o primeiro tema retrata sobre as concepções de vigilância em saúde materno-infantil e de vigilância do óbito infantil, em específico, foi possível relacionar tais perspectivas com os postulados oficiais sobre essa temática.

De modo geral, as participantes do estudo definem vigilância como processo organizado e sequencial que faz seu caminho nos diferentes níveis de atenção à saúde, e que é percorrido multiprofissionalmente, com vistas a prevenção do óbito e promoção da saúde da gestante e seu filho, para poder aprimorar as ações em saúde. Essas concepções não estão distantes, mas próximas das definições e propostas de reflexão sobre a vigilância pelo MS. Esse coloca as ações de vigilância em saúde como ações cumpridas de maneira rotineira e sistemática por múltiplos profissionais atuando integradamente, podendo ser desenvolvidas em serviços de saúde, públicos e privados, nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho, e na própria comunidade.<sup>19</sup>. As respostas concordam em que a integração multiprofissional na vigilância é necessária, visão reforçada pelos pressupostos da vigilância do óbito infantil.<sup>2</sup>

A Portaria 1.378/MS de 09/07/2013 que regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, em seu Art. 2º, define a Vigilância em Saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população.<sup>1</sup>

Pode-se notar ainda na exploração das entrevistas que concentraram respostas no tema “vigilância como prevenção” e no trabalho restrito aos processos feitos por profissionais da saúde, que as concepções elaboradas deixam transparecer a ausência da vigilância como meio

a permear as ações de saúde, no intuito de promover a qualidade de vida da população em foco.

Como quinto e último núcleo de sentido relacionado ao Tema 1, as participantes reconheceram que há pouca valorização pelos serviços de atenção à saúde materno-infantil. Elas próprias se reconheceram pouco próximas à temática, antes da ação educativa. E mesmo algumas de atuação direta em Setor de Vigilância, assumiram não estarem totalmente envolvidas com o processo de vigilância do óbito infantil. Considera-se, assim, que tal núcleo de sentido reforça ainda mais a importância de ações educativas para a reversão dessa realidade, como a ação, objeto da presente pesquisa.

Assim, na visão dos participantes, houve mudanças pessoais, no modo de pensar e definir vigilância em saúde. Elas apresentaram ampliada consciência da importância da vigilância da saúde materno-infantil, quando levadas a ver a realidade dos óbitos em suas regiões e como as ações de vigilância respondem às condições desfavoráveis que desencadeiam óbitos infantis e maternos que possam vir a se repetir. A maioria delas passou a ver a vigilância do óbito como processo de trabalho da linha de frente de um embate na prevenção e promoção da saúde, e não mais como apenas retaguarda ou sem prioridade. De outra maneira, elas passaram a enxergaram a vigilância do óbito como carro chefe, tanto na descoberta de condições de vida de uma região, como de planejamento para medidas a serem tomadas e até mesmo na criação de políticas novas ou na reorganização delas. As diferentes concepções sobre vigilância trazem acréscimos umas a outras, cada ideia apresentada complementa a outra. Ou seja, a ideia da função da vigilância como prevenção soma-se com a de promoção exercida pela vigilância em saúde, evidenciando que os dois temas foram discutidos na ação educativa, mas cada um foi relevante e teve significância de maneiras diferentes para cada profissional, seguindo o fenômeno descrito pela Aprendizagem Significativa que explica a absorção e ampliação de conhecimento, tendendo a valorizar e identificar pontos em comum com o que já se sabe e utiliza em seu contexto de trabalho e função exercida.<sup>15,19</sup>

O Tema 2 abordou *a ação educativa como estratégia facilitadora da aprendizagem sobre a vigilância do óbito infantil*, sendo que as participantes avaliaram positivamente essa experiência, especialmente quanto à organização e eficiência da mesma, com destaque à relação estabelecida entre os participantes e tutoras (primeiro núcleo de sentido). Elas consideraram que essas últimas buscavam e mantinham proximidade das participantes, mostrando-se muito interessadas em seus aprendizados durante o decorrer da ação educativa,

usando meios didáticos e inovadores. Foi destacada a segurança das tutoras em passar aquilo que sabiam e na maneira que guiavam o ensino.

A aproximação construída no decorrer da ação, entre as participantes e tutoras, permitiu desfazer barreiras, que serviu de estímulo para as participantes se abrirem para o processo de ensino e aprendizagem de forma participativa e interessada. Pode-se perceber a coerência dessas características da ação em foco, aos princípios de EPS, tanto sob o ponto de vista do conteúdo significativo abordado quanto pelo caminho metodológico percorrido.<sup>11</sup> Ou seja, a aproximação entre tutoras e educandas, objetivos e conteúdos vem como resultante da aplicação dos princípios da EPS, levando à confiança para exposição das experiências prévias profissionais e à produção de discussões claras e reflexões pertinentes sobre os respectivos processos de trabalho.

