



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carolina Gabriele Gomes da Rocha

**Determinantes Sociais da Saúde no cuidado pré-natal: um olhar multiprofissional na
atuação da Atenção Primária**

Florianópolis

2020

Carolina Gabriele Gomes da Rocha

**Determinantes Sociais da Saúde no cuidado pré-natal: um olhar multiprofissional na
atuação da Atenção Primária**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ivonete Teresinha Schülter
Buss Heidemann.

Florianópolis

2020

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

Rocha, Carolina Gabriele Gomes da
Determinantes Sociais da Saúde no cuidado pré-natal :
um olhar multiprofissional na atuação da Atenção Primária /
Carolina Gabriele Gomes da Rocha ; orientadora, Ivonete
Teresinha Schülter Buss Heidemann, 2020.
102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. I. Heidemann, Ivonete Teresinha Schülter
Buss . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Carolina Gabriele Gomes da Rocha

Determinantes Sociais da Saúde no cuidado pré-natal: um olhar multiprofissional na atuação da Atenção Primária

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Marli Stein Backes
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Jeane Barros de Souza
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche
Universidade do Estado de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Prof.^a Dra. Jussara Gue Martini
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Orientadora

Florianópolis, 2020.

*Dedico este trabalho aos profissionais da
Atenção Primária à Saúde*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, creio que ele sempre me guiou durante a minha vida e iluminou o meu caminho nos momentos mais difíceis.

À Universidade Federal de Santa Catarina que me acolheu desde a graduação e possibilitou que eu continuasse os meus estudos na casa onde me formei Enfermeira. Foi nesta Universidade que me aproximei e me apaixonei pela pesquisa. Sou grata por todas as oportunidades que a UFSC me proporcionou.

Minha imensa e eterna gratidão à minha querida orientadora Prof.^a Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, que me orientou com muita sabedoria e paciência, tranquilizando-me e guiando meus passos durante a realização deste trabalho.

À Atenção Primária à Saúde de Florianópolis que apoiou a realização desta investigação e aos participantes da pesquisa, profissionais admiráveis que aceitaram o desafio de contribuir para a produção deste conhecimento. Obrigada pela acolhida e pela troca de saberes, vocês foram fundamentais neste processo.

Aos membros das bancas de qualificação e sustentação do mestrado, Prof.^a Dra. Marli Terezinha Stein Backes; Prof.^a Dra. Jeane Barros de Souza; Prof.^a Dr.^a Denise Antunes de Azambuja Zocche; Prof.^a Dr.^a Margarete Maria de Lima; Prof.^a Dra. Michelle Kuntz Durand; Prof.^a Dr.^a Laura Christina Macedo; Enf.^a Mestre Pamela Camila Fernandes Rumor e a Enf.^a Mestre Indiara Sartori Dalmolin pela valiosa contribuição dos seus conhecimentos para este estudo.

Agradeço imensamente a minha família, meus pais, meus amados irmãos e sobrinhos, mas em especial ao meu amigo Leandro, pessoa especial que me acompanhou durante anos da minha vida. Nossas vidas seguiram caminhos diferentes, mas serei eternamente grata por ter tido um companheiro como você, que sempre me incentivou a seguir meus estudos e meus objetivos.

À minha querida amiga Maiara Mazera, que sempre esteve ao meu lado, nos momentos felizes e nos momentos difíceis. Obrigada pela tua sincera amizade! Amo você!

Aos meus amigos e colegas de trabalho do Centro Catarinense de Reabilitação. Vocês foram fundamentais nesta minha fase, me acolheram e me apoiaram quando eu mais precisava. Sem

o apoio de vocês nada teria acontecido. Obrigada pela paciência e compreensão durante todo o mestrado.

Gratidão!

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Este estudo objetivou compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação participante, articulada com o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que consiste em três etapas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Participaram do estudo 40 profissionais da equipe Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, além de residentes e acadêmicos, entre os meses de julho a outubro de 2019, totalizando três Círculos de Cultura. A Investigação temática aconteceu a partir da questão norteadoras sobre a Promoção da Saúde, Determinantes Sociais e pré-natal, sendo que o desvelamento crítico ocorreu concomitantemente com a participação dos pesquisados. Em relação aos aspectos éticos a pesquisa atendeu as determinações das Resoluções n. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o parecer 3.253.685 e CAAE 10432719.8.0000.0121 de 09 de abril de 2019. Durante o levantamento temático foram levantados 21 temas geradores, os quais foram codificados e descodificados em três temas significativos, que foram desvelados no decorrer dos Círculos. Os resultados desta pesquisa foram descritos em dois manuscritos. O primeiro manuscrito abordou os Determinantes Sociais da Saúde como caminho para a Promoção da Saúde, discutindo as demandas que permeiam o pré-natal. O segundo destacou como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados na Atenção Primária à Saúde, quais as dificuldades e facilidades que surgem ao abordar estas questões durante o pré-natal. Os Determinantes Sociais da Saúde estão presentes na atuação dos profissionais e são caminho para o alcance da equidade no pré-natal e conseqüentemente para melhoria da qualidade ofertada para as gestantes na Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que ainda são múltiplas as barreiras que são enfrentadas pelas gestantes ao longo do pré-natal e que há limitações para os profissionais atuarem amplamente sobre os Determinantes Sociais. Ressalta-se a relevância da metodologia utilizada no estudo que conecta pesquisadores e pesquisados, gerando ação-reflexão-ação no transcorrer da pesquisa e resultando em mudanças significativas na prática dos profissionais que atuam no pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Promoção da Saúde. Cuidado Pré-Natal. Gestantes. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

This study aimed to understand how the Social Determinants of Health are worked by the multidisciplinary team during prenatal care in the context of Primary Health Care in the city of Florianópolis, state of Santa Catarina, Brazil. It was a qualitative research, of the participant action type, articulated with Paulo Freire's Research Itinerary which consists of three stages: thematic investigation, coding and decoding and critical unveiling. Forty professionals from the Family Health team and the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care participated in the study, in addition to residents and academics, from July to October of 2019, totaling three Culture Circles. The thematic investigation took place from the guiding question on health promotion, social determinants and prenatal care, with the critical unveiling occurring concomitantly with the participation of the respondents. Regarding the ethical aspects, the research met the determinations of Resolutions n. 466/12 and 510/2016 of the National Health Council regarding research with human beings and was approved by the Research Ethics Committee/National Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, with opinion 3,253,685 and CAAE 10432719.8.0000.0121 of April 9, 2019. During the thematic survey, 21 generating themes were raised, which were encoded and decoded into three significant themes, which were unveiled during the Circles. The results of this research were described in two manuscripts. The first manuscript addressed the Social Determinants of Health as a path to Health Promotion, discussing the demands that permeate prenatal care. The second approached how the Social Determinants of Health are worked in Primary Health Care, what are the difficulties and facilities that arise when addressing these issues during prenatal care. The Social Determinants of Health are present in the performance of professionals and are the way to achieve equity in prenatal care and, consequently, to improve the quality offered to pregnant women in Primary Health Care. It is concluded that there are still multiple barriers faced by pregnant women throughout the prenatal period and there are limits and difficulties encountered by professionals to act widely on Social Determinants. The relevance of the methodology used in the study that connects researchers and respondents is highlighted, generating action-reflection-action in the course of the research and resulting in significant changes in the practice of professionals working in Primary Care's prenatal.

Keywords: Social Determinants of Health. Health Promotion. Prenatal Care. Pregnant Women. Primary Health Care. Patient Assistance Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O processo de determinação social do processo saúde-doença.....	31
Figura 2 - Modelos de Determinantes Sociais da Saúde.....	33
Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.....	34
Figura 4 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.....	35
Figura 5 - Mandala construída pelos participantes da pesquisa no primeiro Círculo de Cultura.....	42
Figura 6 - Gestante no mar da vida e o caminho para a Promoção da Saúde.....	44
Figura 7 – Gestante no mar da vida e os Determinantes Sociais da Saúde.....	44
Figura 8 – Itinerário de Pesquisa: formação das ondas do mar.....	51
Figura 9 – Itinerário de Pesquisa: formação das ondas do mar.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CUIDADO PRÉ-NATAL.....	18
2.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O PRÉ-NATAL: UM OLHAR A PARTIR DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	26
3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	30
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 TIPO DE PESQUISA	37
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	39
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
4.4 PERCORRENDO O ITINERÁRIO DE PESQUISA	41
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	46
5 RESULTADOS	47
5.1 MANUSCRITO I.....	48
5.2 MANUSCRITO II	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	92
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO.....	96
ANEXO A - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DE PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.....	97
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	98

1 INTRODUÇÃO

Em 1986 aconteceu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesta foi introduzido o conceito ampliado de saúde. Em sentido amplo a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organizações sociais, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Neste mesmo ano, a nível internacional, o movimento moderno de Promoção da Saúde foi se fortalecendo, o que impulsionando a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Como resultado desta conferência, foi aprovada a Carta de Ottawa, com orientação para atingir a meta “Saúde para Todos” a partir do ano 2000. A meta estabelecia como objetivo o alcance por parte de todos os povos do mundo, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Na Carta de Ottawa foram conceituadas cinco estratégias que visam a implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Estas estratégias articuladas com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) constituem as práticas de Promoção da Saúde e proporcionam acesso à informação, ampliam as experiências e habilidades na vida dos sujeitos, tal como apontam oportunidades que permitam aos indivíduos fazer escolhas por uma vida mais saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Este documento ainda representa uma das principais referências para o desenvolvimento de estratégias e ações na área da Promoção da Saúde e reafirma os DSS, ressaltando que se o tratamento das doenças é uma atribuição específica do setor saúde, a Promoção da Saúde abarca uma complexidade que o extrapola, o que evidencia a necessidade de diversas ações intersetoriais para a sua construção, caracterizando assim a proposta da Promoção da Saúde como genuinamente intersetorial (PINHEIRO et al., 2015).

Buss (2010) complementa que a Promoção da Saúde se refere às ações sobre os DSS, de modo a impactar favoravelmente a qualidade de vida, pois para melhorar as condições de saúde de uma população são necessárias mudanças, considerando os fatores determinantes e condicionantes. Logo, para que uma sociedade conquiste a saúde para todos, faz-se necessário ações de caráter intersetorial e políticas públicas saudáveis, campos de ação propostos pela Carta de Ottawa.

No entanto, esta integração da Promoção da Saúde e os DSS ainda é vista como um desafio, uma vez que o foco no estilo de vida individual continua a ser atraente no Brasil. Geralmente, as ações de Promoção da Saúde são limitadas a identificar os efeitos prejudiciais de determinados comportamentos de vida, com atuação na normatização de estilos de vida, mantendo o foco na doença e na eliminação de hábitos tidos como “de risco” (HEIDEMANN et al., 2018).

O fortalecimento das ações de Promoção da Saúde depende em nível macro da atuação sobre os DSS e, em nível micro, sobre a pessoa, família e comunidade. É preciso avançar com programas e iniciativas de Promoção da Saúde que busquem o fortalecimento dos sujeitos e comunidade, numa perspectiva crítica, potencializando os processos de transformação e autonomia das pessoas sobre a realidade social (HEIDEMANN et al., 2018; MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Indo ao encontro destes ideais, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006 e reformulada em 2014, busca a qualidade de vida da população por meio de ações integradas e intersetoriais, de tal modo que os setores privados, os governamentais e os não governamentais, juntamente com a sociedade civil, participem em conjunto do debate sobre os DSS e potencializem formas ampliadas de intervenção à saúde e alcance da equidade¹(BRASIL, 2014a).

Os DSS são definidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença” (BRASIL, 2012a, p. 21). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) este conjunto de fatores é amplo e influencia a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Em relação a atuação sobre estes DSS, Buss (2010) destaca que se caracteriza por uma composição inter e intrasetorial e ressalta a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como sendo uma proposta promissora e estruturante para essa nova prática. De acordo com Dowbor e Westphal (2013), esta estratégia, que está inserida na Atenção Primária à Saúde (APS), possui grande potencial para trabalhar sobre os DSS. Entretanto, se faz necessária à sua organização por meio de uma estrutura de trabalho que ultrapasse os facilitadores individualizados, presentes na prática atual, e contemple aspectos de gestão do programa.

¹ Sentimento de equilíbrio moral, de atitude intuitiva que permite a alguém discernir entre o que lhe parece justo ou injusto, conforme o exigido por uma justiça mais ou menos ideal (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996).

A assistência na ESF é realizada por uma equipe Saúde da Família (eSF), de caráter multiprofissional², composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Neste contexto, com o intuito de apoiar a inserção da ESF nas redes de serviços, surgiu no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Em 2017, quando ocorreu a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF modificou o nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o intuito de complementar não só equipes de Saúde da Família, mas também equipes Atenção Básica. Atualmente o NASF-AB é formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como apoiadores das equipes de Saúde da Família, para que estes atuem em conjunto com os profissionais destas equipes, compartilhando e apoiando as práticas em saúde realizadas nos territórios de abrangência da APS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017).

É importante destacar que o processo de trabalho dos profissionais com foco nos DSS, no âmbito da ESF, é abordado pelo Ministério da Saúde como ação de reestruturação da APS, com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional (SANT'ANNA et al., 2010). Na lógica da ESF as ações de saúde englobam a promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção, na busca por impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos DSS das coletividades (BRASIL, 2012b). Neste sentido, no que se refere à saúde materno-infantil, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda gestante em sua totalidade valorizando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive, enfocando os DSS (BRASIL, 2006a). Entende-se que a atenção pré-natal é um espaço de construção singular, influenciada pelo conjunto familiar e social da gestante, portanto, as referências e relações destas mulheres devem ser

² Optou-se pelo termo “multiprofissional” nesta pesquisa, devido ao processo de trabalho multiprofissional realizado pelos profissionais da APS do município de Florianópolis. Entende-se o trabalho multiprofissional como um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico (ALMEIDA FILHO, 2005; FLORIANÓPOLIS, 2008).

consideradas, pois refletem diretamente na adesão ao pré-natal, na compreensão da atenção e nos cuidados realizados (BARRETO et al., 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a Promoção da Saúde e as necessidades de saúde da população feminina. Além disso, a atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento a esse público a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto um ser capaz e responsável por suas escolhas (BRASIL, 2004).

O principal objetivo da cuidado pré-natal é acolher as gestantes desde o início de sua gravidez. Portanto, é necessário que os profissionais conheçam as mulheres, suas capacidades e potencialidades e considerem as suas vivências e suas necessidades a partir das perspectivas delas. A adequada assistência pré-natal na ESF requer a aproximação e o entendimento de como as mulheres se sentem e de como atribuem sentido à experiência de gerar um filho, em especial quando elas se encontram em situação de vulnerabilidade (OLIVEIRA; MANDU, 2017). Compreende-se, portanto, que a consulta de pré-natal envolve, além de procedimentos de alta densidade, também os de baixa densidade, podendo o profissional dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo neste momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir de maneira mais autônoma a gestação e o parto (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Em relação à mortalidade materna, estima-se que no mundo aproximadamente 800 mulheres morrem todos os dias por causas preveníveis relacionadas à gestação e ao parto. Destes óbitos, 99% ocorrem nos países em desenvolvimento, sendo o percentual mais elevado entre as adolescentes jovens que vivem na zona rural e em comunidades pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No Brasil, no ano de 2010, a razão de mortalidade materna foi de 68 para cada 100.000 nascidos vivos. Sendo que, 15,9% dos óbitos maternos no Brasil ocorreram entre as mulheres de 10 a 19 anos de idade; 76,2% no grupo de 20 a 39 anos; e 7,9% nas mulheres de 40 anos de idade ou mais. Destas mortes, 17% ocorreram durante a gestação, 9% durante o parto e 56% no puerpério (BRASIL, 2014b).

Um estudo de 2012 realizado no Brasil, verificou que entre 2000 e 2009 o maior número de óbitos maternos estava presente entre as mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade (23,8%), da raça/cor parda (42,7%), com estado civil solteira (53,1%) e de 20 a 29 anos de idade (41,8%) (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Outro estudo de 2017, analisou os óbitos maternos registrados no país no período de 2009 a 2013 e constatou que ocorreram 8.470

óbitos maternos neste intervalo de cinco anos. Além disso, verificou que a maior ocorrência de óbitos maternos continuou sendo entre mulheres de 20 a 29 anos, pardas, solteiras e com 4 a 7 anos de estudo (GUIMARÃES et al., 2017).

A morbimortalidade materna vai além das complicações fisiológicas e perpassa todos os aspectos de vida das mulheres, envolvendo aspectos emocionais, sociais, econômicos e institucionais, o que reforça a necessidade e ações efetivas no cuidado à gestante. Alguns DSS contribuem de maneira significativa para os altos índices do fenômeno no Brasil e no mundo, tais como: o início precoce da atividade sexual, a violência, a pobreza, que leva a desnutrição e anemia, a gravidez indesejada, a falta de acesso ao aborto seguro e legal e a serviços de assistência de qualidade desde o pré-natal, como o local do parto e no puerpério, contribuem de maneira significativa para os altos índices do fenômeno em nosso país e no mundo (BRASIL, 2014b; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

De acordo com Morse et al. (2011), os indicadores de saúde materna estão diretamente relacionados às desigualdades sociais. Conseqüentemente, isso reflete nas condições diferenciadas de vida e de acesso aos recursos sociais como saúde, educação, renda, trabalho e segurança entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como DSS. Além disso, no Brasil, a maioria das mortes e morbidades maternas severas são devidas às causas consideradas evitáveis. Isso significa que o acesso a uma assistência à saúde humanizada que considere os fatores determinantes, poderia evitar que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos.

Destaca-se que é imprescindível compreender que uma atenção de qualidade não é alcançada por meio de um cuidado pautado nas ações de um único profissional. É necessário desenvolver uma linha assistencial que contemple a participação de toda a equipe multiprofissional, sendo elaborada de maneira coletiva, para que, de fato, ocorra o cuidado integral às gestantes (NOGUEIRA et al., 2017).

Considerando a importância da clínica ampliada de saúde que inclui os DSS no cotidiano de trabalho das equipes, compete aos profissionais de saúde a responsabilidade pelo desenvolvimento e ampliação da dimensão cuidadora. Este cuidado demanda a escuta qualificada, o vínculo e o diálogo, para além da clínica tradicional, oferecendo respostas mais efetivas às necessidades de saúde da população, atuando de forma integral na assistência à saúde, a fim de evitar as iniquidades (SCHMITZ; HEIDEMANN; DURAND, 2018). Os profissionais que participam do pré-natal na APS, devem levar em conta os aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos, evitando iniquidades em saúde. Estes profissionais

devem adentrar a realidade das gestantes que realizam o pré-natal e articular o conhecimento técnico-científico, na tentativa de intervir de modo a contribuir para um período gestacional sem intercorrências (NOGUEIRA et al., 2017).