Foi possível notar, também, outra aproximação possibilitada pela ação educativa em foco, que se refere à aproximação das participantes com a realidade dos usuários do SUS, fossem gestantes ou bebês, tanto nas ações de vigilância quanto nas de assistência. Assim como a EPS propõe, o planejamento das ações, os conteúdos abordados, e o desenrolar do processo de ensino-aprendizagem se pautaram nas necessidades desses usuários.<sup>10</sup> Considera-se que tal aproximação foi facilitada por meio do emprego do PES<sup>17,18</sup> e da problematização<sup>15,17</sup> com a realização dos estudos de casos ocorridos na própria realidade das participantes e da explanação dos indicadores de saúde alarmantes apresentados na mesma. Também, verificou-se a propriedade de se discutir criticamente<sup>11</sup>, com base na realidade local, as diretrizes nacionais, estaduais e municipais de atenção à saúde da mulher, da criança e sua família, para o dimensionamento pelas participantes de quão perto ou longe se encontravam dessas propostas, especialmente no que se refere à humanização da atenção ofertada.

Contudo, foram observados alguns aspectos que apontam para algumas dificuldades enfrentadas. Dentre elas, algumas participantes destacaram a falta ou insuficiência de tempo para a realização de determinadas tarefas. Em relação aos momentos presenciais foi lembrada a carga horária integral que dificultava a participação daquelas que tinham mais de um vínculo empregatício, ou mesmo em um emprego estavam em períodos de muitas tarefas. Nos momentos de dispersão (EaD) foi apontada a concomitância de tarefas, trabalho e afazeres particulares.

Em relação a EaD, as entrevistadas a consideraram como uma oportunidade nova e adequada para a aprendizagem. Relatam a troca de experiências de todos os participantes e tutores pelos fóruns e discussões online como enriquecedora. Porém, houve referências sobre

alguns problemas que surgiram ao vivenciá-la (segundo núcleo de sentido), justamente relativos às próprias adaptações a esta estratégia de prática virtual e à falta de disponibilidade de tempo para participarem do fórum de discussões e para realizar as tarefas propostas. O material disponível para o acompanhamento dessa etapa foi citado por elas e visto como rico em informações e necessário. As entrevistas convergiram em dizer do pouco tempo e da dificuldade em cumprir tarefas que demandavam visitas a outras unidades, deixando uma sugestão para repensar o envio de atividades e avisar sobre elas com maior antecedência para programação das atividades.

Cabe lembrar que em experiências de EaD, cada participante que aceita o desafio de prosseguir na ação educativa, precisa em sua rotina gerenciar seu tempo. A EaD propõe ao ingressante da ação que a aderiu o compromisso de horas de estudo e entrada na plataforma de ensino utilizada. Esta forma de aprendizagem denota-se como um desafio que intensifica nos participantes o desenvolvimento de gerenciamento de tempo e a responsabilização, sendo assim uma oportunidade para crescimento profissional e pessoal. Isso não exclui a importância e a necessária cooperação de tutores.<sup>30</sup> Neste estudo, tais situações foram evidenciadas, em meio a proximidade criada, o que permitiu a percepção de individualidades e disponibilidades de cada participante para cumprirem essa etapa. Segundo as participantes que referiram dificuldades, essas foram suplantadas pela grande disponibilidade e acessibilidade das tutoras em atendê-las sempre que precisavam, inclusive, por outros meios de comunicação.

Outro importante aspecto lembrado quanto à etapa de EaD, foi o seu baixo custo mesmo envolvendo profissionais de diferentes e distantes pontos de inserção institucional, possibilitando rica troca de saberes e de experiências.

Completando o Tema 2, os depoimentos convergiram em considerar que houve, de fato, a pretendida articulação entre aspectos teóricos e práticos (terceiro núcleo de sentido), por meio da construção coletiva do conhecimento e de novas formas de se trabalhar.

Desse modo, foi apontado que a ação educativa considerou a realidade de trabalho das participantes, que foi amplamente discutida no intuito de serem elaborados os planos para as soluções dos problemas identificados. Segundo as participantes, esse movimento foi realizado de forma coletiva e participativa, de modo que cada uma pode conhecer a realidade profissional da outra, trazendo contribuições e levando outras para as propostas elaboradas. Tal processo de construção foi percebido pelas profissionais como atendendo às necessidades de diferentes unidades. Elas relataram que trouxeram as dificuldades reais dos seus locais de

trabalho e de outras unidades, problematizaram seu contexto para criar medidas concretas de resolução, estudaram casos e simulações. Neste sentido, deram importância à oportunidade do encontro e discussão entre profissionais de diferentes áreas, setores e níveis de atenção à saúde, até mesmo da conexão criada com coordenadores da Saúde de São Luís.

Assim, a necessidade de contato e apoio por parte da gestão local foi reconhecida pelas participantes para implementar as possíveis soluções e meios estudados e encontrados no decorrer da ação educativa, deixando claro o receio de que não se atinja o impacto esperado sem o apoio daqueles. Tal reflexão é plausível e é presente nas propostas da EPS e MS quando coloca a esfera política como corresponsável em efetivar novas ações e políticas de saúde.<sup>11,12</sup>

Dentre os métodos de ensino aprendizagem usados no decorrer da ação, as participantes apontam a articulação teórico-prática e fazem um destaque a ela. Esta articulação é extremamente necessária para produzir efeitos significativos na aprendizagem à partir da realidade dos educandos, trazendo suas atuações diárias do trabalho para uma profunda reflexão, e transformação da forma como as veem e como podem reformá-las.<sup>15,17</sup>

As citações das entrevistadas sobre o levantamento dos nós críticos dos problemas estudados indicam que houve aparente impacto quando foram visualizados e discutidos, apontando a vantagem do uso do PES para permitir a reflexão interligada de teoria e prática, nas diferentes fases da ação educativa, facilitando as participantes verem-se como ativas na implementação de resoluções.<sup>18</sup>

A problematização interligou-se ao PES e fez parte da articulação teórica e prática no decorrer da ação, principalmente no início dela. Esse método propõe-se a mobilizar pessoas para que elas se desenvolvam de forma ativa e reflexiva levando-as a avaliar a realidade criticamente para notar as dificuldades e facilidades, riquezas e potencialidades,<sup>10,29</sup> formando nestas pessoas uma motivação solidária que busque resoluções e rompa a tradição buscando produzir alternativas.<sup>10</sup> A tentativa de utilizar a problematização pelos tutores na ação educativa foi reconhecida, por algumas das participantes, como um método que de alguma forma perturbou movimentando-as a buscar resoluções de forma reflexiva, outras consideram que foram impulsionadas a terem iniciativas dentro da vigilância de forma organizada de acordo com os problemas identificados após serem guiadas a pontuar em grupo as deficiências e desafios a serem superados.

O último tema abordado foi o Tema 3, que se refere às *implicações da experiência quanto ao desenvolvimento profissional e para os serviços de saúde*.

Verificou-se que o primeiro efeito da participação das entrevistadas na ação educativa se relacionou à sensibilização diante dos casos de óbito infantis ocorridos no município e no estado (primeiro núcleo de sentido), revelando o distanciamento a essa realidade presente antes da ação educativa. Junto a isso, elas perceberam a ausência de iniciativas na investigação desses óbitos. Encontrar tais falhas no serviço de saúde e na própria atuação, para elas, foi resultante dessa sensibilização e que levou a maior atenção e responsabilização pelas ocorrências dos agravos relativos aos óbitos infantis e à saúde dessa população.

Ou seja, as estatísticas e os dados estudados durante a ação educativa causaram efeitos de reflexão, alerta, indignação com a realidade e promoveu a renovação do anseio em abaixar estes casos de óbitos em constante alta no decorrer do tempo.

A sensibilização foi alcançada em todas as participantes segundo seus relatos, mas com efeitos diferentes. Algumas citaram as próprias falhas e as do sistema municipal em vigilância, outras a falta de continuidade do processo de investigação dos óbitos por demais serviços ou unidades de saúde, após mandarem suas fichas e relatórios a esses. Também, foi notada a descontinuidade da rede de atenção à saúde nesse processo. Todas obtiveram maior conhecimento dos números de óbitos ocorridos na região e quantos eram evitáveis por procedimentos de cada um deles, e estes fatos geraram nelas um grande incômodo.

Como segundo efeito da ação educativa, atribuído pelas entrevistadas, constatou-se a ampliação do conhecimento teórico e prático sobre vigilância em saúde materno-infantil e principalmente sobre a vigilância do óbito infantil (segundo núcleo de sentido). E, além disso, as participantes reconheceram essa ampliação de conhecimentos no que se refere à própria rede de atenção à saúde materno-infantil do município e sobre as atividades desenvolvidas em cada ponto da mesma. Isso fortaleceu e trouxe realce na necessidade de cumprir a vigilância e a investigação de morbimortalidade de gestantes, mães e bebês.

A ampliação do conhecimento, após participarem da ação, segundo algumas depoentes, fez com que elas adentrassem em seu campo de trabalho com foco e visão sensíveis e ampliados, permitindo-as identificar situações para atuar como também saber quais medidas tomar.

Pelo exposto, constata-se a importância de ações em serviço que promovam o desenvolvimento profissional, complementando a formação profissional obtida em instituições de ensino formal. Houve referências sobre a abordagem da temática somente na graduação. Segundo os pressupostos da EPS tal desenvolvimento é tanto ou mais efetivo



quando corresponde às necessidades do mundo do trabalho, como se pretendeu com esta ação educativa.<sup>11, 12</sup>

Mais uma vez, a Atenção Básica recebeu destaque, como sendo a grande protagonista, que deve manter-se atenta e tomar a frente da vigilância do óbito infantil, de forma que a ação educativa surpreendeu as participantes quando compreenderam com mais detalhes a força e importância desse nível de atenção, nessa atividade de iniciar e acompanhar a investigação em todo o processo de vigilância.

Ainda sobre os resultados da ação educativa no contexto abordado por ela, as participantes consideraram que as ações em vigilância do óbito infantil foram aprimoradas (terceiro núcleo de sentido).

A partir da mudança de visão, do refletir sobre o contexto local de trabalho e de índices de óbitos, as participantes afirmaram que prosseguiram com mudanças em suas práticas também, tornando-se críticas sobre cada unidade de saúde em que se encontrassem, firmando-se nas bases teóricas e práticas construídas conjuntamente, no decorrer ação educativa.

A investigação de óbitos passou a ser, de fato, uma tarefa imprescindível na rotina das unidades em que estavam trabalhando. E mais do que tida como importante, o processo de investigação que já era desenvolvido foi aprimorado e ampliado.