Diante deste cenário e frente a limitação encontrada na literatura brasileira de estudos que destacam a relevância dos DSS na APS, especificamente no pré-natal, torna-se relevante refletir sobre o atendimento ofertado às mulheres durante o período gestacional pela equipe multiprofissional, e com vistas a desvelar se os DSS estão sendo considerados na prática profissional, a fim de promover a saúde destas mulheres.

Cabe destacar que o interesse pela temática do pré-natal articulada com os DSS aconteceu ao longo da graduação, onde tive a oportunidade de atuar como bolsista de Iniciação Científica por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – PIBIC/CNPQ e participar como membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde – LAPEPS na Universidade Federal de Santa Catarina. A partir deste envolvimento com a pesquisa e aproximação com a Promoção da Saúde, desenvolvi o meu trabalho de conclusão de curso intitulado “Os Determinantes Sociais da Saúde na consulta de enfermagem do pré-natal”. A pesquisa evidenciou a relevância da equipe multiprofissional no pré-natal, e demonstrou que o trabalho em equipe fortalece a atuação sobre os DSS, promovendo uma atenção qualificada neste espaço no pré-natal.

Com base no exposto, define-se que este estudo irá contribuir com a prática dos profissionais atuantes na APS ao propiciar uma melhor compreensão da relevância dos DSS na assistência ao pré-natal.

Neste sentido, emerge a seguinte questão de pesquisa: Como são trabalhados os Determinantes Sociais da Saúde pela equipe multiprofissional durante o pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde?

1.1 OBJETIVO

- Compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Buscando o estado da arte relacionado à temática de estudo, desenvolve-se uma revisão narrativa de literatura. As buscas literárias foram realizadas nas seguintes bases de dados: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Banco de Teses e Dissertações CAPES, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram utilizadas as combinações dos descritores: Determinantes Sociais da Saúde; Promoção da Saúde; Cuidado Pré-Natal; Gestantes; Atenção Primária à Saúde. Os documentos utilizados nesta revisão foram: artigos; políticas públicas; revisões de literatura; teses e dissertações. As análises da referida revisão constituem este capítulo de sustentação teórica desta dissertação.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CUIDADO PRÉ-NATAL

A partir da década de 1970, o modelo biomédico passou a ser criticado a nível internacional, principalmente nos países desenvolvidos, visto que ele não conseguia responder as demandas oriundas do processo saúde e doença. A publicação do Relatório Lalonde em 1974, e a realização da Conferência de Alma Ata em 1978, são considerados marcos históricos, por trazerem à tona a discussão da articulação da saúde com as condições de vida, e da necessidade de intervenção sobre os DSS (BUSS, 2009; MEDINA et al., 2014). Entretanto, somente em 1986, com a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, a Promoção da Saúde se firmou como proposição de natureza política, sendo incorporada como diretriz no desenvolvimento de políticas públicas de saúde em diversos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; MEDINA et al., 2014).

Desta forma, no final do século XX no Brasil, estimulada pelo movimento da Promoção da Saúde em nível mundial, a Reforma Sanitária se consolidou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever no Estado. Esta situação impulsionou a criação do SUS em 1988, com princípios e diretrizes para nortear, a reorientação de um sistema de saúde equânime e resolutivo (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Com a regulamentação do SUS por meio da Lei 8080/90, gradativamente esse sistema vai se fortalecendo e tornando-se prática, destacando-se na APS, denominada no Brasil como Atenção Básica (BRASIL, 1990).

Em conjunto com este novo modelo de paradigma, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF, que compreende a saúde da família como estratégia prioritária. Desta forma, aproximou a população dos serviços de saúde, por meio de um modelo de atenção com estratégias que priorizam a prevenção e a Promoção da Saúde, sem abandonar o atendimento assistencial (DURAN; HEIDEMANN, 2013; HEIDEMANN et al., 2015). Os autores Gurgel et al. (2011) complementam que a criação da ESF surgiu com o desafio de realizar a inversão do modelo biomédico, mas ao mesmo tempo, proporcionar maior acesso aos serviços e melhorar a interação comunitária, com ações que perpassem o setor saúde de modo a otimizar e potencializar os recursos disponíveis na comunidade para ações de Promoção da Saúde.

No Brasil, outro avanço que deve ser destacado, foi a publicação em 2006, pelo Ministério da Saúde, da PNAB por meio da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que visou fortalecer a APS no país. Este modelo de atenção é caracterizado pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Para reafirmar o seu compromisso com a APS, em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, em 2011 a PNAB atualizou os seus conceitos, introduziu novos elementos, referentes ao modelo de atenção para a ordenação das redes e destacou a importância das ações intersetoriais e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2012b; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Porém, em 31 de agosto de 2017, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em Brasília, a PNAB foi novamente reformulada. O debate foi permeado por muitas manifestações contrárias ao novo texto da política e as críticas apontavam para o enfraquecimento do modelo da ESF, reconhecido mundialmente pelo seu êxito. O documento destacou a construção de equipes com outros formatos, o que significa retroceder às concepções de APS pregressas ao SUS. Assim, o planejamento e seguimento da APS ficaram sob as gestões municipais, o que permite espaços para que as equipes sejam cada vez menos multiprofissionais, fragmentando o cuidado e enfraquecendo o vínculo com a comunidade (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017; BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2017).

Além disso, o documento contém ideias que merecem ser discutidas, tendo em vista suas potenciais repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho. Em

relação ao modelo de atenção, entende-se que, ao admitir que a equipe mínima da ESF atue com auxiliares ou técnicos de enfermagem no lugar de agentes comunitários de saúde, a portaria aponta para um aprofundamento da perspectiva biomédica, que associa o aumento da capacidade resolutive da APS à realização de procedimentos. Revela, portanto, a dificuldade em superar uma concepção estreita da clínica, na qual a efetividade remete à assistência no seu sentido reduzido, e não ao cuidado integral, que compreende a saúde como um processo que expressa determinações sociais (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2017).

Neste contexto, destaca-se a preocupação em relação ao cuidado pré-natal, que é abordada principalmente na APS e se encontra entre os assuntos de maiores discussões e investimentos públicos na atualidade (SCHMITT et al., 2018). Nas últimas décadas foram implantadas várias políticas e programas voltados ao cuidado pré-natal, com notável avanço nesta área. Na APS o pré-natal ganhou força com a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado por meio da Portaria n. 569 de 01 de junho de 2000, com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, pois até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (BRASIL, 2000; CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Nesta direção, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha em 2011, uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Como finalidade, consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. A rede cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: I. Pré-Natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e IV. Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde. Em relação ao pré-natal, o programa traz a importância de ser realizado na APS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção (BRASIL, 2011a).

O primeiro contato das gestantes com a rede de atenção é realizado na APS, sendo que a equipe da ESF é responsável pelo acolhimento destas mulheres. A equipe deve estar capacitada para ofertar um pré-natal de qualidade, contribuindo para promover sua saúde com redução da taxa de morbimortalidade e melhoria dos indicadores de saúde dessa população.

Na gestação de baixo risco, a usuária deve ser acompanhada pela eSF, enquanto as gestantes de alto risco, têm garantido além da equipe da APS, o acompanhamento simultâneo da equipe do centro de referência (BRASIL, 2013; MARTINIANO et al., 2016).

O acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal inicia-se na gestação e estende-se até o puerpério, quando deve ser realizado a visita domiciliar pela equipe da ESF, em que mãe e recém-nascido terão a continuidade da assistência. Durante este período, a execução da educação em saúde pela equipe deve ser de forma continuada e os profissionais devem acompanhar a gestante e atuar de forma multiprofissional durante a gestação, trabalho de parto, cuidados pós-natal e tudo aquilo que possa interferir na vida da gestante, do parceiro e a sua família (BRASIL, 2013; MARTINIANO et al., 2016).

O acolhimento da gestante na APS acontece em múltiplos espaços individuais e coletivos: palestras, reuniões de grupo ou em consultas com os profissionais de saúde. As atividades em grupo merecem destaque, pois constituem-se como um espaço de reflexão, de escuta, de diálogo, de troca de saberes e experiências sobre as demandas da maternidade e cuidados de saúde no período gravídico-puerperal. A interação grupal resulta na formação de vínculos entre as gestantes e a equipe multiprofissional e o convívio com pessoas diferentes de sua comunidade e com outras mulheres-mães, o que oportuniza a ampliação das relações interpessoais e a construção de novas redes sociais (MARON et al., 2014; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Portanto, entende-se que o atendimento à gestante deve ser multidimensional, devendo ultrapassar os limites dos consultórios e ser realizado não somente pela equipe de saúde da família, mas por toda equipe multiprofissional, incluindo o NASF-AB. A abordagem multiprofissional no pré-natal favorece a humanização e a integralidade da atenção, que são dispositivos qualificadores do processo de Promoção da Saúde. Ademais, a integração de conhecimentos de diferentes núcleos profissionais em uma equipe favorece intervenções que possibilitam considerar outras dimensões da saúde relevantes no cuidado pré-natal (NOGUEIRA et al., 2017).

No entanto, apesar de os estudos mostrarem a importância da atuação multiprofissional, as pesquisas relacionadas a essas práticas mostram que ainda existem lacunas a serem preenchidas. Uma revisão integrativa publicada em 2017 teve como objetivo apreender as práticas comumente desenvolvidas na ESF, e evidenciou que apesar de as políticas públicas vigentes apontarem a importância do trabalho em equipe, os artigos produzidos apontam que ainda há a tendência de fragmentar a assistência, desconsiderando a importância de olhar integral à gestante (SANTIAGO et al., 2017).

Os profissionais que atuam na APS, sejam eles da equipe de Saúde da Família ou do NASF-AB, possuem uma vantagem em decorrência do trabalho prioritariamente comunitário. Por meio desta atuação, os laços tornam-se estreitos entre profissionais e usuárias, o que favorece a constituição de vínculos e atuação de forma ampla, considerando os fatores determinantes e condicionantes. Deste modo colabora para o desenvolvimento do cuidado pré-natal. A APS deve fortalecer seu papel como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, possibilitando o acesso e a continuidade no pré-natal, e principalmente, ser mediadora do empoderamento das mulheres, para que estas sejam protagonistas de sua própria história (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; BARRETO et al., 2015).

2.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O CUIDADO PRÉ-NATAL: UM OLHAR A PARTIR DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, percebe-se que uma nova concepção da Promoção à Saúde vem avançando nos últimos anos, por meio de Políticas Públicas e Programas de Saúde que ampliam o olhar sobre a saúde e seus DSS (CYPRIANO, 2016). Os DSS são pautados em uma justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da Promoção da Saúde que se pauta no indivíduo (JACKSON et al., 2013).

Neste contexto, foi instituída, no âmbito do Ministério da Saúde em 2006, a CNDSS por meio do Decreto Presidencial de 13 de março 2006 (BRASIL, 2006c). A CNDSS adotou como referência o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead sobre os DSS (CNDSS, 2008). Neste modelo os DSS são abordados em cinco níveis interdependentes que atuam direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. No último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (CNDSS, 2008).

Percebe-se que a saúde possui uma associação direta com a posição socioeconômica, e quanto pior ela for, piores serão as condições de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Portanto, a equipe multiprofissional em conjunto com os diversos

campos de saber deve ter uma atuação efetiva sobre os DSS, a fim de evitar essas iniquidades. Segundo a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) essas intervenções devem ser realizadas sobre níveis macro, intermediário ou micro de DSS. Além disso, deve haver uma atuação coordenada intersetorial para abarcar diversos níveis da administração pública (CDSS, 2010).

No contexto da saúde da mulher, o debate acerca da saúde materna tem tido destaque nas últimas décadas, especialmente as discussões voltadas para o estudo da morbimortalidade materna, pois refletem as iniquidades a que estão expostas, como questões socioeconômicas, passando pelas discussões de gênero, de raça, até às questões de acesso aos serviços de saúde (GRAAF; STEEGERS; BONSEL, 2013). Em relação às políticas públicas, a saúde materna sempre foi prioridade. Essas políticas apresentaram um grande desenvolvimento ao longo da história devido às altas taxas de morbimortalidade materna, se estendendo também ao pré-natal, tendo em vista o grande impacto que este produz na saúde das mulheres (XIMENES NETO et al., 2008).

No Brasil, foi no final da década de 1970 que este novo olhar para as políticas públicas em relação à saúde materno infantil se iniciou. Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, e a crianças menores de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas, destacou-se o aumento da cobertura de atendimento a mulheres e crianças e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 1975).

O PNSMI vigorou até 1983, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com a intenção de melhorar as condições de saúde dessa população, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Em 1984, o PAISMC desdobrou-se em dois, quais sejam: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Vale ressaltar que o PAISMC teve como referencial as conclusões da Conferência de Alma-Ata, que ressaltavam o uso de tecnologia simplificada e os cuidados primários de saúde. Nesse contexto, criaram-se dois programas específicos, porém integrados, tendo em vista a saúde das mulheres e das crianças: PAISM e PAISC (BRASIL, 1984; BRASIL, 2011b).

O PAISM foi elaborado com ênfase no fortalecimento da atenção à saúde das mulheres no âmbito da APS (BRASIL, 1984; CARRERO, 2012). Baseado no conceito de atenção integral à saúde das mulheres, o PAISM rompeu com a visão tradicional acerca das necessidades de saúde das mulheres, restrita ao seu papel reprodutivo e incorporou no seus princípios e diretrizes a integralidade e a equidade. Desta forma, o PAISM sofreu grande influência da implantação e implementação do SUS, por meio da incorporação de seus princípios e diretrizes, até na sua organização sistemática (BRASIL, 1984; NASCIMENTO, 2018)

Neste contexto, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o PHPN, que destaca estratégias para o atendimento humanizado e assegura que toda gestante possua o direito ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000). Anteriormente à implementação do PHPN não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. O PHPN não estabeleceu apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas especificou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde. Além disso, trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (ANVERSA et al., 2012).

A implantação do PHPN aconteceu a partir do ano de 2002 e, desde o início, o programa contribuiu para o aumento no número de consultas realizadas com as mulheres atendidas no pré-natal, pois os dados mostram que em 1995 aconteciam 1,2 consultas por parto e esse número passou para 5,45 em 2005 (BRASIL, 2006a; COSTA, 2012). Diante disso, desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN. Tem por objetivos: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, como forma de garantir o acesso, acolhimento e a resolutividade, com vistas a reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Atualmente, a qualidade do pré-natal ainda tem sido avaliada apenas por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde e, apesar de o número de consultas ter aumentado, dados demonstram a persistência no comprometimento da qualidade do acompanhamento ao processo gestacional (SANTIAGO et al., 2017). Essa constatação fortalece a compreensão de que uma assistência de qualidade deve ser construída não apenas a partir do quantitativo de atendimentos e procedimentos executados, mas precisa estar articulada com práticas que ressaltem a dimensão subjetiva, social, econômica e cultural destas mulheres (NOGUEIRA et al., 2017).

A contraposto, alguns estudos revelam que mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas são as que ingressam tardiamente no pré-natal e, quando o realizam, este é de baixa qualidade, revelando iniquidades sociais presentes na assistência (ANVERSA et al., 2012; COSTA, 2012; OLIVEIRA et al., 2014). Um estudo realizado no Brasil, publicado em 2017, evidenciou que a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gestação foi maior entre as de mais idade, as brancas, as de renda mais alta, moradoras na Região Sul e em municípios de menor porte. Em relação as orientações, o estudo mostrou que quanto maior a faixa etária, maiores as proporções de orientações recebidas e que mulheres de baixa renda receberam menos orientações durante o pré-natal. Além disso, a atenção pré-natal deficitária foi dedicada às mulheres jovens, de menor renda familiar, das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, de municípios menores (TOMASI et al., 2017). É importante ressaltar, que uma atenção qualificada, evitando iniquidades, pode contribuir consideravelmente na redução das taxas de mortalidade materna e promover uma gestação segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada depende do compromisso dos profissionais que assistem estas mulheres na gestação (CUNHA et al., 2009).

Neste contexto, Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) afirmam que ao entrar em contato com uma gestante, cabe à equipe de saúde saber compreender os múltiplos significados da gestação para as mulheres e suas famílias, pois a história de cada gestação é determinante para um bom desenvolvimento do ser humano, devendo assim ser acolhida integralmente. O pré-natal envolve um comprometimento dos profissionais de saúde, uma vez que os desafia a superar dificuldades do cotidiano e buscar dentro das possibilidades um atendimento humanizado e integral. Portanto, um cuidado pré-natal eficaz e de qualidade deve envolver o reconhecimento do outro, ou seja, reconhecer a gestante como um sujeito de direitos, marcado por uma história de vida e familiar (BARRETO et al., 2015).

Ressalta-se a importância da atuação efetiva sobre os DSS como caminho para promover a saúde, sendo necessário que as equipes multiprofissionais transponham as concepções biológicas e se apropriem de conceitos de saúde que respondam as diretrizes políticas, os construtos antropológicos, as demandas sociais e a construção histórica e que ainda estejam cientes de que a saúde é um bem público e encontra-se refém dos DSS que perpassam por macro e micro contextos (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta etapa sustenta-se nos objetivos que norteiam este estudo, a fim de contribuir para o aprofundamento do conhecimento acerca dos DSS como recurso para a Promoção da Saúde. Portanto, será abordado uma breve introdução sobre Promoção da Saúde, pois entende-se que para uma melhor compreensão dos DSS torna-se importante a sua compreensão de como esta foi reafirmada no Brasil, por meio da publicação da PNPS.

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na década de 1970, a Promoção da Saúde emergiu como uma nova concepção de saúde em âmbito mundial, fruto das discussões relacionadas à determinação social e econômica da saúde e a elaboração de uma compreensão não centrada na doença (HEIDEMANN et al., 2006). Nos últimos anos vem sendo entendida com uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos (JACKSON et al., 2013).

Desde 1974, no Canadá, este tema já era discutido, aparecendo pela primeira vez em um documento oficial com a publicação do Informe Lalonde, sendo este considerado o primeiro documento oficial a utilizar o termo Promoção da Saúde, “*A new perspective on the health of Canadians*”, foi desenvolvido pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Lalonde, em maio de 1974. Esta publicação, de caráter político, técnico e econômico tinha dois intuítos principais: enfrentar os custos crescentes da assistência médica e questionar a abordagem exclusivamente médica para as doenças, haja vista que este enfoque produzia resultados pouco significativos (DIAS et al., 2018).

Após, em 1986, um dos documentos fundadores do movimento atual de Promoção da Saúde foi divulgado. Este documento foi um marco de referência para a evolução da promoção da saúde, trata-se da Carta de Ottawa, resultado da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. O conteúdo da Carta enfatiza, especialmente, a dimensão social da saúde e define uma combinação de estratégias. Tais estratégias convergem para ações profissionais a serem reorientadas com vista a tornar os indivíduos e populações mais autônomos em seus processos de saúde-doença, em busca da melhor qualidade de vida (BUSS, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Essas estratégias são:

I: Construção de políticas públicas saudáveis: na Promoção da Saúde, é necessário considerar os determinantes, dentre eles a renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura,

para a busca da equidade em saúde, para além das ações individuais. A saúde deve ser elencada como prioridade na agenda das políticas em todos os níveis e setores. A elaboração/consolidação de políticas públicas saudáveis deve contemplar ações de natureza intersectoriais, voltadas para a Promoção da Saúde e a qualidade de vida (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

II: Criação ambientes favoráveis: a Promoção da Saúde estimula a criação de ambientes saudáveis para a saúde, com estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente, de forma que a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte desta estratégia, sendo uma responsabilidade global. A mudança nos modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto significativo sobre a saúde. Assim, as criações de ambientes favoráveis à saúde, como os espaços das escolas, de trabalho, de praças, das cidades, podem propiciar ambientes de apoio e uma sociedade mais saudável (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

III: Reforço da ação comunitária: desenvolvimento de ações que deem suporte social às comunidades e aumentem a responsabilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas, de forma a aumentar a participação popular, o que estimula o *empowerment* individual, e comunitário. Além disso, refere-se ao investimento na autoajuda e apoio social como recursos para desenvolver as comunidades (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

IV: Desenvolvimento de habilidades pessoais: busca orientar as pessoas para “aprenderem através da vida” e se “prepararem para todos os estágios” (OMS, 1986, p. 6). Estimula o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e sociais através da divulgação de informação, educação em saúde, impulsionando as populações para exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam uma saúde integral. Estas ações podem ser realizadas nas escolas, lares, locais de trabalho e em outros espaços comunitários, sendo que diversas organizações e instituições devem se responsabilizar pelo seu desenvolvimento (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

V: Reorientação dos serviços de saúde: a responsabilidade pela Promoção da Saúde nos serviços de saúde deve ser corresponsabilidade de sujeitos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. Tal reorientação também demanda empenho no campo de pesquisa, educação e ensino dos profissionais da área da saúde. Para que isto ocorra, é necessário que haja uma mudança organizacional dos serviços, passando a focar as

necessidades integrais do indivíduo (OMS, 1986; HEIDMANN, 2006; HEIDEMANN et al., 2006).

Em relação ao conceito de Promoção da Saúde, ressalta-se que a Carta de Ottawa traz um dos primeiros conceitos amplos:

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p.1).

É importante reconhecer e destacar que as mudanças políticas, econômicas e sociais da história do Brasil se refletem no desenvolvimento do conceito de saúde. No Brasil, nesse mesmo período histórico, iniciava o movimento da Reforma Sanitária, como resposta ao paradigma biomédico e luta pelo direito à saúde, incentivando o movimento da Promoção da Saúde, que culminou com a criação e regulamentação do SUS, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Além disso, ressalta-se que os princípios e estratégias definidos pela Carta de Ottawa, sustentam a Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006 e reformulada em 2014 (HEIDEMANN et al., 2012).

A publicação da PNPS, mediante a Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, representou um marco na consolidação do SUS, mesmo que dentro de uma trajetória longa e tardia, reafirmou o debate dos condicionantes e DSS no processo saúde-doença. A PNPS estabelece como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Suas diretrizes preconizam ações indispensáveis no campo da Promoção da Saúde, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2006d; MALTA et al., 2014).

Em 2014, a PNPS foi revisada e apontou para a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, além da participação social e dos movimentos populares. Esta necessidade surgiu devido a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde,

reconhecendo, a priori, que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil (BRASIL, 2014a; MALTA et al., 2016)

A partir destas concepções, o estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial destaca-se como uma das diretrizes da PNPS, a fim de ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde. Neste sentido, os DSS também aparecem como tema transversal na reformulação da política, acompanhado da equidade e respeito à diversidade. O documento reforça a importância de identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando assim, alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares (BRASIL, 2014a).

A partir da leitura da PNPS, entende-se que as práticas de Promoção da Saúde devem ter uma concepção holística e atuar por meio da intersetorialidade, do empoderamento comunitário, participação social e a favor da equidade, através de ações sobre os DSS e pelo desenvolvimento de ações multi-estratégicas e sustentáveis (MOYSÉS; SÁ, 2014). Desta forma, as ações de Promoção da Saúde são constituídas de diversas práticas sanitárias e em um vasto repertório de ações que estimulem a saúde. Logo, precisam contar com o envolvimento de inúmeros atores, com a utilização de diversos recursos e realizar-se em diferentes espaços sociais (CINCURÁ, 2014).

No entanto, vale ressaltar que embora tenha sido apontado avanços na história recente da PNPS, reconhece-se que decorridos 30 anos da criação do SUS, a superação do modelo biomédico ainda está distante. As ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não são consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os DSS do processo saúde-doença. Portanto, para se operar a política de saúde, incluindo a de Promoção da Saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em rede, de forma que considere as necessidades de saúde da população, sempre considerando os fatores condicionantes e determinantes em uma ação articulada entre os diversos setores (BRASIL, 2014a; MALTA et al., 2018).

A fim de compreender um pouco melhor essa necessidade de repensar a lógica da Promoção da Saúde articulada aos DSS, é que se apresenta a próxima seção.

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Para trazer os DSS como referencial teórico é preciso antes destacar brevemente o conceito de determinação social e sua origem, pois este teve notória importância na formação da epidemiologia social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro (NOGUEIRA, 2010). Compreende-se determinação social da saúde como um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais, propiciando explicitar a relação entre o biológico e o social (ROCHA; DAVID, 2015).

A medicina social surgiu na Europa no século XIX e tem sua origem vinculada à polícia médica na Alemanha, à medicina urbana na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Por meio destas três formas, Foucault traz que "com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário" (FOUCAULT, 1979, p. 47).

Em 1970 surgiram as primeiras análises que remetem ao campo da medicina social na América Latina (ROCHA; DAVID, 2015). No entanto, no contexto brasileiro, as trajetórias de um pensamento social resultaram em diferentes aproximações e momentos. Tais aproximações retomaram as origens da saúde coletiva com base no chamado projeto preventivista na década de 1950, dando origem na criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliavam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências de conduta, a bioestatística. Portanto, nesta época, a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo foi instalada. Contudo, somente a partir de 1980, desdobrou-se em propostas para uma política pública efetiva, pela disseminação das propostas de reforma do sistema de saúde vigente, expressas em importantes eventos, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que se iniciou o processo de reforma da saúde pública (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; ROCHA; DAVID, 2015).

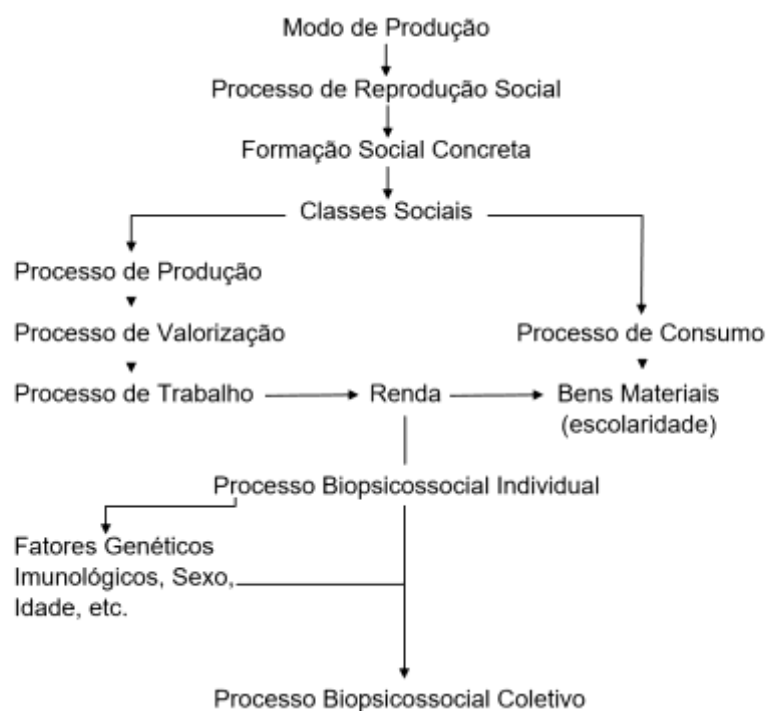
Esta compreensão sobre os fenômenos saúde, doença e formas de enfrentamento apoiam-se na perspectiva social e científica da abordagem marxista, apontando para as estratégias necessárias no sentido de construir novas formas de pensar a saúde e novos modos de organizar e desenvolver as práticas e ações do setor saúde (VIANA; SOARES; CAMPO, 2013).

Neste sentido, Laurell (1983) traz o caráter histórico-social do processo saúde-doença e afirma que este é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em

um dado momento e que esta apropriação se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Corroborando com esta afirmação, os autores Breilh e Granda conceituam o processo saúde-doença como a “síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde” (BREIHL; GRANDA, 1986, p. 40).

O modelo teórico que explicita o processo de determinação social do processo saúde-doença, é ilustrado na Figura 1:

Figura 1 - O processo de determinação social do processo saúde-doença.



Fonte: Victória et al. (1990)

Barata (2009), traz que são vários os fatores que impactam no processo de saúde e doença, gerados majoritariamente por questões macrossociais. Com isso, os fatores de risco e as questões individuais explicam pouco sobre os processos de adoecimento. Neste sentido, entende-se que a desigualdade social está associada à injustiça, tendo em vista que alguns grupos possuem desvantagens ao acesso de determinadas oportunidades para se manterem saudáveis. A partir disto, a autora propõe que a análise das condições de saúde de uma população se dê a partir da perspectiva de determinação social, rompendo assim, com a

perspectiva centrada no indivíduo, que leva em consideração a liberdade das pessoas para fazerem as escolhas, sendo que estas estão fortemente influenciadas por questões sociais, econômicas e principalmente políticas.

Deste modo, percebe-se que a política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis, pois, a política é um componente essencial da determinação social, e possui um papel central no ordenamento social. Deste modo, entende-se que a saúde é vista como um tema sensível para o universo político, ao passo que a determinação social da saúde potencializa esse caráter crítico, pois vincula diretamente a saúde de indivíduos e populações ao ordenamento social (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Nos últimos anos, a temática da determinação social da saúde passou a ocupar uma posição central internacionalmente a respeito das relações entre a saúde e a sociedade. Entretanto, tal retomada entrou na agenda política mundial a partir de uma perspectiva teórico-metodológica diferenciada daquela produzida pela corrente médico-social latino-americana, a epidemiologia crítica da década de 1970 (ALMEIDA-FILHO, 2005).

As discussões reaparecem com o termo DSS, no sentido de fomentar um intenso debate cujo foco principal de análise incide sobre o tema ‘desigualdades’, por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços de assistência à saúde e nas suas repercussões sobre a morbimortalidade entre os diferentes grupos sociais. O reaparecimento da temática foi, em grande parte, alavancado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quando, em 2005, criou uma comissão específica para discutir os DSS – CDSS – e convocou as autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Um ano após, a nível nacional, foi instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a CNDSS por meio do Decreto Presidencial de 13 de março 2006 (BRASIL, 2006c). A CNDSS adotou como referência o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead sobre os DSS (CNDSS, 2008), como mostra a Figura 2 a seguir.

Figura 2 - Modelo de determinantes sociais da saúde.

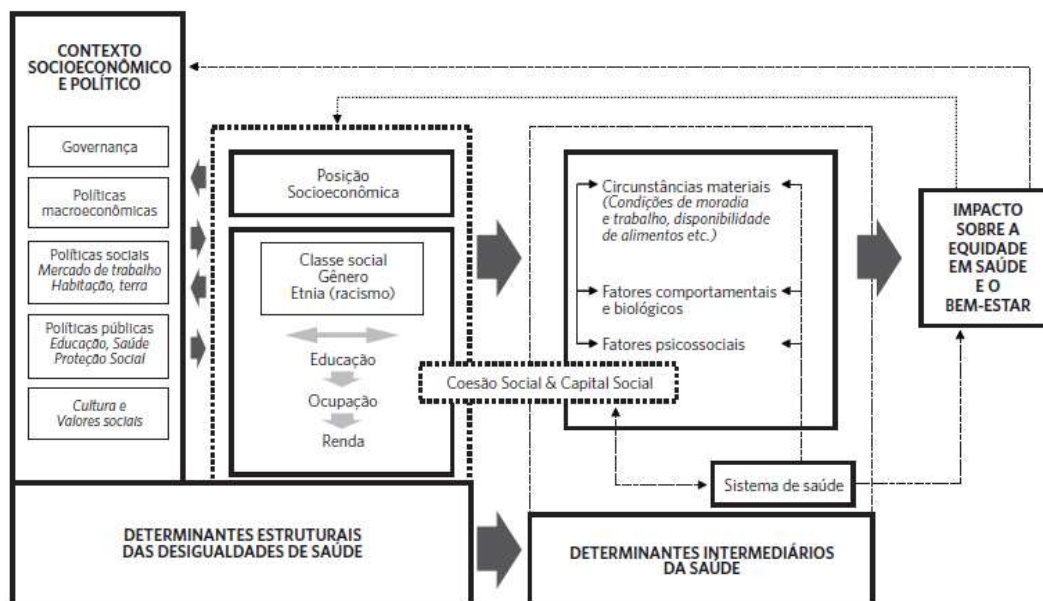


Fonte: Dalhgren e Whitehead (1991), adaptado pela CNDSS (2008).

Neste modelo os DSS são abordados em cinco níveis interdependentes que atuam direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores hereditários. Na camada imediatamente externa estão os determinantes associados aos estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No nível seguinte se encontram os determinantes intermediários como função das condições de vida e de trabalho, representados pelo acesso aos serviços públicos, educação, habitação, saneamento, saúde, produção de alimentos, emprego e renda. No nível mais externo estão os macrodeterminantes representados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (CNDSS, 2008).

Em 2010, a OMS estabeleceu um novo marco conceitual sobre os DSS, a partir do modelo proposto por Solar e Irwin, ilustrado na Figura 3. O modelo foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório ‘Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde’ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.



Fonte: Solar e Irwin (2010).

Nesse modelo, os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A ‘estrutura’ expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais.

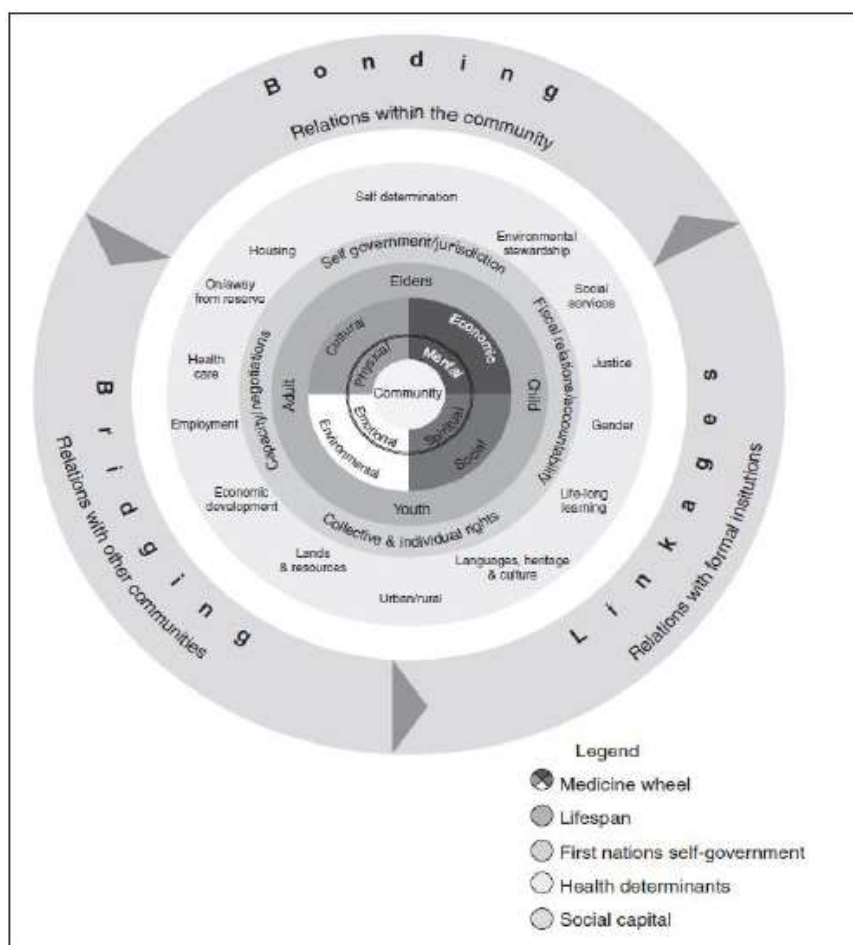
Ademais, os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo, principalmente, a influência das barreiras de acesso (SOLAR; IRWIN, 2010).

Neste sentido, Jackson et al. (2013), destaca que os DSS são pautados em uma justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na

saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da Promoção da Saúde que se pauta no indivíduo.

Ampliando o conceito de DSS, Andermann (2013) afirma que a saúde deve ser explorada de diferentes ângulos e perspectivas a partir de um conceito holístico e multidimensional, como ilustrado na Figura 4.

Figura 4 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.



Fonte: Andermann (2013).

A autora representa os sujeitos e seus DSS através de um círculo que tem a comunidade no centro, seguido dos fatores mentais, espirituais, emocionais e físicos, que influenciam singularmente na saúde de cada indivíduo. No elo seguinte, observa-se os fatores econômicos, ambientais, sociais e culturais. A idade do sujeito e a capacidade de se autorregular e se relacionar dentro desta comunidade também são representados no círculo

como determinantes que impactam positivamente, ou negativamente, a saúde desta população (ANDERMANN, 2013).