A compreensão delas levou-as a um posicionamento e atitude que contaminou positivamente suas equipes e até mesmo as chefias, de forma que essas acataram a prática de investigar, como a equipe do hospital e as equipes da atenção básica.

Assim, verificou-se que no ambiente de trabalho das participantes, as relações de poder também sofreram mudanças, que se revelaram como acordos feitos entre profissionais, grupos de vigilância, classe profissional, instituições, formas de governo, ou imposições entre pessoas a partir de conhecimentos, qualificações, ou meios subjetivos. Essas relações ocupam importante espaço nos relatos das educandas, quando relatam sobre a permissão política para efetivar suas propostas, e da necessidade da conexão entre os diferentes níveis de governo para dar continuidade ao que iniciaram quando encaminham, para não perder o serviço prestado. Colocam tais relações como decisivas para permitir a realização de toda *práxis* na vigilância em saúde.

Em relação à integralidade necessária entre os níveis de governo, fundamental na atenção à saúde, o próprio MS admite que o primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas

isoladamente e nem de cima para baixo. Ou seja, não devem ser decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais.<sup>29</sup>

A interlocução entre os serviços de saúde foi facilitada quando as participantes da ação educativa e dos diferentes níveis de atenção conheceram as demandas das outras, havendo aproximação e compreensão da continuidade da vigilância em saúde e do óbito na rede. Tal efeito na compreensão e prática das profissionais refletiu em suas equipes através de reuniões multiprofissionais e fortalecimento de comissões e núcleos de vigilância, com grande potencial de contribuir para o cumprimento de algumas linhas de cuidado na saúde materno-infantil.<sup>31</sup>

A visão adquirida de que a investigação é primordial e depende de boa comunicação levou os profissionais a melhorarem a comunicação entre os diferentes serviços desde a atenção básica, até ao hospital ou o departamento de vigilância do estado, facilitando processos e alcançando com maior agilidade obtenção de informações e conclusão de casos estudados.

As participantes atribuíram essas modificações nos contextos de trabalho, também, pela oportunidade de repassarem o aprendido na ação educativa para os demais profissionais envolvidos com a vigilância do óbito, com exemplos relativos a diferentes serviços, sejam da Atenção Básica como na Atenção Hospitalar.

Destaca-se a satisfação por parte de algumas, após as mudanças concretizadas, por terem notado que seus trabalhos e funções ganharam visibilidade e valorização diante das equipes de saúde e da gestão das instituições na qual estavam inseridas. Sinais que podem ser considerados de “empoderamento” profissional, bem como de qualificação de ações e de serviços de saúde.

Esse “empoderamento” expressou-se associado ao reconhecimento da importância do papel das participantes pelos demais profissionais do cotidiano do trabalho delas e, ao mesmo tempo, à autoconfiança em suas tarefas a partir do conhecimento ampliado adquirido, da visão expandida em identificar e estar atentas a sinais condicionantes de realidades e de saúde incluindo o óbito. Situação essa esperada como desfecho de ações de EPS.<sup>29</sup>

Os resultados de sensibilização, melhor compreensão, aumento do conhecimento, e mudança de atitude, coincidem com outras pesquisas sobre mudanças após ações educativas realizadas com profissionais de saúde. Esses apontam em suas próprias concepções, ampliação do conhecimento adequado científico, aumento da atitude na prática de orientações em seus atendimentos a usuários de serviços de saúde em domicílio ou na unidade,

diminuição da insegurança na atuação, sensibilização para identificar melhor situações carentes de intervenção e exame, e maior sentimento de pertencer a equipe e de inclusão nas tarefas na atenção à saúde da família.<sup>32,33,34</sup>

Como quarto e último núcleo de sentido configurado junto ao Tema 3, as entrevistadas afirmaram que a ação educativa além das conquistas anteriormente discutidas, instrumentalizou para qualificação da atenção materno-infantil. Elas concordaram em dizer que, com essa experiência, as percepções das condições desfavoráveis presentes em suas instituições de trabalho foram muito ampliadas e desenvolvidas, notando assim problemas na atenção à saúde materno-infantil que precisavam de mudanças.

Segundo alguns participantes, elas anexaram novos conhecimentos a prática assistencial que já efetuavam, aprimorando suas consultas clínicas, em relação aos diálogos, entrevistas e orientações para gestantes e mães. O atendimento e acolhimento foram aprimorados e fortalecidos nas atividades assistenciais das profissionais. A ação contribuiu também para renovação de ânimo e incentivo à corresponsabilização pelo sucesso da atenção à saúde materno-infantil.

A perspectiva de liderança e iniciativa cresceu nas participantes, elas repassaram informações, conteúdos teóricos, diretrizes políticas de saúde e atualizações para suas equipes. Pode-se considerar que a conscientização das participantes aos temas abordados foi aprimorada e compartilhada. Novos instrumentos foram desenvolvidos e implantados, tanto para avaliação como para seguir diretrizes, e ações de saúde foram iniciados e/ou aprimoradas, como protocolo de atenção à saúde do recém-nascido e do serviço pré-natal, com uso de testes rápidos de hepatite B e C, HIV, VDRL.