Segundo Andermann (2013), o foco principal da investigação sobre as causas da saúde precária das populações deve estar voltado para os DSS, deixando de ser uma abordagem baseada nos fatores de risco. Acredita-se que para melhorar os resultados de saúde, é necessário compreender os fatores que levam a más condições de saúde e intervir de forma eficaz. A autora ressalta, que a melhoria da saúde da população requer mais do que abordar os problemas a nível biológico, é necessário também tratar as dimensões emocional, social e espiritual que são invariavelmente associadas com os problemas de saúde.

Theophilo, Rattner e Pereira (2018), afirmam que a redução das iniquidades depende do conjunto de ações dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde. Desta forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução destas iniquidades.

Jackson et al. (2013) traz que a integração das abordagens da Promoção da Saúde e dos DSS pode contribuir para melhorar este enfrentamento. Heidemann et al. (2018), reforça a importância da sinergia dos DSS com a Promoção da Saúde e destaca que esta nova concepção pode contribuir para uma melhor compreensão e endereçamento das iniquidades de saúde e alcance da equidade.

Neste sentido, ressalta-se que as gestantes em situação de vulnerabilidade social, devem ser olhadas pela equipe de saúde de modo especial. O reconhecimento das vulnerabilidades apresenta-se como perspectiva de renovação das práticas de cuidado para além do risco de adoecer, especialmente na Promoção da Saúde, constituindo-se em importante referencial para a construção de intervenções intersetoriais dinâmicas e aplicáveis (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Desta forma, compreende-se que o acompanhamento do processo gestacional não deve se resumir a números que só avaliam aspectos quantitativos da assistência. É preciso formular e implementar políticas que considerem os aspectos subjetivos e envolvam os diferentes atores, de modo a favorecer um acompanhamento de qualidade e que entenda os contextos de vida e as necessidades das gestantes, sempre com o olhar ampliado, endereçado aos DSS, visando a equidade e o bem-estar das gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério (SANTIAGO et al., 2017).

4 METODOLOGIA

A metodologia consiste no caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem de uma realidade. É a metodologia que distingue a forma com que muitas vezes o tema é abordado. Trata-se da exposição dos métodos, técnicas e instrumentos que são necessários para a realização da pesquisa; é a expressão individual e singular do pesquisador de entrelaçar teorias, métodos, evidências para responder à pergunta de pesquisa (MINAYO, 2013).

Este capítulo apresenta o percurso metodológico traçado para o desenvolvimento da pesquisa. Primeiramente serão abordados o tipo de pesquisa e o referencial metodológico que sustentou o estudo; na sequência serão descritos o local e os participantes, posteriormente serão abordados a investigação temática e desvelamento crítico dos dados; e, por fim, os procedimentos éticos implicados no desenvolvimento deste estudo.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação participante, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 2016). A abordagem qualitativa foi apropriada para esse estudo, pois trabalha com o universo de significados, faz análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações (MINAYO, 2013).

A pesquisa participante é definida por Brandão (1998, p. 43) como sendo “a metodologia que procura incentivar o desenvolvimento autônomo (autoconfiante) a partir das bases e uma relativa independência do exterior”. Segundo Le Boterf (1984), na pesquisa participante a população envolvida objetiva identificar seus problemas, analisá-los e buscar as soluções adequadas. É importante, portanto, salientar que os participantes não possuem suas funções resumidas, pois todos são detentores do conhecimento produzido e colaboradores na pesquisa.

Em relação ao conceito de pesquisa-ação, esta é definida por Thiollent (2011, p. 14) como “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos”.

O referencial metodológico de Freire pode ser delineado como uma pesquisa qualitativa, cujo compromisso é o de transformação política da realidade. É um referencial metodológico de troca de saberes entre os participantes e conhecimentos envolvidos na

realidade social, dando voz e dialogando sobre o contexto em que as pessoas vivem. A partir das situações sociais, estes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. Seria como ajudar a modificar os costumes de indivíduos e populações para melhorar suas vidas e transformar a sociedade (HEIDEMANN et al., 2017).

O Itinerário de Pesquisa de Freire é constituído de três momentos dialéticos: Investigação temática; Codificação e descodificação; e Desvelamento crítico (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017). A etapa da investigação temática se caracteriza pelo diálogo inicial, que busca o pensamento crítico entre os participantes e os mediadores da pesquisa em suas realidades. Nessa fase ocorre a identificação dos temas geradores através do universo vocabular extraído do cotidiano. Com base nisso, a problematização vai acontecendo na medida em que os problemas são levantados por meio do diálogo, no qual os participantes falam sobre as contradições e situações reais em que estão vivendo. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação.

Na etapa da codificação e descodificação os temas geradores são codificados e descodificados por meio do diálogo, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo onde vivem. Os temas são problematizados, estimulando o poder reflexivo e crítico dos sujeitos (HEIDEMANN et al., 2017).

As codificações não são slogan, são objetos cognoscíveis, sobre as quais se deve direcionar a crítica reflexiva dos indivíduos descodificadores. As codificações são interferências entre o contexto real em que emergem os fatos e o contexto teórico, isto é, onde os fatos são analisados. A codificação constitui-se de um processo contínuo de ir e vir, do abstrato ao concreto, da realidade vivida a realidade admirada, é o momento de compreender o que está no senso comum dos sujeitos. Ademais, a descodificação é a ocasião de análise da situação vivida, momento dialético em que os educandos admiram e refletem sobre sua ação, reconhecendo-se como sujeitos capazes de mudar o mundo (HEIDEMANN, 2006; FREIRE, 2011; FREIRE, 2016).

Na última etapa, o desvelamento crítico, ocorre a tomada de consciência da situação compartilhada, e se têm o processo de ação-reflexão-ação, empoderando as pessoas para a compreensão sobre a realidade vivida (HEIDEMANN et al., 2017). Representa a fase de análise preliminar dos conteúdos que emergiram da codificação, incluindo informações da subjetividade interpretativa dos pesquisadores, procurando elucidar a realidade e as possibilidades compreendidas nos dados coletados (HEIDEMANN, 2006; FREIRE, 2016). Portanto, essa etapa oportuniza a consolidação e socialização das propostas, interligando-se no processo dialógico, o que possibilita a cada participante retirar o véu que não os permite

ver e analisar a veracidade das coisas, alcançar o profundo, descobrir o que há em seu interior e atuar sobre o que se conhece para transformá-lo (CUNHA; BACKES; HEIDEMANN, 2012).

As etapas do Itinerário de Pesquisa de Freire são concretizadas dentro de Círculos de Cultura, método que se refere a um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, compartilhar vivências, construir uma percepção profunda da realidade e elaborar coletivamente estratégias de intervenção (FREIRE, 2016).

Freire não pensou o Círculo de Cultura para ser utilizado em pesquisas, mas como uma pedagogia de alfabetização de adultos em situação de pobreza e vulnerabilidade social, capaz de transformar a realidade dessas pessoas mediante a alfabetização e o exercício da cidadania. Todavia, essa metodologia foi adaptada para a área de investigação em saúde justamente porque a transformação é a maior característica do Círculo de Cultura, que para além de uma pesquisa participativa, busca o comprometimento dos atores envolvidos e, conseqüentemente, a transformação social, por meio da educação, princípio teórico-filosófico e epistemológico do pensamento de Paulo Freire (SILVA FILHO et al., 2016).

Por fim, cabe ressaltar que o Itinerário de Pesquisa de Freire contribui para os estudos em saúde, à medida que agrega um potencial pedagógico transformador e conscientizador aos participantes. Além disso, possibilita espaços de encontro entre as pessoas, rompendo com as barreiras hierárquicas implicadas na lógica biomédica, democratizando o saber em saúde, valorizando os cotidianos, as culturas e as formas de pensar e viver das famílias, grupos e coletividades (HEIDEMANN et al., 2017).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi realizado na APS do município de Florianópolis. Esta cidade segundo o Censo de 2010 possuía uma população de 421.240 pessoas, sendo que as estimativas de 2019 contabilizaram uma população aproximada de 500.973 pessoas (BRASIL, 2010).

A APS de Florianópolis é organizada na lógica do modelo da ESF, e conta com equipes que são responsáveis pelo acompanhamento e coordenação do cuidado a uma população adstrita, ou seja, por uma determinada área de abrangência (FLORIANÓPOLIS, 2014). Segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o sistema organizacional da APS é composto por 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídos em quatro Distritos Sanitários, que se responsabilizam pela administração da rede em nível regional: Continente, Centro, Norte e Sul, contabilizando 161 equipes de ESF (BRASIL, 2018). Por esse motivo, em 2015 o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, declarou

Florianópolis como a primeira capital do país a alcançar 100% de cobertura populacional da ESF (BRASIL, 2015).

Por essas considerações peculiares do município por entender que o objetivo do estudo está relacionado com a atuação dos profissionais da APS e por compreender que o foco das equipes da ESF em Florianópolis é atender às demandas e necessidades da população, por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação centradas nas pessoas e famílias, é que foi escolhido este local para a realização desta pesquisa (PMF, 2014).

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, sustentada no referencial metodológico de Paulo Freire, não é necessário atingir-se um número extensivo de sujeitos e UBS, pelo contrário, precisa-se focar na qualidade dos discursos em detrimento da quantidade de indivíduos, aprofundando a compreensão, as discussões e as reflexões com os sujeitos envolvidos (DALMOLIN, 2017). Neste sentido, a pesquisa foi realizada em uma UBS da APS do município de Florianópolis. A escolha ocorreu de maneira conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o critério de escolha do local foi selecionar a UBS que mais atende gestantes e que ao mesmo tempo tivesse disponibilidade para realizar a pesquisa.

Para entrar no campo foi realizado primeiramente contato com a coordenação da UBS, a fim de sensibilizar quanto à pesquisa e apresentar a proposta de trabalho, objetivos e metodologia. Por intermédio da coordenação, a proposta foi apresentada a todos os profissionais do UBS durante uma reunião mensal e estes aceitaram participar da pesquisa. Em seguida, a pesquisadora realizou a aproximação com o UBS e foram agendados datas e horários para a realização dos Círculos. Para tal, foi priorizada a disponibilidade dos participantes e, na medida do possível, buscar o aproveitamento de parte do espaço das reuniões mensais da UBS, justamente por ser um momento de encontro coletivo e multiprofissional já predefinido nas agendas de cada participante.

A saída do campo de estudo foi um compromisso da pesquisadora para com o local de investigação. Logo, foram previstos alguns procedimentos, tão necessários quanto os realizados durante as etapas de uma pesquisa científica, sendo realizada após a conclusão de três Círculos de Cultura. Ressalta-se que os resultados serão disponibilizados para a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e, conseqüentemente, para a UBS, a fim de apresentar o conhecimento produzido com este estudo.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo 40 profissionais da eSF e do NASF-AB, entre eles residentes e acadêmicos que atuam na APS. Em relação à formação/função, destaca-se: um médico,

quatro enfermeiras, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, uma profissional de educação física, um fisioterapeuta, três técnicas de enfermagem, e quatro nutricionistas. Além de doze residentes (dois odontólogos, dois nutricionistas, dois médicos, duas enfermeiras, dois profissionais de educação física e dois fisioterapeutas) e oito acadêmicos (dois de nutrição, dois de enfermagem e quatro de medicina).

Como critérios de inclusão elencou-se: ambos os sexos, ser profissional da APS, vinculado à eSF ou NASF-AB e estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades dos Círculos de Cultura dessa pesquisa. Como critérios de exclusão adotou-se: profissionais que estiverem afastados por férias ou licença no período da investigação temática. Para garantir o anonimato, os profissionais escolheram ser denominados pelo nomes de praias brasileiras, já que Florianópolis é permeado por diversas praias.

4.4 PERCORRENDO O ITINERÁRIO DE PESQUISA

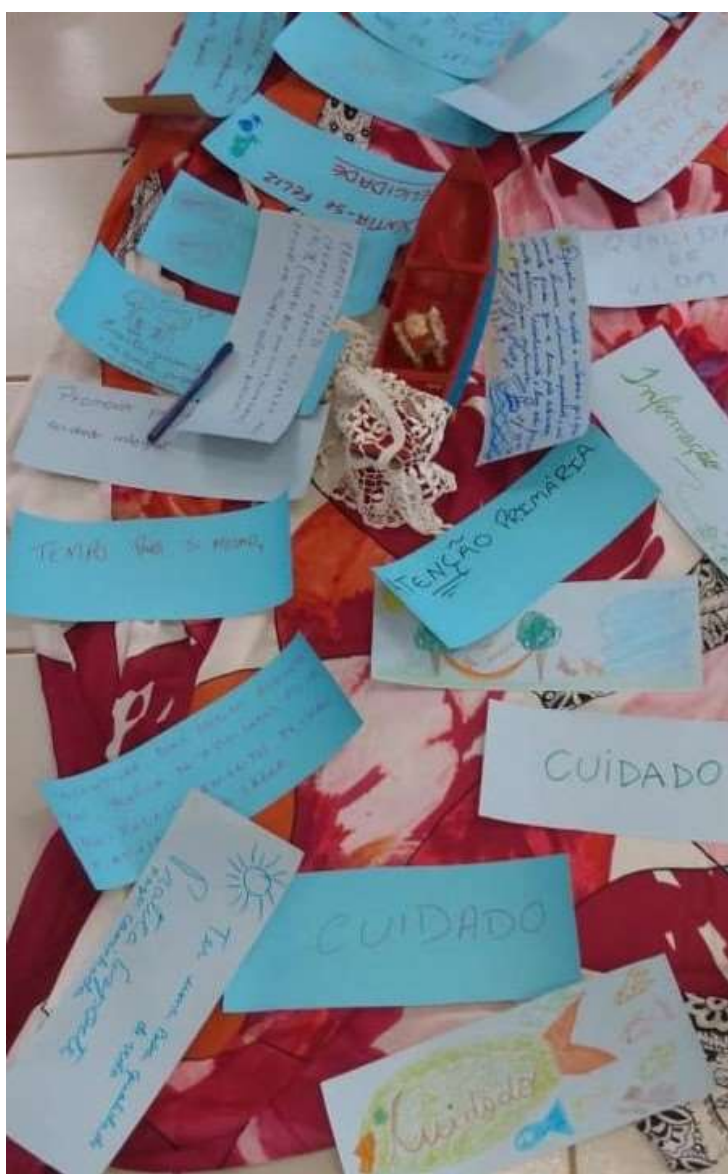
A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de julho e outubro de 2019. Com base nos referenciais expostos, a pesquisa foi realizada de acordo com as etapas do Itinerário de Pesquisa de Freire e foram abordadas em três Círculos de Cultura. Os Círculos foram organizados nos dias e horários das reuniões mensais da UBS, com duração aproximada de 90 minutos e com aproximadamente 20 participantes por círculos. O ambiente foi disposto de forma a favorecer o diálogo entre os participantes e os pesquisadores.

No primeiro círculo a animadora de debates compartilhou o objetivo e a metodologia do estudo. Após explicou-se a importância da leitura do TCLE (Apêndice A) e mediante aceite e a assinatura do documento iniciou-se o primeiro Círculo de Cultura com a apresentação de todos. Os participantes receberam um caixa com as seguintes perguntas: I) Qual o seu codinome? II) Qual a sua idade? III) Qual a sua formação profissional? IV) Quanto tempo trabalha na APS? Em relação ao codinome, foi solicitado que eles escolhessem o nome de uma praia como codinome e explicou-se a relação entre a praia e o tema trabalhado. O intuito foi despertar a reflexão sobre os DSS, pois os participantes residem em uma cidade litorânea, em um lugar lindo, em contato com a natureza e mesmo assim, muitas vezes não conseguimos promover a nossa saúde. O que está por trás disso? Quais são esses fatores?

Em seguida, buscou-se a investigação temática a partir da percepção dos profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde por meio de uma questão disparadora: O que é Promoção da Saúde para você?

Para provocar a discussão entre os participantes, foi disponibilizado uma tarjeta em branco para que cada participantes pudesse escrever ou desenhar sobre o que foi questionado. Após todos finalizarem, cada um trouxe a sua reflexão sobre a Promoção da Saúde e desta troca formou-se uma mandala³, construída com as tarjetas que repercutiu a Investigação Temática de 21 temas.

Figura 5 - Mandala construída pelos participantes da pesquisa no primeiro Círculo de Cultura.



Fonte: Registro digital da autora, 2019.

³Mandala significa “círculo” ou “completude”. Representa uma célula, um disco solar ou lunar, ou seja, uma representação circular que simboliza o Universo. Em uma mandala, o espaço interior, onde as formas se desenvolvem, é sagrado e o que está fora é profano, tornando a linha circular o limite entre a alma e a matéria, entre a consciência e a inconsciência (FIORAVANTI, 2017).

No final do primeiro círculo, os participantes se reuniram em volta da mandala construída, refletiram e perceberam que dos 21 temas levantados os mais mencionados foram: I) Qualidade de vida; II) Tempo; III) Cuidado

No segundo círculo, os pesquisadores apresentaram os temas geradores investigados no primeiro Círculo de Cultura para que em conjunto pudessem ler, refletir e iniciar as etapas de codificação, decodificação e desvelamento crítico.

Para provocar a discussão entre os participantes, no primeiro momento dividiu-se os integrantes em três pequenos círculos, para após reconstruir o grande círculo. Buscou-se contextualizar as temáticas utilizando a estratégia da analogia com o mar em vários detalhes, o que alcançou a participação ativa dos profissionais da saúde, ficando evidente que para desenvolver um método, além de conhecê-lo, se faz necessário contextualizá-lo às necessidades e realidades dos envolvidos no processo, buscando tecnologias que mesmo sendo simples, fazem toda a diferença no alcance dos resultados, principalmente em se tratando de uma pesquisa do tipo ação-participante. Portanto, no meio da sala onde estava ocorrendo o círculo, foi exposto um tecido azul no chão para simbolizar o mar da vida e no centro do mar, foi exposto um barco com a imagem de uma gestante. Os temas levantados no 1º círculo foram posicionados no mar da vida em formato de peixes. Os três grandes temas foram simbolizados cada um por um grande peixe que era acompanhado de peixes menores com as falas/conceitos/desenhos realizados no primeiro círculo.

Os participantes foram convidados a olhar para o mar da vida e pensar na gestante, bem como nos fatores que influenciam no bem-estar e na Promoção da Saúde durante o pré-natal, que são os DSS. Cada grupo recebeu um cartaz com um tema e, após, refletiram e responderam uma das seguintes questões: I) Como os Determinantes Sociais da Saúde influenciam no cuidado durante o pré-natal? II) Como os Determinantes Sociais da Saúde influenciam na qualidade de vida durante o pré-natal? III) Como os Determinantes Sociais da Saúde influenciam no tempo durante o pré-natal? Considerando tempo, como tempo para si mesmo, tempo para se cuidar, para cuidar do outro, tempo para promover a saúde durante o pré-natal. Ao término da codificação cada grupo escolheu um participante para relatar as discussões sobre os DSS e a sua importância durante o pré-natal.

Figura 6 – Gestante no mar da vida e o caminho para a Promoção da Saúde.



Fonte: Registro digital da autora, 2019.

No terceiro Círculo de Cultura os temas que foram codificados e decodificados no 2º círculo foram levados para o mar da vida em formato de barcos. Os temas foram divididos em três grupos, sendo eles: I) Socioeconômico; Habitação; Trabalho; Questões Alimentares II) Idade; Sexo; Fatores hereditários; Estilo de vida III) Família; Rede de apoio; Cultura; Religião.

Além disso, um relógio representava o tempo, tema abordado pelos profissionais durante os dois primeiros círculos.

Figura 7 – Gestante no mar da vida e os Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Registro digital da autora, 2019.

Os participantes foram divididos em três grupos e convidados a revisitar o mar da vida e pensar na gestante, refletindo sobre como são trabalhados e quais as facilidades e dificuldades de atuar com os DSS durante o pré-natal. Após a divisão, cada grupo recebeu um cartaz com uma temática e foram convidados a refletir sobre as seguintes questões: Como vocês trabalham com estes DSS durante o pré-natal? Quais as dificuldades e sugestões para atuar com estes DSS no pré-natal? Ao término cada grupo escolheu um participante para relatar o que foi discutido pelo grupo e compartilharam as falas e experiências com o grande grupo, num contínuo processo de ação reflexão-ação sobre a realidade, descodificando e desvelando o cuidado com a gestante durante o pré-natal.

No final, todos voltaram ao grande círculo e refletiram sobre a experiência de participar dos Círculo de Cultura e da aproximação com os DSS. Ressalta-se que o processo de ação e reflexão proporcionado durante os momentos dos círculos despertou a curiosidade dos participantes e permitiu um encontro permeado por diálogos e análise, empoderando os profissionais para discutir os temas levantados.

Ademais, após cada Círculo de Cultura com os participantes do estudo, a pesquisadora, sua orientadora e uma pós-doutoranda realizaram encontros para reflexão dos temas investigados e o planejamento dos próximos momentos. Para o registro dos dados foram utilizados diários de campo anotados no programa do Windows®: Word em um computador. A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos temas investigados, foram realizadas gravações em áudio e registros fotográficos durante os Círculos de Cultura, com o consentimento prévio dos participantes.

O desvelamento dos temas ocorreu simultaneamente com a Investigação Temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico, fundamentado no referencial teórico dos DSS (FREIRE, 2016).

Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é um processo contínuo e acontece com a participação de todos os sujeitos que compõem os Círculos de Cultura, por meio da leitura, reflexão e interpretação dos temas emergentes. Para facilitar o desvelamento, os temas foram organizados em quadros sintéticos e interpretados. Além disso, os pesquisados, nos Círculos, codificaram e descodificaram o significado dos temas elaborando novos olhares sobre o objeto pesquisado, tomando consciência da realidade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

O desvelamento crítico, também denominado fase de problematização ou ainda da redução temática, é o momento da construção do conhecimento por meio da revelação de conceitos emergentes do micro para o macro, do individual para o coletivo. Representa a

tomada de consciência, em que a situação vivenciada e compartilhada na fase da codificação é problematizada e descodificada, sendo vista com um novo olhar. Com isso, o que anteriormente era desconhecido e oculto, passa a ser conhecido e desvelado. Nesse momento deflagra-se o processo de ação-reflexão-ação (HEIDEMANN, 2006; DURAND, 2012; FREIRE, 2016).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (ANEXO A). Além disso, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sendo cumpridas as determinações das Resoluções n. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012c). Sendo aprovado com o parecer 3.253.685 e CAAE 10432719.8.0000.0121 de 09 de abril de 2019 (ANEXO B). O TCLE foi devidamente lido, esclarecido e assinado pelos participantes e somado ao comportamento ético intrínseco das ações da pesquisadora, deu-se início ao trabalho de campo (APÊNDICE A).

A ética evidencia o respeito ao ser humano e a busca da cidadania. Qualquer pesquisa que envolve seres humanos deve respeitar a dignidade destes e a valorização da vida. Portanto, foram mantidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando-se a relação pesquisador e participante. Foi enfatizado o respeito ao sigilo, e à ética, e o anonimato foi mantido por meio do uso de codinomes, além da preservação do acervo sob os cuidados da pesquisadora. As gravações foram utilizadas somente para fins de estudos acadêmicos, preservando o anonimato e a imagem de cada participante.

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados do estudo no formato de dois manuscritos, de modo a atender à exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro manuscrito expõe como os DSS são trabalhados na APS, quais as dificuldades e facilidades que surgem ao abordar estas questões durante o pré-natal. O segundo aborda os DSS como caminho para a Promoção da Saúde, discutindo as demandas que permeiam o pré-natal.

A conexão dos dois produtos possibilitou a compreensão do objeto de estudo no cenário pesquisado. Estas produções da dissertação, após apreciação pela banca examinadora, serão submetidas para avaliação em periódicos científicos da área da saúde, com a finalidade de publicá-las.

5.1 MANUSCRITO I

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO PRÉ-NATAL: UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Resumo

Objetivo: compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo ação participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Participaram 40 profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município do Sul do Brasil. A investigação temática aconteceu entre julho e outubro de 2019 e o desvelamento foi conduzido com base na metodologia Freireana, que prevê o processo analítico. **Resultados:** Os profissionais da Atenção Primária à Saúde trabalham considerando os Determinantes Sociais da Saúde no pré-natal, apesar de várias barreiras enfrentadas como, a demanda excessiva e a falta de recursos humanos. Evidenciou-se que trabalhar o acolhimento, a empatia, a escuta qualificada e o trabalho em equipe, podem ampliar o olhar sobre os Determinantes Sociais da Saúde no pré-natal e propiciar um atendimento com qualidade as gestantes. **Conclusão:** os Determinantes Sociais da Saúde são o caminho para o alcance da equidade no pré-natal e conseqüentemente para melhoria da qualidade ofertada para as gestantes na Atenção Primária à Saúde. Porém, ainda são múltiplas as barreiras enfrentadas pelas gestantes ao longo do pré-natal e são muitos os limites e dificuldades encontrados pelos profissionais para atuar amplamente sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

Descritores: Determinantes Sociais da Saúde; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-natal; Equipe de Assistência ao Paciente.

Introdução

Em 1986 acontecia no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde. Neste mesmo ano, a nível internacional, fortalecia-se o movimento moderno de Promoção da Saúde, impulsionando a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Como resultado desta conferência, foi aprovada a Carta de Ottawa, que reafirma a importância da Promoção à Saúde e aponta, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população (BRASIL, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; HEIDEMANN et al., 2006).

Na Carta de Ottawa foram conceituadas cinco estratégias fundamentais para o alcance da qualidade de vida: a implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Estas estratégias articuladas com os DSS constituem as práticas de Promoção da Saúde e proporcionam acesso à informação, ampliam as experiências e habilidades na vida dos sujeitos, tal como apontam oportunidades que

permitam aos indivíduos fazer escolhas por uma vida mais saudável (COSTA et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A Carta de Ottawa ainda representa uma das principais referências para o desenvolvimento de estratégias e ações na área da Promoção da Saúde e reafirma os DSS ressaltando que se o tratamento das doenças é uma atribuição específica do setor saúde, a Promoção da Saúde abarca uma complexidade que o extrapola, necessitando dessa forma de diversas ações intersetoriais para a sua construção, caracterizando assim a proposta da Promoção da Saúde como genuinamente intersetorial (PINHEIRO et al., 2015).

A integração da Promoção da Saúde e os DSS ainda é vista como um desafio, uma vez que o foco no estilo de vida individual continua a ser atraente no Brasil. Geralmente, as ações de Promoção da Saúde são limitadas a identificar os efeitos prejudiciais de determinados comportamentos de vida. Atuando na normatização de estilos de vida, mantendo o foco na doença e na eliminação de hábitos tidos como “de risco” (HEIDEMANN et al., 2018).

Indo ao encontro destes ideais, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006 e reformulada em 2014, busca a qualidade de vida da população por meio de ações integradas e intersetoriais, de tal modo que, os setores privados, os governamentais e os não governamentais, juntamente com a sociedade civil, participem em conjunto do debate sobre os DSS e potencializem formas ampliadas de intervenção à saúde (BRASIL, 2014; MALTA et al., 2018).

Os DSS são definidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença” (BRASIL, 2012a, p. 21). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) este conjunto de fatores é amplo e influencia a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Em relação a atuação sobre estes DSS, Buss (2010) destaca que se caracteriza por uma composição inter e intrasetorial e ressalta a atuação da ESF como sendo uma proposta promissora e estruturante para essa nova prática. De acordo com Dowbor e Westphal (2013), esta estratégia, que está inserida na APS, possui grande potencial para trabalhar sobre os DSS. Entretanto, se faz necessária a organização por meio de uma estrutura de trabalho que ultrapasse os facilitadores individualizados, presentes na prática atual, e contemple aspectos de gestão do programa.

Neste sentido, Nogueira et al. (2017) destaca que é imprescindível compreender que uma atenção de qualidade não é alcançada por meio de um cuidado pautado nas ações de um

único profissional. É necessário desenvolver uma linha assistencial que contemple a participação de toda a equipe multiprofissional, sendo elaborada de maneira coletiva, para que, de fato, ocorra o cuidado integral às gestantes.

Considerando a importância da clínica ampliada de saúde que inclui os DSS no cotidiano de trabalho das equipes, compete aos profissionais de saúde a responsabilidade pelo desenvolvimento e ampliação da dimensão cuidadora. Este cuidado demanda a escuta qualificada, o vínculo e o diálogo, para além da clínica tradicional, oferecendo respostas mais efetivas às necessidades de saúde da população, atuando de forma integral na assistência à saúde, a fim de evitar as iniquidades (SCHMITZ; HEIDEMANN; DURAND, 2018). Os profissionais que participam do pré-natal na APS, devem levar em conta os aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos, evitando iniquidades em saúde. Estes profissionais devem adentrar a realidade das gestantes que realizam o pré-natal e articular o conhecimento técnico-científico, na tentativa de intervir de modo a contribuir para um período gestacional sem intercorrências (NOGUEIRA et al., 2017).

Ressalta-se a importância da atuação efetiva sobre os DSS como caminho para promover a saúde, sendo necessário que as equipe multiprofissional transponham as concepções biológicas e se apropriem de conceitos de saúde que respondam às diretrizes políticas, os construtos antropológicos, as demandas sociais e a construção histórica e estejam cientes de que a saúde é um bem público e encontra-se refém dos DSS que perpassam por macro e micro contextos (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

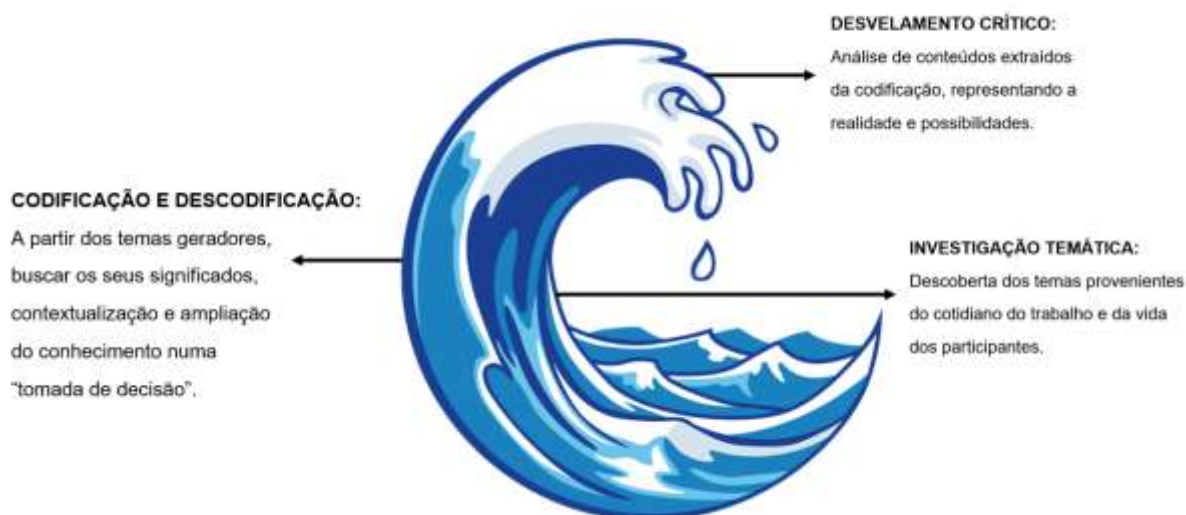
Neste sentido, emergiu o seguinte questionamento: Como são trabalhados os Determinantes Sociais da Saúde durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde? A partir de então, o objetivo deste artigo é compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Método

Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa ação-participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que é formado por três momentos dialéticos, que estão interligados entre si, sendo eles: investigação temática; codificação e decodificação; e o desvelamento crítico. Estes momentos são concretizados em espaços chamados de Círculo de Cultura, que se caracteriza por um grupo de pessoas com algum interesse comum que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e estruturar coletivamente ações concretas de intervenção (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

A figura 8, apresenta estes três momentos dinâmicos e está representada pela formação das ondas do mar, que estão conectadas entre si, podendo ocorrer simultaneamente ou não, indo também ao encontro das características do território de atuação dos participantes do estudo, que é uma região litorânea.

Figura 9: Itinerário de Pesquisa: formação das ondas do mar.



Fonte: Fonte: Imagem adaptada de Freire (2016); Heidemann (2017).

Desenvolveu-se a pesquisa entre os meses de julho e outubro de 2019, em uma UBS, de um município do litoral de Santa Catarina, Brasil. Foram realizados 03 Círculos de Cultura com duração média de 90 minutos, sendo que neste estudo será abordado sobre as discussões realizadas no terceiro Círculo de Cultura, em que se dialogou sobre como são trabalhados e quais as facilidades e dificuldades de trabalhar com os DSS durante o pré-natal.

Participaram do estudo 40 profissionais da eSF e NASF-AB, entre eles, residentes e acadêmicos da área da saúde. Como critérios de inclusão elencou-se: ambos os sexos, ser profissional da APS, vinculado à eSF ou NASF-AB e estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades dos Círculos de Cultura dessa pesquisa. Como critérios de exclusão adotou-se: profissionais que estiverem afastados por férias ou licença no período da investigação temática. A escolha da UBS ocorreu de maneira conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o critério de escolha para seleção foi selecionar a UBS que mais atendesse gestantes e que ao mesmo tempo tivesse disponibilidade para realizar a pesquisa.

No primeiro círculo os pesquisadores compartilharam o objetivo e a metodologia do estudo. Após iniciou-se a investigação temática a partir da percepção dos profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde por meio de uma questão disparadora: O que é Promoção da Saúde para você? Para provocar a discussão entre os participantes, foi disponibilizado uma tarjeta em branco para que cada participante pudesse escrever ou desenhar sobre o que foi questionado. Após todos finalizarem, cada um trouxe a sua reflexão sobre a Promoção da Saúde e desta troca formou-se uma mandala construída com as tarjetas. No final do primeiro círculo, os participantes se reuniram em volta da mandala construída, refletiram e perceberam que os temas que mais apareceram foram: qualidade de vida; tempo e cuidado.

No segundo círculo, os pesquisadores resgataram o que foi levantado no primeiro círculo e trouxeram todos os temas geradores para os participantes refletirem, dialogarem e darem início as etapas de codificação, descodificação e desvelamento crítico. Ao todo foram destacados 21 temas geradores que, sendo codificados em três temas: I) Qualidade de vida; II) Tempo; III) Cuidado.

Os pesquisadores contextualizaram as temáticas utilizando a estratégia da analogia com o mar da vida em vários detalhes. Houve a participação ativa dos profissionais da saúde, ficando evidente que para desenvolver um método, além de conhecê-lo, se faz necessário contextualizá-lo às necessidades e realidades dos envolvidos no processo, buscando tecnologias que mesmo sendo simples, fazem toda a diferença no alcance dos resultados, principalmente em se tratando de uma pesquisa tipo ação-participante, como neste estudo. Portanto, os temas levantados no 1º círculo foram posicionados no mar da vida em formato de peixes. Os três temas foram simbolizados cada um por um grande peixe que era acompanhado de peixes menores com as falas/conceitos/desenhos realizados no primeiro círculo. Neste segundo Círculo de Cultura, os participantes foram convidados a olhar para o mar da vida e pensar na mulher, com isso ocorreu a reflexão sobre os fatores que influenciam pela busca ao bem-estar e a Promoção da Saúde durante o pré-natal, que são os DSS.

No terceiro Círculo de Cultura os temas que foram codificados e descodificados no 2º círculo foram resgatados e levados para o mar da vida em formato de barcos. Os temas foram divididos em três grupos, sendo eles: I) Socioeconômico; Habitação; Trabalho; Questões Alimentares II) Idade; Sexo; Fatores hereditários; Estilo de vida III) Família; Rede de apoio; Cultura; Religião. Os profissionais foram divididos em três grupos e foram convidados a olhar para o mar da vida e pensar na gestante, refletiram sobre como são trabalhados e quais as facilidades e dificuldades de trabalhar com os DSS durante o pré-natal. Ao término cada grupo escolheu um participante para relatar o que foi discutido e

compartilharam as falas e experiências com o grande grupo, num contínuo processo de ação reflexão-ação sobre a realidade, descodificando e desvelando o cuidado com a gestante durante o pré-natal. Ressalta-se que o círculo despertou a curiosidade dos participantes e permitiu um encontro permeado por profundas reflexões, empoderando os profissionais para discutir o tema abordado.

O desvelamento dos temas ocorreu concomitante com a investigação temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico (FREIRE, 2016; HEIDEMANN, 2017). Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa Freiriano é um processo ininterrupto e ocorre com a participação de todos os participantes que compõem os Círculos de Cultura, por meio da leitura, reflexão e interpretação dos temas emergentes. Para facilitar o desvelamento, os temas foram organizados em quadros sintéticos e interpretados. Além disso, os pesquisados, nos Círculos, codificaram e descodificaram o significado dos temas elaborando novos olhares sobre o objeto pesquisado, tomando consciência da realidade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Os Círculos de Cultura foram motivados pela Promoção da Saúde e os DSS, objetos de pesquisa. Para problematizar as questões levantadas, foi compartilhado com os participantes o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead sobre os DSS adotado pela CNDSS. Neste modelo os DSS são abordados em cinco níveis interdependentes que atuam direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população (CNDSS, 2008).