A própria visão de suas atuações ganhou novas lentes de valorização daquilo que já faziam e de direcionamento para facilitar o trabalho e completar possíveis lacunas. A busca constante de qualificar a atuação profissional entre serviços e níveis de atenção à saúde materno-infantil causou melhorias, fortaleceu e aumentou a comunicação constantemente utilizada.

Desse modo, como uma estratégia de EPS<sup>10</sup>, a ação educativa foi considerada fundamental para dar novo direcionamento ao trabalho de vigilância e atenção à saúde materno-infantil no município de São Luís, especialmente por atender a necessidade existente de promover a integração entre os setores de vigilância em saúde municipal e estadual e de atenção à saúde da população, com envolvimento direto da gestão municipal nesse processo, que ocorreu com base na realidade local e da singularidade dos participantes, sendo possível

construir momentos que fizeram sentido e que foram efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano.

A decisão em analisar a ação educativa, a partir da perspectiva das próprias participantes manteve coerência com o referencial da EPS<sup>10</sup>, possibilitando apreender que o aprendizado foi significativo para elas, a experiência provocou mudanças em seus processos de trabalho e a iniciativa imprimiu o desejo de continuar enfrentando desafios de qualificação da atenção e vigilância à saúde materno-infantil, com vistas à redução dos óbitos infantis.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa revelaram concepções ampliadas, porém experiências restritas das participantes da ação educativa em foco, quanto à vigilância em saúde materno-infantil e à vigilância do óbito infantil, considerando-a como um processo que além de abordar a ocorrência dos óbitos, tem potencial para prevenir novas ocorrências e promover a saúde infantil, fornecendo subsídios para qualificar a atenção à saúde materno-infantil.

Para as participantes, a ação educativa configurou-se como estratégia facilitadora da aprendizagem sobre a vigilância do óbito infantil, contribuindo para a aprendizagem significativa do conteúdo abordado, ao empregar métodos ativos, inovadores e considerando a realidade profissional das mesmas. Houve destaque para a complementação do conhecimento teórico e prático sobre o tema, sua valorização e, também, quanto à proposição, implementação e resultados de operações apropriadas para solução de problemas relativos à atenção à saúde materno-infantil, incluído a vigilância do óbito infantil. Também, foram constatadas mudanças importantes como maior segurança e reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas participantes nas respectivas áreas, após a ação educativa. Deficiências da ação foram identificadas, especialmente quanto ao tempo insuficiente para a quantidade de atividades propostas no período de dispersão quando também se desenvolveu a etapa de EaD, o que deve ser levado em consideração em novas oportunidades de oferecimento desta ação educativa.

Foram constatados resultados positivos desta ação educativa, tanto para o desenvolvimento profissional, quanto para os serviços de saúde de inserção das participantes. Elas resignificaram não apenas a vigilância do óbito, mas o próprio trabalho ao ganhar novo valor tornou-se espaço para ir além de cumprir tarefas, mas de reflexão, transformação e em despertar a intencionalidade de influenciar outros profissionais na busca de medidas bem definidas para promover saúde e prevenir agravos e óbitos, seja nas áreas assistencial, de gestão, hospitalar, atenção básica, em núcleos de vigilância ou no ensino.

As conexões de suas atuações com a vigilância na saúde da mulher e da criança, por vezes presentes em suas ações, foram tiradas do campo invisível e passaram a ser percebidas, direcionadas e fortalecidas, levando-as a cumprirem ações mais aprimoradas, na hora oportuna. Em acordo com as participantes da ação educativa analisada nesta pesquisa, por fim recomenda-se dar continuidade ao processo educativo em nível local, ampliando a participação para outros profissionais da atenção e gestão em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.378/MS, de 9 Jul 2013 [Internet]. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 25 Abr 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html).
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet [Internet]. 2011[acesso 1 Jun 2014];6736(11):32-46. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
4. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Mortalidade neonatal e avaliação da assistência materno-infantil. Cad Saúde Pública. 2014;30 Supl:S192-207.
5. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Trindade CM, Victora CG, Rabello Neto DL, Porto D, et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Ministério da Saúde (BR). Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, organizador. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 1, p.163-82.
6. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 4 v.

8. Ministério da Saúde (BR). Mortalidade infantil é emergência em saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 21 Jun 2014]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/>.
9. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2005;9(16):161-77.
10. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 2004. Seç 1.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
15. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *RevBras EducMéd* [Internet]. 2010 [acesso 30 Set 2015];34(1):13-20. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100003>.
16. Xavier LN, Oliveira GL, Gomes AA, Machado MFAS, Eloia SMC. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *SANARE*. 2014;13(1):76-83.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Amamenta Brasil. *Caderno do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Matus C. *Entrevista com Carlos: o método PES*. 2a ed. São Paulo: Fundap; 1996.
19. Parada CMGL, Sleutjes FCM, Carvalhaes MABL, Duarte MTC, Tonete VLP. *Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução de óbitos infantis a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

20. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
22. Prefeitura Municipal de São Luís. A cidade [Internet]. São Luís: Prefeitura Municipal; 2014 [acesso 30 Set 2015]. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/pagina/47/>
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de informações, São Luís, Maranhão [Internet]. Brasília: IBGE; 2014 [acesso 25 Jul 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=211130&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>.
24. DATASUS. Departamentode InformáticodoSUS [Internet]. Brasília: DATASUS; 2014 [acesso 01 Set 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 30 Set 2015]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
26. Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 18a ed. São Paulo: Atlas; 2009.
27. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.
28. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29a. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010. (Coleção temas sociais).
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
30. Rojo PT, Vieira SS, Zem-Mascarenhas SH, Sandor ER, Vieira CRSP. Panorama da educação à distância em enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Jan 20];45(6):1476-80. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600028&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600028>.
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.130/MS, de 5 Ago 2015 [Internet]. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de



Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 28 Jan 2015]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)

32. Machado MCHS, Oliveira JS, Parada CMGL, Venâncio SI, Tonete VLP, Carvalhaes MABL. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(4):459-68.

33. Coriolano MWL, Lima MM, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Educação Permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. *Educ Saúde*. 2012;10(1):37-59.

34. Martins KMC, Sousa AJC, Lima RLF, Xavier AS, Silva MAM. Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2014;27(3):422-7.

## APÊNDICES

### Apêndice 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá! Meu nome é Caroline Wey Perez. Sou aluna do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, sob minha responsabilidade, que tem como título: *Avaliação de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para profissionais da saúde do estado do Maranhão*. Esta pesquisa tem por objetivo geral avaliar a ação educativa que contou com sua participação, buscando verificaras contribuições desta ação para a qualificação profissional, bem como para os serviços de saúde onde cada participante atua. Esclareço que a entrevista não tem cunho avaliativo sobre seu desempenho na ação educativa, mas pretende obter subsídios para analisar a ação coletivamente. Espera-se, em última instância, que os resultados desta pesquisa possam contribuir positivamente para futuras oportunidades de replicação desta ação.

Para a coleta dos dados, será realizada uma entrevista, em data marcada, em que o(a) senhor(a) possa ficar cerca de 20-30 minutos falando comigo, via Internet, por meio do Skype (um programa que permite realizar e gravar conversas, pelo computador) ou via ligação telefônica se não for possível a primeira opção. Nesta entrevista, precisarei gravar sua voz em áudio. Garanto que, em nenhuma hipótese, o conteúdo gravado será publicado, mas apenas ouvido por mim e pela minha orientadora, para que assim não haja esquecimento das informações coletadas e qualquer interrupção para anotação das mesmas. Para isso, peço sua autorização. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes do estudo e o que for falado e escrito será sigiloso. Suas falas se tornarão textos que eu digitarei para possibilitar suas análises. Depois dessa análise, a gravação e o material transcrito serão totalmente apagados. Caso não aceite participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) terá a liberdade de dizer, sem que haja qualquer prejuízo, e em caso da sua participação inicial, você tem a liberdade também de sair desta pesquisa, a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo. Esta pesquisa não exige nenhuma contribuição financeira sua, e também não trará nenhum recurso financeiro a quem aceitar participar da mesma.

Declaro que o presente projeto de pesquisa foi explicado em detalhes e que este documento, após aprovação do CEP, será elaborado e assinado em duas vias, sendo uma entregue a (ao) participante da pesquisa e outra mantida em arquivo pelo pesquisador.

Caroline Wey Perez<sup>1</sup>

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Pamplona Tonete<sup>2</sup>

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa: “Avaliação de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para profissionais da saúde do estado do Maranhão”, realizado sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Pamplona Tonete, concordo em participar da mesma. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a aluna e professora estão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e que posso retirar este meu consentimento, a qualquer tempo. Qualquer dúvida adicional, sei que poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/3880-1609.

Maranhão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado

<sup>1</sup> Caroline Wey Perez (pesquisadora) Av. Camilo Mazoni, 1055. Jd Paraíso – Botucatu – Fone: 14981492235. E-mail: carolweyperez@gmail.com

<sup>2</sup> Vera Lúcia Pamplona Tonete (orientadora) – R. General Telles, 1396, apto. 121 – Botucatu – Fone: 38801319 e-mail: pamp@fmb.unesp.br

## Apêndice 2

**Entrevista número:**

**Data:**

### **Dados de caracterização dos entrevistados**

Iniciais:

Idade:

Profissão:

Local de trabalho:

Função no seu local de trabalho (gerais e específicas com a área materno-infantil):

Tempo de atuação no trabalho atual:

### **Questões sobre vigilância em saúde e redução dos óbitos infantis**

1. Para você, o que é vigilância em saúde materno-infantil? E Vigilância do Óbito Infantil?
2. Na sua instituição, como é feita a vigilância à saúde materno-infantil e o seu papel nesse processo?

### **Questões sobre a ação educativa**

3. Inicialmente, o que você esperava obter da ação educativa realizada?
4. Discorra de modo geral sobre o conteúdo teórico abordado? Destaque o(s) mais relevante(s) para o seu aprendizado.
5. Fale sobre a forma como foi oferecida a ação educativa: na parte presencial. (aspectos positivos e negativos). E na EaD?
6. O que significou a ação educativa para sua formação. E para seu trabalho?
7. Você gostaria de falar algo mais sobre essa experiência?