Em relação aos aspectos éticos a pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sendo cumpridas as determinações das Resoluções n. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo aprovado com o parecer 3.253.685 e CAAE 10432719.8.0000.0121 de 09 de abril de 2019.

Resultados

Participaram da pesquisa 40 participantes, sendo: um médico, quatro enfermeiras, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, uma profissional de educação física, um fisioterapeuta, três técnicas de enfermagem, e quatro nutricionistas. Além de, doze residentes (dois odontólogos, dois nutricionistas, dois médicos, duas enfermeiras, dois profissionais de educação física e dois fisioterapeutas) e oito acadêmicos (dois de nutrição, dois de enfermagem e quatro de medicina). A faixa etária dos participantes variou de 23 a 51 anos. O tempo de atuação na APS variou de 01 mês a 22 anos.

A seguir serão apresentados dois temas que emergiram durante a realização dos Círculos de Cultura, são eles: “Desvelando os Determinantes Sociais da Saúde”; e “Determinantes Sociais da Saúde: realidade, facilidades e dificuldades”. Os temas serão exemplificados com trechos das falas dos participantes.

Desvelando os Determinantes Sociais da Saúde

Em meio ao movimento de ação-reflexão-ação que aconteceu durante os Círculos de Cultura, desvelou-se importantes reflexões sobre os DSS. Os participantes acreditam no potencial dos DSS e percebem a importância de considerá-los durante os atendimentos a população e principalmente durante o pré-natal. Porém foi perceptível que se trata de um tema que necessita ser semeado e regado continuamente para florescer na APS. Nas falas a seguir pode-se perceber o desvelamento que ocorreu em relação ao DSS.

É muito alegre ouvir falar de Determinantes Sociais, porque os cursos prevalentes nas Universidades são os cursos culpabilizantes e meritocráticos, por isso ouvir isso aqui é muito lindo, foi um prazer ouvir isso sendo discutido pela equipe e sendo trazido por vocês (Ipanema).

E a gente é essa pessoa também. A gente é a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada. Agradeço a oportunidade de poder discutir sobre Determinantes Sociais, porque realmente é aí que a gente vê o outro, que a gente vê o de fora, é interessante! (Rififi)

Eu acho que quando falam essa palavra “Determinantes Sociais da Saúde” que é uma palavra que é acadêmica eu acho que assusta. A primeira vez que eu ouvi, por mais que eu saiba quais são eles, eu pensei “que coisa chata, lá vem aquela discussão teórica de SUS de novo, meu Deus que coisa chata”, mas quando a gente começa adentrar e entender os Determinantes Sociais, quais são eles, eu começo olhar pra minha prática e perceber que não faz sentido não ter Determinantes Sociais (Açores).

A crise política e as mudanças que assolam o Brasil interferem diretamente na saúde, ocasionando preocupações aos profissionais que atuam diretamente na APS, como as dúvidas em relação ao futuro da APS, que por muitas vezes, gera inquietação e revolta. Apesar das discussões sobre os DSS serem cada vez mais frequentes na área da saúde, ainda há um longo caminho a percorrer.

Fico muito triste, pois ontem foi liberada uma carteira de serviços ministerial com uma semana para avaliação na qual os Determinantes Sociais da Saúde não foram levados em consideração

e a mulher ainda segue sendo vista como algo reprodutivo. Me entristece! Mas coincidiu de ontem eu estar em um grupo caloroso em uma discussão sobre isso e hoje eu estar aqui falando com vocês sobre isso, então eu me sinto muito privilegiada de poder estar com esta equipe, pensando em Determinantes Sociais da Saúde em um momento em que a mulher está sendo enxergada pelo Ministério da Saúde como algo reprodutivo. Eu estou no lugar certo, com as pessoas certas! (Açores).

Determinantes Sociais da Saúde: realidade, facilidades e dificuldades

Ao refletirem como trabalham os DSS na assistência durante o pré-natal, surgiram reflexões e diálogos sobre experiências exitosas realizadas na UBS. Os participantes conseguiram refletir sobre as ações que promovem e puderam perceber que ao planejarem e executarem estas atividades e torna-se possível considerar os fatores determinantes e condicionantes.

Tem um projeto que a enfermeira faz com a gestantes aqui na UBS, fornecendo fotos de estúdios, fotos externas para as gestantes. Percebemos que isso é bem positivo e que fortalece o vínculo da família. É aquele momento do casal, às vezes o casal já tem mais filho e, os filhos participam também. São fotos muito bonitas e é também um momento de interação deles, de fortalecimento (Ponta das Canas).

Nós retornamos com o grupo de gestantes, o nosso primeiro encontro foi com a auxiliar administrativa, que é advogada. Quem resgatou o grupo foi a acadêmica da nona fase de enfermagem, ela restabeleceu o grupo, mas a enfermeira também está participando. Nesse primeiro encontro trabalhamos um pouquinho dos direitos da gestante que é algo bem importante, conversamos sobre a questão da renda e sobre os direitos trabalhistas (Praia do Rosa).

Os participantes dialogaram sobre a importância da família durante o pré-natal. Identificar a rede de apoio e incluí-la no pré-natal é visto como algo fortalecedor pelos profissionais. Segundo eles, as gestantes que não possuem uma rede de apoio fortalecida apresentam mais dificuldade para lidar com as questões que envolvem o processo de gestar.

Em relação a rede de apoio, procuramos identificar a rede de apoio existente, procuramos identificar durante a consulta e direcionamos. A maior dificuldade são as gestantes que vem morar aqui na cidade e não possuem amigos, parentes, os avós moram longe, não conseguem estar presentes para auxiliar. A mulher muitas vezes não tem o companheiro/parceiro para auxiliar (Lagoinha do Leste).

Em relação a família no pré-natal a gente busca incluir, principalmente os parceiros, até porque são as pessoas que mais acompanham as gestantes, eventualmente são as avós ou os filhos mais velhos (Lagoinha do Leste).

Também tem a carteira de pré-natal, que tem a parte de pré-natal do parceiro. Nós procuramos usar isto como uma forma de chamar o esposo/companheiro para estar mais presente, oferecendo cuidado para a saúde dele, é uma forma de incluir ele no pré-natal (Ponta das Canas).

Reflexões sobre escuta qualificada e empatia vieram à tona durante os diálogos nos Círculos de Cultura. O acolhimento realizado de forma adequada, prezando a equidade e um plano de cuidados com consideração dos fatores como idade e estilo de vida, são exemplos de ações consideradas importantes pelos profissionais, que afirmam que são abordadas estas questões nas consultas individuais e no grupo de gestantes.

A gente tem a escuta qualificada, a empatia, acolhemos bem as nossas gestantes, tanto nas consultas, quanto no grupo de gestantes (Galheta).

Seguimos o princípio de SUS de equidade, que é tratar diferente os diferentes, levando todos esses determinantes - sexo, fatores hereditários e estilo de vida em consideração. Cada gestante é diferente e a gente tem que levar isso em conta, é diferente uma consulta de uma menina de 19 anos, esperando o primeiro filho, nós temos que repassar muito mais orientações para ela comparando com uma mulher de 35 anos, que já tem três filhos (Pântano do Sul).

Além da idade, tem o fator que é o estilo de vida, cada uma tem o seu estilo de vida, cada uma possui seus fatores hereditários, ou suas comorbidades, como diabetes ou pré-eclâmpsia, ou não faz tanta atividade física. Olhando assim a gente tem que considerar e abordar isso em cada consulta (Galheta).

A cultura foi um dos fatores citados como dificuldade. Os profissionais relatam que comportamentos culturais podem interferir no cuidado durante o pré-natal e refletiram sobre como agem quando enfrentam essas situações. As ações populares, realizadas principalmente pela avós e mães das gestantes também é percebida como uma dificuldade. No entanto, os profissionais percebem que o melhor caminho não é negar a sabedoria popular e sim considerá-la como algo que pode ser trabalhado em conjunto com as orientações científicas, o que pode fortalecer o vínculo dos profissionais com a gestante e sua família.

Em relação a cultura, a gente identifica como uma dificuldade, a exemplo, constrangimento no atendimento. Porque as vezes pode

acontecer de ser atendida por um homem e dependendo do assunto que vai ser tratado, se é um assunto relacionado a alguma questão sexual, alguma lesão, como uma hemorroida, alguma coisa que exista algum exame ginecológico, algumas podem se sentir constrangidas, mas se a equipe percebe/identifica isso a gente pode encaminhar para um atendimento em conjunto ou com uma mulher para ela se sentir mais tranquila. Além disso, a gente percebe como uma dificuldade cultural a dificuldade em encontrar uma evidência científica que corrobore com as orientações das avós em determinadas coisas e talvez isso seja uma maneira de nos mostrar que precisamos desenvolver uma competência cultural, para aproximar mais as orientações populares/culturais das orientações científicas e trabalhar isso com mais leveza para não desmerecer as orientações das avós, da família (Gravatá).

A falta de recursos humanos e de capacitação continuada foram algumas das reflexões geradas durante os Círculos de Cultura. Além disso, os participantes perceberam que o tempo que possuem para a consulta de pré-natal não é o ideal, pois a demanda excessiva e a falta de recursos humanos limitam o tempo das consultas, e conseqüentemente as questões sociais que envolvem as gestantes e deveriam ser abordadas por toda equipe, nem sempre são trabalhadas.

Uma dificuldade que a gente possui é falta de tempo para a consulta, muitas vezes não temos 01h ou 01h30min para a consulta, como gostaríamos e como as gestantes demandam, falta também profissionais, sempre tem essa carência e a falta de capacitação continuada, para saber o que abordar nas consultas levando em conta todos esses fatores (Galheta).

O trabalho em equipe com a abordagem multiprofissional e intersetorial consegue suprir muitas vezes essa demanda social e a gestante possui prioridade no atendimento com o NASF. Mas as ações que perpassam o setor da saúde são dificuldades que foram desveladas durante o Círculo de Cultura. Os profissionais destacaram que a falta de governabilidade sobre alguns DSS dificulta o desenvolvimento do pré-natal.

No trabalho o que a gente percebe é que existe muitas situações de assédio trabalhistas em relação as gestantes. Então é uma coisa que a se costuma trabalhar e geralmente encaminhamos para a equipe de apoio, a assistente social ajuda bastante neste sentido, a psicóloga também, apesar de ter uma restrição de vagas por limite da carga horário da profissional, mas sempre priorizamos as gestantes. Tem algumas situações que ficam no limbo, por exemplo, para ter acesso ao bolsa família tem que ter uma situação muito especial, uma renda muito baixa, então aquela família que está em uma situação mais ou

menos fica uma lacuna de que a gente pode fazer para auxiliar (Ilha do Campeche).

A falta de governabilidade sobre algumas situações é uma dificuldade, principalmente a renda. Questões de assédio no trabalho tentamos acolher, encaminhar, falar, fazer denúncia, fortalecer ela nessa situação, mostrar os direitos que elas possuem. Habitação precária também é algo muito difícil de intervir, se busca a rede de apoio que se tem, mas é muito limitado. E alimentação também, a gente sabe que tudo permeia a renda. Muitas vezes ela não vai ter condições de fazer o que consideramos adequado (Praia do Rosa).

Os profissionais da APS percebem a importância dos DSS e compreendem que ainda existem barreiras e obstáculos para além dos muros da UBS que precisam ser enfrentadas. Porém, as experiências exitosas na UBS e o reconhecimento das dificuldades que permeiam o pré-natal são alguns dos passos para alcançar uma atenção integral e qualificada, considerando os DSS.

Discussão

A Promoção da Saúde em sinergia com os DSS, podem contribuir para uma melhor compreensão e endereçamento das iniquidades de saúde e alcance da equidade (HEIDEMANN et al., 2018). Portanto, espera-se que a Promoção da Saúde tenha como foco a ação sanitária, atuando em conjunto com os DSS, que incluem o próprio indivíduo e seu estilo de vida; as redes sociais e comunitárias; a oferta de serviços como o de saúde, educação, habitação e saneamento; além das condições socioeconômicas, culturais e ambientais (RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018).

A redução das iniquidades depende do conjunto de ações dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde. Desta forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução destas iniquidades (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018). No entanto, apesar da clareza sobre a importância da implementação de políticas públicas que garantam a eficácia e a eficiência do sistema de saúde, a perspectiva dos DSS mostra que os modelos assistenciais de cuidado em saúde não são suficientes para efetivamente melhorar a saúde individual e da população e promover a equidade em saúde (RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018).

Foi perceptível durante os diálogos e reflexões que os participantes reconhecem os DSS e sabem da importância de inserir esta temática na atuação da APS, principalmente tratando-se de cuidado pré-natal, no entanto, desvelou-se ser um tema que precisa ser

aprofundado entre os profissionais que atuam na base por meio da educação continuada. No entanto, percebe-se que não é só a formação e atuação dos profissionais da saúde, precisa-se, ainda, ater-se às realidades da população, levando em conta os fatores sociais, culturais, as crenças e os valores, buscando assim unir o saber científico ao saber popular do indivíduo, com foco na valorização da subjetividade do cuidado (DALMOLIN; HEIDEMANN; FREITAG, 2019).

A atuação sobre os DSS abrange as parcerias intersetoriais com serviços que influenciam diretamente a qualidade de vida da população. Entretanto, essas parcerias estão ainda muito focadas na escola, no conselho tutelar, lares de idosos e organizações não governamentais, que são setores diretamente ligados às atividades de saúde, enquanto deveria abranger a intersetorialidade de modo amplo, ultrapassando os limites das unidades de saúde (HEIDEMANN et al., 2018).

Destaca-se, que do ponto de vista das políticas públicas de saúde, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, reforçando a fragmentação da vida e construindo atalhos contrários às diretrizes do SUS. Portanto, as questões sociais não podem ser vistas como 'causas externas' ao setor saúde, pois isto reduz a capacidade política de todos os atores sociais para agir perante essas questões. Na perspectiva das práticas cotidianas de atenção à saúde, e, tendo como pressuposto que todo ato em saúde é dotado de significação, adotar a noção de DSS reforça a polaridade estabelecida entre o 'ser biológico' e o 'ser social'. É nessa lógica que o sujeito é desconsiderado como aquele que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Neste contexto, destaca-se a equipe multiprofissional como uma fortaleza para a atuação sobre os DSS. Os profissionais que participam do pré-natal na APS, sendo eles da eSF ou do NASF, a realidade das gestantes que realizam o pré-natal e articulam o conhecimento técnico-científico, na tentativa de intervir de modo a contribuir para uma gestação que evolua sem intercorrência. Compreende-se que uma atenção de qualidade não é alcançada por meio de um cuidado pautado nas ações de um único profissional. Torna-se necessário desenvolver uma linha assistencial que contemple a participação de toda a equipe multiprofissional, sendo elaborada de maneira coletiva para que, de fato, ocorra o cuidado integral às gestantes (NOGUEIRA et al., 2017).

O cuidado integral que gera o aumento da qualidade na assistência durante o pré-natal, está vinculado aos profissionais que dispõem da escuta qualificada, que dialogam sobre

a gestação e os cuidados obstétricos e neonatais que possam vir a ser realizados, profissionais que se disponham a sanar dúvidas e a acolher as mães, mesmo fora das consultas mensais obrigatórias, escutando as dúvidas e os anseios destas mulheres e de sua família (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Além do trabalho em equipe, durante este estudo, a importância da família foi citada como algo fortalecedor durante o pré-natal. O tornar-se mãe é uma das transições importantes e difíceis da vida adulta. A gravidez e o puerpério são períodos cruciais, tanto biológicos, quanto psicológicos, devido às alterações fisiológicas que preparam a gestante para o parto, nascimento e cuidados posteriores. Nesta fase, torna-se imprescindível a revisão dos papéis sociais e familiares (ROMAGNOLO et al., 2017). Percebe-se que além de oferecer suporte, apoio e orientações, proporciona exemplo de como viver, amar, sentir, cuidar de si e cuidar do outro, representando o agente socializador primário do indivíduo. Dentro do sistema familiar o sujeito é ligado a crenças, valores e tradições que estão diretamente relacionados com os cuidados com a saúde. As ligações familiares possuem a capacidade de influenciar a forma com a qual os indivíduos percebem e vivenciam o processo saúde-doença, bem como nas necessidades de cuidado com seus membros, sendo perceptível esse cuidado durante o período de gestação, parto e pós-parto (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015).

Como dificuldades na atuação sobre os DSS, desvelou-se a cultura e as ações populares, realizadas principalmente pela avós e mães das gestantes. Os profissionais percebem que o melhor caminho não é negar a sabedoria popular e sim aliá-la aos cuidados baseados em evidências científicas, pois a realização do pré-natal influencia-se também pela cultura, as decisões durante o pré-natal e após o parto estão vinculadas à cultura, ao estilo de vida e à influência da sociedade. A gestação simboliza um fenômeno complexo e singular, que interage diretamente com a cultura, portanto, o profissional de saúde deve trabalhar com as gestantes respeitando estes valores e crenças que cada uma traz consigo. Ressalta-se a importância de as equipes de saúde reconhecerem a íntima relação entre mãe e filho e utilizar da imponência de avós como auxílio durante o pré-natal e puerpério (URBANETTO et al., 2017).

Em relação aos fatores limitantes para a ampla atuação sobre os DSS, revelou-se a falta de recursos humanos. Relatou-se, pelos profissionais, que, pela grande demanda de usuários, não possuem o tempo considerado por eles adequado para realizar a consulta de pré-natal. Ressalta-se que uma equipe de saúde, quando insuficiente em número e qualificação, pode influenciar, de forma negativa, a prestação dos cuidados às famílias, e este pode ser um fator gerador de negligência nas ações de saúde (LEONELLO; VIEIRA; DUARTE, 2018).

Como limitações do estudo aponta-se o curto espaço de tempo para realização dos Círculos de Cultura. As reflexões produzidas nos encontros foram enriquecedoras e instigaram diálogos que precisaram ser limitados no espaço de uma hora. Ademais, faz-se necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar as nuances sobre os DSS No pré-natal da APS.

Conclusão

Evidenciou-se a partir dos resultados e das reflexões geradas que a atuação sobre os DSS na APS é uma realidade atual apesar de muitas vezes os profissionais não compreenderem de modo amplo o conceito. Ao refletirem como essa atuação acontece, surgiram reflexões e falas sobre experiências exitosas com a abordagem nos DSS, como os grupos de gestantes e os projetos envolvendo as famílias.