## ANEXOS

## Anexo 1 – Programação dos encontros presenciais

## Primeiro Encontro Presencial

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
<b>MANHÃ</b>	<p>Abertura – Saúde materno-infantil nos dias atuais: avanços e desafios. (Conferência em plenária)</p> <p>Ação Educativa: referenciais pedagógicos e programação (Apresentação e discussão em plenária)</p>	<p>Sistemas de informação: SINASC e SIM locais (Conferência em plenária)</p> <p>Avaliação em Saúde: construção de indicadores de saúde na área materno-infantil (Apresentação e discussão em plenária)</p>	<p>Rede de atenção materno-infantil: fluxograma da investigação dos casos, explorando dificuldades em concluir e fechar o caso, e propor medidas para evitar agravos e promover a saúde. (Discussão dos casos em pequenos grupos e apresentação dos relatos dos grupos em plenária)</p>	<p>Planejamento Estratégico Situacional: Projetos de Intervenção (Trabalho em pequenos grupos)</p> <p>2. Momento Normativo</p>	<p>Planejamento Estratégico Situacional: Projetos de Intervenção (Trabalho em pequenos grupos)</p> <p>4. Momento Tático-Operacional</p> <p>(Apresentação e discussão dos projetos elaborados, em plenária)</p>
<b>TARDE</b>	<p>Vigilância em saúde materno-infantil e Vigilância do óbito infantil (Apresentação e discussão das experiências dos participantes e alinhamento conceitual em plenária)</p> <p>Possibilidades de qualificação do trabalho de Vigilância do óbito infantil (Levantamento em plenária)</p>	<p>Indicadores de saúde materno-infantil (Apresentação e discussão da situação local em pequenos grupos por área de atuação; Apresentação dos relatos dos grupos em plenária)</p> <p>Investigação de casos selecionados a partir da análise do SINASC/ SIM – 2012/Estado e da discussão prévia com gestores da Vigilância (Discussão dos casos em pequenos grupos e apresentação dos relatos dos grupos em plenária)</p>	<p>Planejamento Estratégico Situacional: Projetos de Intervenção (Trabalho em pequenos grupos)</p> <p>1. Momento Explicativo</p>	<p>Planejamento Estratégico Situacional: Projetos de Intervenção (Trabalho em pequenos grupos)</p> <p>3. Momento Estratégico</p>	<p>Etapa de EAD (Apresentação em plenária e navegação na Plataforma Moodle)</p> <p>Avaliação do 1º Encontro</p>

## Anexo 1 – Programação dos encontros presenciais (continuação)

### Segundo Encontro Presencial

	6º dia	7º dia	8º dia
<b>MANHÃ</b>	Programação da Ação Educativa (Apresentação em plenária)	Visita aos serviços de saúde-alvo das intervenções e discussão com profissionais e gestores envolvidos com a proposta. (Trabalho em pequenos grupos nos serviços)	Avaliação das intervenções em andamento Identificação de fragilidades e aspectos positivos. (Trabalho em pequenos grupos) Avaliação realizada (Apresentação em plenária)
<b>TARDE</b>	Implementação das intervenções propostas: avanços e pontos frágeis (Apresentação e discussão em plenária) Implementação das intervenções propostas: avanços e pontos frágeis (Apresentação e discussão em plenária)	Avaliação de Serviços e Programas de Saúde (Discussão dos principais conceitos, a partir de relato das experiências dos participantes em plenária)	Continuidade da intervenção (Trabalho em pequenos grupos)  Atividades a serem implementadas para dar continuidade à intervenção (Apresentação em plenária)  Avaliação do 2º Encontro

### Terceiro Encontro Presencial

	9º dia	10º dia	11º dia
<b>MANHÃ</b>	Programação da Ação Educativa (Apresentação em plenária) Avaliação da atividade de ensino à distância (Discussão em plenária) Levantamento de demandas que possam contribuir com a manutenção/ampliação da proposta de intervenção (Discussão em plenária)	Visita aos serviços de saúde-alvo das intervenções e discussão com profissionais e gestores envolvidos com a proposta (Trabalho em pequenos grupos nos serviços)	Continuidade da intervenção (Trabalho em pequenos grupos)
<b>TARDE</b>	Implementação das intervenções propostas: avanços e pontos frágeis (Apresentação e discussão em plenária)	Avaliação das intervenções em andamento Identificação de fragilidades e aspectos positivos (Trabalho em pequenos grupos) Avaliação realizada (Apresentação em plenária)	Atividades a serem implementadas para dar continuidade à intervenção (Apresentação em plenária)  Avaliação do 3º Encontro



FACULDADE DE MEDICINA DE  
BOTUCATU -UNESP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação de ação educativa sobre vigilância do óbito infantil para profissionais da saúde do estado do Maranhão

**Pesquisador:** Caroline Wey Perez

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40558514.3.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 943.779

**Data da Relatoria:** 31/01/2015

#### Apresentação do Projeto:

Estudo para avaliar uma ação educativa sobre estratégias para redução do óbito infantil no município de São Luís, estado do Maranhão a partir da perspectiva de profissionais de saúde vinculados à vigilância em saúde materno-infantil. Esse estudo compõe amplo projeto de educação permanente intitulado "Vigilância em saúde materno-infantil: ação educativa para redução do óbito infantil a partir da realidade epidemiológica de estados selecionados", elaborado e executado em parceria de docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista com responsáveis pela Área Técnica de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

**Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa com base no referencial de Educação Permanente em Saúde (EPS) a ser desenvolvido em São Luís do Maranhão. Inicialmente, os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras gravadas com profissionais de saúde da área. As entrevistas serão previamente agendadas e executadas por meio skype que permite o diálogo e visualização. As entrevistas transcritas serão tratadas, analisadas, sistematizadas, classificadas e interpretadas.

**Endereço:** Chácara Butignoll, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

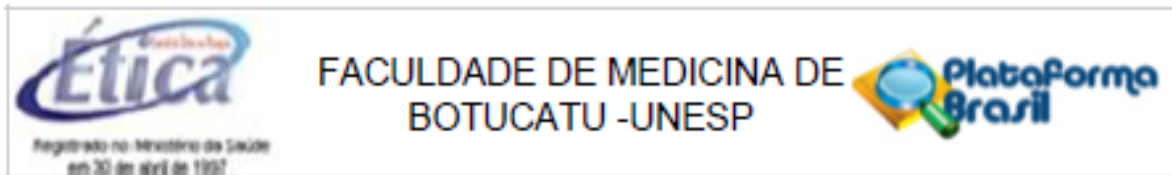
**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1608

**Município:** BOTUCATU

**CEP:** 18.618-970

**E-mail:** capelup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.779

Sujeitos da Pesquisa: 30 profissionais.

Critério de Inclusão: Profissionais da área que tenham concluído a ação educativa a ser avaliada.

Critério de exclusão:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio. Custo estimado em R\$ 200,00.

Cronograma de Execução: de 01/2015 a 02/2016.

Objetivo acadêmico: Pós Graduação – Mestrado Acadêmico

Pesquisadora: Caroline Wey Perez. Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: Avaliar ação educativa sobre estratégias para redução do óbito infantil em São Luís (MA), na perspectiva de seus participantes, buscando verificar as contribuições desta intervenção para a qualificação profissional, bem como para os serviços de saúde onde cada participante atua.

**Específicos:**

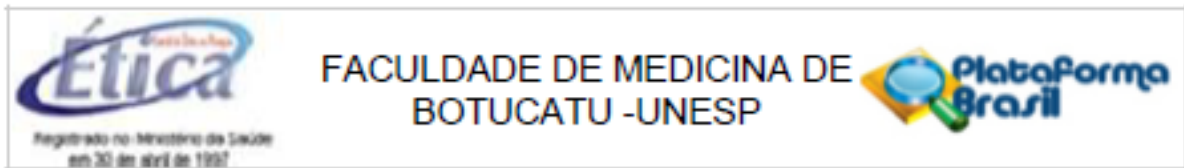
Apreender as concepções e experiências sobre vigilância em saúde materno-infantil e estratégias para redução do óbito infantil, bem como verificar a satisfação dos participantes com relação à ação educativa em foco.

Obter subsídios para aprimorar futuras ações educativas da mesma natureza, a serem realizadas em outros estados da União.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Riscos mínimos.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.779

**Benefícios:** Obtenção de subsídios para aprimorar futuras ações educativas da mesma natureza, a serem realizadas em outros estados da União.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todos os itens e informações necessárias à avaliação ética foram descritos adequadamente e foram apresentados os termos e declarações exigidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos, declarações e autorizações foram apresentados, inclusive declaração de ciência e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – Superintendência Epidemiológica e Sanitária – Núcleo de Ações Educativas. Quanto ao TCLE, este é claro, objetivo e de fácil entendimento e contém todas as informações necessárias.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de Pesquisa bem elaborado e tema importante cujo desfecho pode contribuir no aprimoramento de eventos de capacitação em Educação Permanente em Saúde. A metodologia é adequada aos objetivos propostos. Está adequado no que preceitua a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Pode ser aprovado sem necessidade de envio ao Conep.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

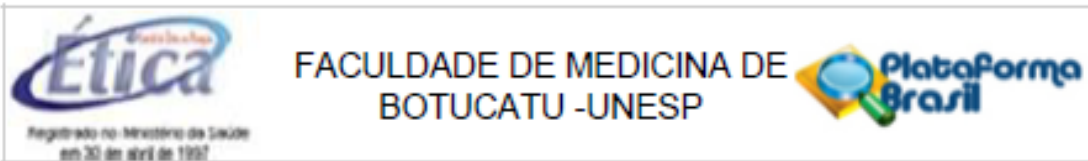
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 02 de Fevereiro de 2.015, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP, o respectivo "Relatório Final de Atividades" ao final do estudo.

<b>Endereço:</b> Chácara Butignoli, s/n	
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	<b>CEP:</b> 18.618-970
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1608	<b>E-mail:</b> capelup@fmb.unesp.br





Continuação do Parecer: 943.779

BOTUCATU, 03 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Chácara Butignoli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1608 **E-mail:** [capelup@fmb.unesp.br](mailto:capelup@fmb.unesp.br)