As reflexões sobre a importância da escuta qualificada e a empatia foram desveladas durante os Círculos de Cultura. Os profissionais consideram alguns fatores, como idade e estilo de vida e procuram entender a realidade em que estas mulheres estão envolvidas para elaborar um plano de cuidados que seja completo e eficaz para a gestante e sua família. Como fator limitante em relação a atuação foi possível perceber que a falta de recursos humanos, perante a demanda excessiva de usuários da APS é algo que diminui a qualidade da assistência prestada. A equipe multiprofissional apesar de atuar de maneira conjunta para abordar as questões que envolvem o pré-natal, ainda possuem essa dificuldade, como a maioria dos setores públicos no Brasil.

Além disso, apesar dos profissionais compreenderem a importância das questões sociais e de atuar considerando a realidade das gestantes, foi perceptível que essa atuação ainda acontece de maneira restrita em relação aos DSS, envolvendo ações que geralmente estão limitadas ao setor saúde. Percebeu-se que os fatores como trabalho, renda e moradia são as questões que mais preocupam em relação ao pré-natal e os profissionais afirmam que ainda existe a falta de governabilidade sobre essas questões.

O método escolhido oportunizou momentos de reflexão e de troca de experiências entre os participantes e as pesquisadoras, tornando o estudo acolhedor e reflexivo. A metodologia de Paulo Freire propicia o entendimento das situações sociais e os participantes conseguem alcançar, por meio do coletivo, a compreensão da realidade e transformá-la. Ademais, faz-se necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar e ampliar a atuação dos DSS na APS, principalmente no pré-natal, por ser um momento que envolve

não somente o binômio mãe-bebê, mas toda estrutura familiar, trazendo demandas sociais que precisam ser consideradas para o alcance da Promoção da Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

DALMOLIN, Indiara Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; FREITAG, Vera Lucia. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, n. 03506, 2019.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.103-114, jan. 2018.

DURAND, Michelle Kuntz. **Promoção da autonomia da mulher na saúde da família**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96435/304597.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 dez. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Moraes; MUFATO, Leandro Felipe. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170018, 17 ago. 2017. GN1 Genesis Network.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p.63-76, mar. 2017.

JACKSON, Suzanne F. *et al.* Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 6, p. 473- 480, 2013.

HEIDMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Reflexões sobre o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-8, 17 nov. 2017.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.1-13, 23 abr. 2018.

LEONELLO, Valéria Marli; VIEIRA, Milene Pires de Moraes; DUARTE, Thalita Cristine Ramirez. Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p.1072-1078, maio 2018.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de *et al.* Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 03, p.731-735, jul. 2013.

NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.279-288, 10 jan. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/pdf_1>. Acesso em: 20 dez. de 2019.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.310-315, jun. 2015.

RIBEIRO, Kelen Gomes; AGUIAR, Jaina Bezerra de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p.01-10, out. 2018.

ROCHA, Carolina Gabriele Gomes da *et al.* Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 241571, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241571>

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira *et al.* High-Risk Pregnancy: analysis of health determinants. **Sanare**, Sobral, v. 16, n. 01, p.23-28, jan. 2017.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro *et al.* The family as a risk factor and protection during pregnancy and postpartum. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 2, p.133-146, jul. 2017.

SANTIAGO, Cintia Mikaelle Cunha de *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.279-288, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SCHMITT, Patricia Menezes *et al.* A revelação de puérperas na assistência pré-natal em estratégias de saúde da família. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 1, p.129-137, jan. 2018.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Intersectoriality, social and environmental determinants and health promotion. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4361-4370, jan. 2014.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.805-816, out. 2014.

URBANETTO, Priscila Daniele Gonçalves *et al.* Orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal acerca da amamentação/ Guidelines on breastfeeding received by pregnant women during prenatal care. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 4, p.1-8, 30 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: World Health Organization, 1986.

5.2 MANUSCRITO II

OS DETERMINANTES SOCIAIS COMO CAMINHO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Resumo

Objetivo: compreender como os Determinantes Sociais influenciam na busca pela Promoção da Saúde durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa ação participante, com a utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que consiste em três momentos: investigação temática; codificação e descodificação e desvelamento crítico. O estudo desenvolveu-se em três Círculos de Cultura, entre julho e outubro de 2019, com participação de 40 profissionais da Atenção Primária à Saúde. O desvelamento crítico foi baseado na metodologia Freireana, que prevê o processo analítico. **Resultados:** os Determinantes Sociais da Saúde possuem uma grande influência na busca pela Promoção da Saúde durante o pré-natal. Os profissionais da Atenção Primária percebem a importância de conhecer os Determinantes Sociais que cercam as mulheres durante o processo de gestar e entendem que devem ser considerados para que o pré-natal seja realizado visando a integralidade, qualidade do cuidado. **Conclusão:** apesar dos Determinantes Sociais da Saúde estarem presentes na atuação da Atenção Primária, ainda existe um caminho longo a ser traçado a fim de fortalecer o cuidado pré-natal, considerando sempre os fatores determinantes e condicionantes que cercam estas mulheres e suas famílias.

Descritores: Promoção da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-natal. Equipe de Assistência ao Paciente.

Introdução

Nos últimos anos a Promoção da Saúde vem sendo entendida com uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos (JÁCKSON et al., 2013). Desde 1974, no Canadá, este tema já era discutido, aparecendo pela primeira vez em um documento oficial com a publicação do Informe Lalonde, sendo este considerado o primeiro documento oficial a utilizar o termo Promoção da Saúde, "*A new perspective on the health of Canadians*", foi desenvolvido pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Lalonde, em maio de 1974 (DIAS et al., 2018).

Em 1986, um dos documentos fundadores do movimento atual de Promoção da Saúde foi divulgado. Este documento constitui-se um marco de referência para a evolução da Promoção da Saúde, trata-se da Carta de Ottawa, resultado da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Nesta carta foram conceituadas cinco estratégias que visam a implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Embora a Carta permaneça proeminente nas discussões sobre a Promoção da Saúde em todo o mundo, esse termo provoca ambiguidades e contradições. Nessa dicotomia, prevalecem dois discursos distintos: um com ênfase na modificação dos comportamentos individuais, e outro que busca avançar para uma perspectiva libertadora por meio do fortalecimento da participação da população no enfrentamento dos DSS (HEIDEMANN et al., 2018).

Silva et al. (2014), consideram que a Promoção da Saúde deve ter como foco da ação sanitária os DSS, que incluem o próprio indivíduo e seu estilo de vida; as redes sociais e comunitárias; a oferta de serviços como o de saúde, educação, habitação e saneamento; além das condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Heidemann et al. (2018), reforça a importância da sinergia dos DSS com a Promoção da Saúde e destaca que esta nova concepção pode contribuir para uma melhor compreensão e endereçamento das iniquidades de saúde e alcance da equidade.

Neste contexto, destaca-se a preocupação em relação ao cuidado pré-natal, que é abordada principalmente na APS e se encontra entre os assuntos de maiores discussões e investimentos públicos na atualidade (SCHMITT et al., 2018). O acolhimento da gestante na APS acontece em múltiplos espaços individuais e coletivos, sendo eles, palestras, reuniões de grupo ou em consultas com os profissionais de saúde (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Portanto, entende-se que o atendimento à gestante deve ser multidimensional, devendo ultrapassar os limites dos consultórios e ser realizado não somente pela equipe de saúde da família, mas por toda equipe multiprofissional, incluindo o NASF-AB. A abordagem multiprofissional no pré-natal favorece a humanização e a integralidade da atenção, estes são dispositivos qualificadores do processo de Promoção da Saúde. Ademais, a integração de conhecimentos de diferentes núcleos profissionais em uma equipe favorece intervenções que possibilitam considerar outras dimensões da saúde relevantes no cuidado pré-natal (NOGUEIRA et al., 2017).

Desta forma, compreende-se que o acompanhamento do processo gestacional não deve se resumir a números que só avaliam aspectos quantitativos da assistência. É preciso formular e implementar políticas que considerem os aspectos subjetivos e envolvam os diferentes atores, de modo a favorecer um acompanhamento de qualidade e que entenda os contextos de vida e as necessidades das gestantes. Assim, é essencial conhecer o perfil das mulheres gestantes e identificar os DSS que podem interferir no desenvolvimento saudável da gestação, pois essa caracterização dará respaldo à equipe de saúde para desenvolver ações de

promoção que tragam a melhoria da qualidade de vida às gestantes (RODRIGUES et al., 2017; SANTIAGO et al., 2017).

Rocha et al. (2019), afirmam que são múltiplas as barreiras enfrentadas pelas gestantes ao longo do pré-natal e que são muitos os limites e dificuldades encontrados pelos profissionais para atuar amplamente sobre os DSS e promover um pré-natal digno e de qualidade, independentemente dos fatores determinantes e condicionantes que cercam essas mulheres.

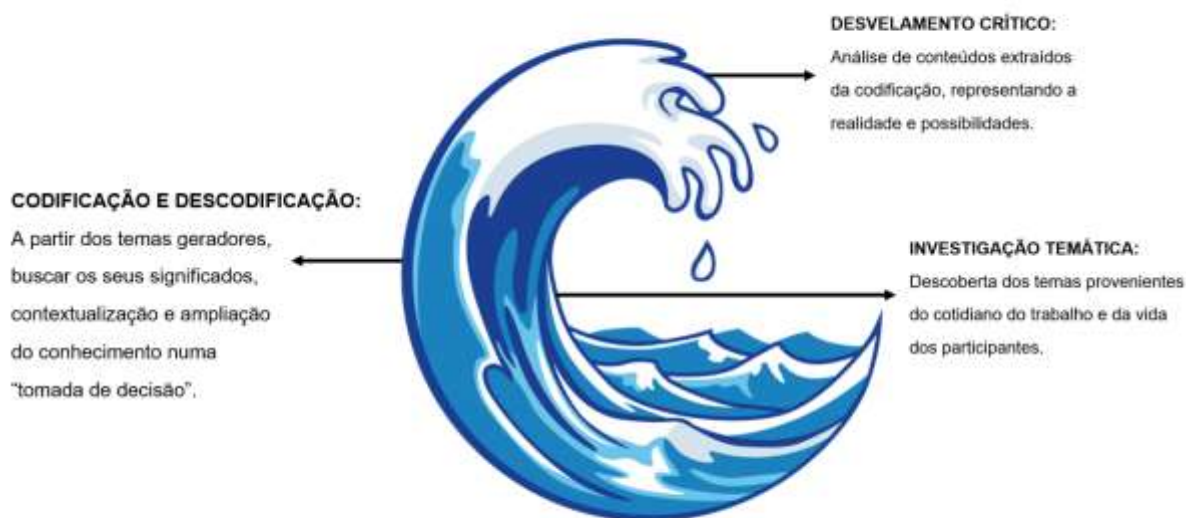
Neste sentido, emergiu o seguinte questionamento: Como os Determinantes Sociais da Saúde influenciam na busca pela Promoção da Saúde durante o pré-natal na Atenção Primária? A partir de então, o objetivo deste artigo é compreender como os Determinantes Sociais influenciam na busca pela Promoção da Saúde durante o pré-natal na Atenção Primária.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa ação-participante, articulada ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que se constitui em três etapas distintas, que estão interligadas entre si, a saber: investigação temática; codificação e descodificação; e o desvelamento crítico. O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire possui um formato dinâmico, em espaços chamados de Círculos de Cultura, que é caracterizado por um grupo de pessoas com algum interesse comum, que se reúnem para refletir sobre seus problemas, situações de vida, compartilhar vivências, construir uma percepção mais profunda da realidade e estruturar coletivamente ações concretas de intervenção (FREIRE, 2016; HEIDEMANN et al., 2017).

Para tanto, as pesquisadoras optaram em representar estes momentos dinâmicos pela formação das ondas do mar, conforme a Figura 8, que estão conectadas entre si, podendo ocorrer simultaneamente ou não, indo também ao encontro das características do território de atuação dos participantes do estudo, que é uma região litorânea.

Figura 8: Itinerário de Pesquisa: formação das ondas do mar.



Fonte: Fonte: Imagem adaptada de Freire (2016); Heidemann (2017).

Desenvolveu-se a pesquisa entre os meses de julho e outubro de 2019. Foram realizados 03 Círculos de Cultura com duração média de 90 minutos, sendo que neste artigo será abordado sobre as discussões realizadas no segundo Círculo de Cultura, em que se dialogou sobre os DSS como caminho para Promoção da Saúde no Pré-natal. Os Círculos de Cultura ocorreram em uma UBS, de um município do litoral de Santa Catarina, Brasil.

Participaram do estudo 40 profissionais da eSF e do NASF-AB, entre eles, também residentes e acadêmicos da área da saúde. Como critérios de inclusão elencou-se: ambos os sexos, ser profissional da APS, vinculado à eSF ou NASF-AB e estar presente nos dias de investigação, para participação das discussões, reflexões e atividades dos Círculos de Cultura dessa pesquisa. Como critérios de exclusão adotou-se: profissionais que estiverem afastados por férias ou licença no período da investigação temática. A escolha da UBS ocorreu de maneira conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o critério de escolha para seleção foi selecionar o local que mais atendesse gestantes e que também tivesse disponibilidade para realizar a pesquisa.

No primeiro círculo os pesquisadores compartilharam o objetivo e a metodologia do estudo. Em seguida, buscou-se a investigação temática a partir da percepção dos profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde por meio de uma questão disparadora: O que é Promoção da Saúde para você? Foi disponibilizado tarjetas para os participantes e todos puderam compartilhar no círculo a sua reflexão sobre Promoção da Saúde.

No segundo círculo, as pesquisadoras resgataram todos os temas geradores levantados no primeiro círculo para os participantes lerem novamente e refletirem para dar início as etapas de codificação, decodificação e desvelamento crítico. Foram destacados 21 temas geradores que após foram codificados em três temas: I) Qualidade de vida; II) Tempo; III) Cuidado.

Buscou-se contextualizar as temáticas utilizando a estratégia da analogia com o mar em vários detalhes. Portanto, no meio da sala em que estava ocorrendo o círculo, foi exposto um tecido azul no chão simbolizando o mar da vida e no centro do mar um barco com a imagem de uma gestante. Os temas levantados no 1º círculo foram posicionados no mar da vida em formato de peixes. Os três temas foram simbolizados cada um por um grande peixe que era acompanhado de peixes menores contendo as falas/conceitos/desenhos realizados no primeiro círculo. A partir de então, os participantes foram convidados a olhar para gestante no mar da vida e refletir sobre os fatores que influenciam no bem-estar e na Promoção da Saúde durante o pré-natal, que são os DSS. Cada grupo recebeu um cartaz com um tema e, discutiram acerca de questões relacionadas com DSS e a sua influência no pré-natal.

No terceiro Círculo de Cultura os temas que foram codificados e decodificados no 2º círculo foram levados para o mar da vida em formato de barcos. Os temas foram divididos em três grupos, sendo eles: I) Socioeconômico; Habitação; Trabalho; Questões Alimentares II) Idade; Sexo; Fatores hereditários; Estilo de vida III) Família; Rede de apoio; Cultura; Religião. Os participantes foram divididos em três grupos e foram convidados refletir sobre como são trabalhados e quais as facilidades e dificuldades de trabalhar com os DSS durante o pré-natal. Este último Círculo de Cultura foi um momento de intensa reflexão e de um despertar para um novo cuidado durante o pré-natal, os participantes compartilharam as experiências e se fortaleceram. O empoderamento esteve presente e um novo ciclo iniciou-se a partir das experiências compartilhadas e das reflexões geradas durante os encontros.

O desvelamento dos temas ocorreu simultaneamente com a Investigação Temática a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico, fundamentado no referencial teórico dos DSS. Esta etapa, tradicionalmente chamada de análise dos dados, no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é um processo contínuo e acontece com a participação de todos os sujeitos que compõem os Círculos de Cultura. O desvelamento crítico, também denominado fase de problematização, é o momento da construção do conhecimento por meio da revelação de conceitos emergentes do micro para o macro. Representa a tomada de consciência, em que a situação vivenciada e compartilhada na fase da codificação é problematizada e decodificada, sendo vista com um novo olhar e gerando o processo de

ação-reflexão-ação (HEIDEMANN, 2006; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; DURAND, 2012; FREIRE, 2016).

Os Círculos de Cultura foram motivados pela Promoção da Saúde e os DSS, objetos de pesquisa. Para problematizar as questões levantadas, a moderadora compartilhou com os participantes o modelo conceitual sobre os DSS de Dahlgren e Whitehead adotado pela CNDSS, pois a imagem aborda os DSS de uma maneira clara e objetiva (CNDSS, 2008).

Em relação aos aspectos éticos a pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, sendo cumpridas as determinações das Resoluções n. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b), com aprovação no parecer 3.253.685 e CAAE 10432719.8.0000.0121 de 09 de abril de 2019.

Resultados

Participaram do estudo 40 profissionais da eSF e do NASF-AB, entre eles residentes e acadêmicos que atuavam na APS. Em relação à formação/função, destaca-se: um médico, quatro enfermeiras, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, uma profissional de educação física, um fisioterapeuta, três técnicas de enfermagem, e quatro nutricionistas. Além de, doze residentes (dois odontólogos, dois nutricionistas, dois médicos, duas enfermeiras, dois profissionais de educação física e dois fisioterapeutas) e oito acadêmicos (dois de nutrição, dois de enfermagem e quatro de medicina). A faixa etária dos participantes variou de 23 a 51 anos. O tempo de atuação na APS variou de 01 mês a 22 anos.

Foram elencados 21 temas geradores, destes três foram selecionados para codificação. Os temas geradores e as codificações foram discutidas e esquematizadas no Círculo de Cultura pelos participantes, conforme a Tabela 1, sendo que os três temas foram também descodificados e desvelados.

Tabela 1 – Representações das codificações, com temas geradores, escolhidos pelos participantes

1. Tempo	2. Qualidade de Vida	3. Cuidado
Movimento Corporal	Exercitar-se	Aceitação
Dormir até tarde	Sentir-se feliz	Bons hábitos alimentares
Fazer trilha	Promover mudanças saudáveis	Promover práticas para o cuidado
Saúde Mental	Meditação	Construção de novos hábitos
Descansar	Boa alimentação	Práticas do bem viver
Se divertir	Praticar esportes	Atividade física
	Bem-estar	Bons relacionamentos pessoais
	Informação	

Fonte: Elaboradora pela autora, 2019

Tempo: uma questão social

Os participantes, desde o primeiro Círculo destacaram o tempo como um algo que influencia constantemente no caminho para a Promoção da Saúde. Refletiram e perceberam que o tempo é socialmente determinado, sendo permeado por questões sociais, principalmente quando se relaciona o tempo com o pré-natal.

O tempo disponível é socialmente determinado. O tempo disponível para si mesmo, para se cuidar, depende de fatores super individuais, como raça, cor e classe social. Existem aspectos muito pontuais que a gente entende, por exemplo, no Brasil ser mulher negra e pobre significa ter menos tempo para si, significa morar mais longe do trabalho, receber menos, ter ocupações menos salubres. Ter outros filhos também vai limitar o que é possível para si mesmo, condição de trabalho e situações mais dramáticas, como desemprego (Ipanema).

As reflexões sobre o tempo foram fundamentadas nas dificuldades enfrentadas pelas mulheres durante o processo de gestar e na importância da não culpabilização destas mulheres, considerando sempre os fatores que condicionam o seu estado de bem-estar e de saúde.

A não continuidade do pré-natal por faltas em consultas precisa ser discutida, pois resulta em culpabilização das gestantes pelos profissionais. No momento em que pensamos nos aspectos que limitam as possibilidades de decisão e de opções individuais saímos do discurso de culpabilização das vítimas, e conseqüentemente da falácia que a saúde de cada um depende as suas escolhas individuais ou que depende estritamente das suas decisões individuais (Ipanema).

Tem a ver com a nossa prática no dia a dia, a gente conversou sobre algumas questões aqui, por exemplo, faltou uma consulta de pré-natal na chuva, no sistema aparece assim: “Você vai querer atender essa pessoa, mesmo ela faltando?” Então a gente culpabiliza se a gente não discute qual o nosso papel aqui na UBS que é atender o outro. E como que a gente olha esse ser humano? o outro? (Rififi).

Em meio as reflexões sobre o tempo, a empatia desvelou-se como algo importante a ser considerado e praticado durante os atendimentos as gestantes. Ter empatia com a gestante e entender os motivos que leva estas mulheres a tomada de decisões durante o pré-natal é imprescindível para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais.

Como eu gostaria de ser atendida se eu estive grávida e fosse a UBS? Como que eu gostaria de ser atendida se eu chegasse mal com uma série de problemas sociais, problemas emocionais? Será que eu

gostaria que alguém me olhasse feio ou eu gostaria que alguém falasse “Bom dia! Em que eu posso te ajudar?” (Açores).

Qualidade de Vida: como alcançar?

Os participantes acreditam que os DSS podem influenciar tanto negativamente como positivamente na aderência e no desenvolvimento do pré-natal e trouxeram o gênero como um importante influenciador. Os participantes acreditam que ser gestante no mundo atual pode acarretar vários fatores que influenciam diretamente na sua qualidade de vida.

Refletiram sobre a realidade enfrentada pelas mulheres do mundo atual e como isso interfere na qualidade de vida das gestantes. Além do gênero a idade foi destacada pelos profissionais e a gestante adolescente surgiu durante os diálogos, mostrando-se algo preocupante e desafiador por parte dos profissionais, pois eles acreditam que o estilo de vida destas pode interferir na qualidade de vida durante o pré-natal.

Em ser mulher já um influenciador, muitas vezes pela dupla jornada de trabalho, trabalha em casa, trabalha fora, tem o cuidado com a família (Ilha do Campeche).

A gente colocou alguns exemplos, refletimos sobre vários daqueles fatores determinantes, por exemplo, se é uma gestante adolescente, como ela irá lidar com essa situação na gestação, com o estilo de vida que ela tem (Ilha do Campeche).

A situação socioeconômica como trabalho e renda foram apontadas como influenciadora na qualidade do pré-natal, pois interfere em vários outros fatores que são importantes durante o pré-natal como alimentação e lazer, afetando assim na qualidade de vida das gestantes.

A situação econômica dela, uma situação de desemprego, alguma dificuldade financeira, isso também influencia em vários aspectos, na alimentação, lazer, cultura, então são vários aspectos que podem influenciar na qualidade de vida dela (Praia do Rosa).

O apoio da família e do companheiro durante a gestação também foram levantados pelos participantes. Eles percebem que as gestantes que possuem uma rede de apoio fortalecida, possuem um diferencial em relação aquelas que estão com a sua fragilizada e que isso interfere diretamente na qualidade de vida durante o pré-natal.

Se a rede de apoio está fragilizada, como será o cuidado dela? Ter alguém para conversar, alguém para acompanhar as consultas, acreditamos ser um diferencial (Praia do Rosa).

Cuidado: essencial e sem excessos

Os participantes refletiram sobre a importância do cuidado prestado durante o pré-natal e destacaram a importância de este ser centrado na gestante e na sua família, bem como nas demandas que essa mulher apresenta e assim evitar o cuidado excessivo que pode acarretar conflitos durante o pré-natal.

Os Determinantes Sociais são fundamentais para elaboração de um plano de cuidado e assistência pré-natal desde que sejam centrados na pessoa. Quando a gente vai atender uma mulher ou uma família, qual a situação econômica, social e ambiental dessa construção, dessa maternidade, vamos ter que levar em conta aquilo que aquela mulher nos traz e isso reflete muito em quanto de cuidado que essa mulher pode suportar, o quanto que ela veio buscar, para que eu não seja excessiva em coisas que talvez eu não atinja realmente ela. Então a construção em cima da bagagem cultural que essa mulher traz, das condições de vida e de trabalho, das redes sociais que ela ocupa, de estilo de vida que ela leva, as questões alimentares, onde ela vive, como ela vive, a rede de apoio social que ela tem, habitação, enfim, todos os Determinantes Sociais vão fazer que eu procure dentro da assistência focar naquilo que é necessário e interessante (Açores).

Os profissionais dialogaram sobre a relevância de conhecer a realidade da gestante desde o início do pré-natal e saber buscar qual o significado desta gestação e da maternidade para ela. Além disso, outro aspecto de discussão foi a importância de construir em conjunto um plano de cuidados, sempre considerando os DSS, a fim de promover o empoderamento feminino durante o processo de gestar.

Então, por exemplo, uma mulher que chega pra iniciar um pré-natal no consultório, acho que a primeira abordagem é a gente tentar entender quem é essa mulher, como que ela nasceu, como que ela construiu a vida dela, como que é essa maternidade, o que essa maternidade significa pra ela e a partir disso eu tornar possível dentro dessa história, montar uma assistência, não no que eu acho que é certo, mas no que faz sentido pra ela (Açores).

Esses dias dei um exemplo bem claro sobre DSS. Eu atendi uma paciente que tem um modo de vida mais alternativo e outra com uma crença diferente, por exemplo, uma evangélica e uma budista. Eu não sou nem budista nem evangélica, mas como que eu posso fazer que isso faça sentido pra ela, para que ela possa sair dali a nove meses com esse bebê no colo e com a sensação de que ela está constituindo a maternidade de uma forma que ela seja empoderada para isso, que ela tenha o poder, pra entender que o processo é dela e não meu, a construção é nossa! (Açores).

Discussão

A Promoção da Saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida. A realização das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, ressalta o protagonismo dos DSS sobre as condições de saúde. A concepção socioambiental sobre Promoção da Saúde inclui em seu campo conceitual e prático as condições que são direcionadas pelos aspectos físicos, sociais, econômicos e culturais nos quais indivíduos e coletivos estão inseridos, e que indica a magnitude e a complexidade das ações (MALTA et al., 2018; SILVA et al. 2014).

Nos últimos anos, as ações de Promoção da Saúde em todos os serviços de saúde e em todos os níveis vem se fortalecendo, no entanto, a efetividade desses princípios depende em nível macro da atuação sobre os DSS e, em nível micro, sobre a pessoa, família e comunidade (HEIDEMANN et al., 2018). As condições sociais possuem uma significativa influência sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, além disso, influenciam no conhecimento, na percepção e na capacidade de autogerenciamento da condição de saúde. A partir de um olhar mais amplo pode-se perceber que o reconhecimento das desigualdades socioeconômicas como determinantes para o aumento das iniquidades em saúde, bem como a identificação da dimensão destas desigualdades, é imprescindível para a promoção de políticas públicas que possam suprimir estas diferenças (BARBIERI et al., 2018).

Entre as fases da vida em que aspectos sociais e demográficos podem influenciar nas condições de saúde e favorecer a formação de grupos de maior vulnerabilidade, podemos destacar o pré-natal. A gestação consiste em um processo fisiológico natural e compreende uma sequência de alterações físicas, psicológicas e sociais específicas, que demandam adaptações não somente no corpo, mas especialmente na vida das mulheres. Durante este processo de intensas mudanças, espera-se que a gestação seja uma experiência positiva para as mulheres, portanto, a relação profissional-usuária estabelecida durante o pré-natal deve ser baseada no diálogo, a fim de que as informações e orientações sobre os cuidados em saúde possam ser vistas como um diferencial que contribui para o alcance da qualidade (BARBIERI et al., 2018; GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

No entanto, muitos são os desafios para o alcance dessa qualidade no pré-natal, pois entende-se a maternidade como uma construção social, e por isso, a proteção da gestante ainda se encontra ameaçada, marcada por um histórico de negligências nos âmbitos sanitário, assistencial e político. As gestantes que buscam o cuidado pré-natal na APS podem deparar-se com dificuldades relacionadas à disponibilidade, aos custos diretos e indiretos da assistência,

e à relação que se estabelece com os serviços. Portanto, entender as peculiaridades envolvidas no acesso ao cuidado pré-natal contribui para a reorganização dos serviços de saúde (ESPOSTI et al., 2015; TINOCO et al., 2018).

Ressalta-se que as oportunidades sociais não são igualmente oferecidas para todas as mulheres. Geralmente, as jovens e menos favorecidas, que se encontram desprovidas de projetos educacionais e profissionais, sentem o peso dos tradicionais papéis de gênero associado às limitações econômicas e à falta de acesso a diversos benefícios sociais que violam direitos básicos. Esse grupo carece também de informação e conhecimento sobre seu próprio corpo, bem como dos meios para lidar com a sexualidade sem se expor à gravidez não planejada e ao risco de contrair doenças. Muitas vezes, em alguns contextos de limitação de oportunidades, a gravidez pode se traduzir em alternativa de vida e fonte de reconhecimento social (MELO et al., 2013).

Fatores como nível de escolaridade e percepção da necessidade de tratamento influenciam na obtenção de conhecimentos e de cuidados em saúde. Indivíduos com maiores privações sociais possuem crenças sobre sua saúde e menor percepção da necessidade de cuidados. Neste contexto, a saúde e o bem-estar são conceitos que expressam crenças sociais e populacionais, as quais, por sua vez, são influenciadas por valores culturais e demográficos, que decorrem de sua relação com um território e suas características (BARBIERI et al., 2018; ROCHA et al., 2019).

Os profissionais da APS se corresponsabilizam pela saúde das pessoas do território abrangido pela equipe, apropriando-se das demandas e do contexto de saúde, social, histórico, cultural e ambiental para o planejamento de ações. Por meio desta atuação, os laços tornam-se estreitos entre profissionais e usuárias, o que favorece a constituição de vínculos e atuação de forma ampla, ao considerar os fatores determinantes e condicionantes, colaborando deste modo para o desenvolvimento do cuidado pré-natal. A APS deve fortalecer seu papel como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, e assim possibilitar o acesso e a continuidade no pré-natal, e principalmente, ser mediadora do empoderamento das mulheres, para que estas sejam protagonistas de sua própria história (BARRETO et al., 2015; TRINDADE et al., 2015).

Além disso, torna-se imprescindível que os profissionais estejam sensíveis e atentos para identificar a rede de apoio, atuar em conjunto e alcançar a qualidade durante o pré-natal. Neste contexto, a família está diretamente relacionada com os DSS e é percebida como um fator importante no pré-natal, pois constitui um sistema complexo com influência diretamente sobre todos os membros. É a partir dela que são fornecidos suportes emocionais e orientações

para construir conceitos, crenças, valores e tradições. As influências geradas pela rede familiar impactam também na forma como os indivíduos cuidam da sua saúde e como lidam com o processo saúde-doença, o que se estende ao período gestacional, parto e pós-parto (ROMAGNOLO et al., 2017).

Os resultados deste estudo destacaram a importância de construir em conjunto um plano de cuidados sempre considerando os DSS. Os profissionais da APS devem buscar conhecer a história das gestantes, o contexto da gestação e proporcionar momentos de escuta e interação que permita que a mulher se torne agente ativa do seu cuidado, promovendo assim, o empoderamento feminino durante o processo de gestar. O cuidado no pré-natal de baixo risco transcende condutas biologicistas no cuidado a saúde, sendo assim, torna-se fundamental compreender que reconhecer os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais da gestação é essencial para o estabelecimento de uma atenção integral. Neste cenário, a utilização da escuta é um excelente recurso para saber quais as necessidades de cada mulher e, a partir de então, doar-lhe as informações e os cuidados pertinentes (ALVES, 2015).

Como limitações do estudo aponta-se o curto espaço de tempo para realização dos Círculos de Cultura, bem como o universo pesquisado, que foi constituído por profissionais de um Centro de Saúde. As reflexões produzidas nos encontros foram enriquecedoras e instigaram diálogos que precisaram ser limitados no espaço de uma hora. Ademais, faz-se necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar as nuances sobre os DSS na APS e conseqüentemente promover a saúde das mulheres durante o processo de gestar.

Conclusão

A compreensão sobre como os fatores sociais influenciam no pré-natal é perceptível entre os profissionais que atuam nesta área. Eles percebem que as dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelas mulheres durante a gestação influenciam na qualidade de vida e na Promoção da Saúde durante a assistência no pré-natal.

Os participantes refletiram sobre o atendimento que prestam na APS e o processo de ação-reflexão-ação esteve presente durante os diálogos, o que gerou transformações e evidências sobre a importância de espaços como estes para que as reflexões acerca da prática e da teoria estejam presentes, entrelaçando-se e cooperando para que a Promoção da Saúde seja uma realidade concreta durante o pré-natal.

O método escolhido pelas pesquisadoras, oportunizou momentos de reflexão e de troca de experiências entre os profissionais que atuam na APS. A metodologia de Paulo Freire

propicia o entendimento das situações sociais e os participantes conseguiram alcançar, por meio do coletivo, a compreensão da realidade e transformá-la. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos com metodologias participativas, pois a pesquisa torna-se mais ampla e libertadora e o resultado é transformador.

Referências

ALVES, Camila Neumaier *et al.* Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.265-271, jun. 2015.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1510, maio 2016.

BARBIERI, Wander *et al.* Fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de gestantes. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.1-18, jan. 2018.

BARRETO, Camila Nunes *et al.* O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p.168-176, nov. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012b. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Mangaratiba: Ecodebate, 2010. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

COSTA, Juliana Chaves *et al.* O imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 65, p.01-19,

2019. Disponível em: <imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias na atenção primária>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

DURAND, Michelle Kuntz. **Promoção da autonomia da mulher na saúde da família**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96435/304597.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 dez. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 60^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Moraes; MUFATO, Leandro Felipe. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170018, 17 ago. 2017. GN1 Genesis Network.

HEIDMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Reflexões sobre o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-8, 17 nov. 2017.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.1-13, 23 abr. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1799-1809, jun. 2018.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de *et al.* Comprehensiveness and gender as theoretical basis for health care of pregnant adolescents. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p.731-735, 2013.

NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.279-288, 10 jan. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/pdf_1>. Acesso em: 08 dez. de 2019.

PINHEIRO, Denise Gonçalves Moura *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, jan-mar. 2015.

ROCHA, Carolina Gabriele Gomes da *et al.* Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 241571, 2019.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro *et al.* The family as a risk factor and protection during pregnancy and postpartum. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 2, p.133-146, jul. 2017.

SCHMITZ, Camilla Costa Cypriano; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; DURAND, Michelle Kuntz. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 86, p. 1-13, 2018.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Intersectoriality, social and environmental determinants and health promotion. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4361-4370, 2014.

TINOCO, Tayane Fraga *et al.* A mortalidade materna e a prática educativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 247, p.2535-2541, jan. 2018.

TRINDADE, Leticia de Lima *et al.* Grupos vulneráveis e seus fatores condicionantes na ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Jornada Científica**, Lorena, v. 1, n. 1, p.1-13, jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: World Health Organization, 1986.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo é possível afirmar que se conseguiu alcançar o objetivo proposto que era compreender como os DSS são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal no contexto da APS. O pré-natal é considerado um período de mudanças significativas na vida das mulheres e a APS possui um papel expressivo em relação a isso. A equipe multiprofissional que trabalha na APS acompanha a mulher e sua família durante todo o processo de gestar e possuem além da competência, a sensibilidade para perceber inúmeras situações que interferem no pré-natal.

Os manuscritos I e II, elaborados a partir dos resultados obtidos trouxeram os diálogos e reflexões gerados nos três Círculos de Cultura que aconteceram durante a realização desta pesquisa. O manuscrito I trouxe um olhar reflexivo sobre o pré-natal e de como as questões sociais influenciam na Promoção da Saúde destas mulheres durante o processo de gestar. Os profissionais percebem que alguns fatores, como gênero, idade, classe social e raça, influenciam na saúde das mulheres e refletiram sobre a relevância de conhecer a realidade em que a gestante está inserida para elaborar um plano de cuidados e prestar uma assistência de qualidade considerando os fatores determinantes e condicionantes.

O manuscrito II mostrou que a atuação sobre o DSS na APS é uma realidade concreta, pois não é possível atuar na assistência pré-natal, sem considerar os fatores sociais que cercam as gestantes e suas famílias. Apesar do conceito ainda não ser amplamente conhecido entre os profissionais, pode-se concluir que a atuação acontece de uma forma expressiva, muitas vezes limitante, seja pela demanda excessiva, pela falta de recursos humanos ou pela falta de governabilidade sobre algumas ações, mas ela é uma realidade na APS pesquisada e traz resultados na qualidade da assistência, como podemos perceber nas reflexões que aconteceram durante o estudo.

Os profissionais da APS reconhecem que a saúde é produto de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes e planejam o cuidado pré-natal de acordo com as necessidades de cada gestante, sem exageros, mas de uma maneira acolhedora e com empatia. Foi possível perceber neste estudo, que os profissionais atuam em equipe para abordar de uma maneira mais eficaz as questões que envolvem o pré-natal, porém a APS ainda atua de uma maneira restrita em relação aos DSS, envolvendo ações que geralmente estão limitadas ao setor saúde. Percebeu-se que os fatores como trabalho, renda e moradia são as questões que mais preocupam em relação ao pré-natal e os profissionais afirmam que ainda existe a falta de governabilidade sobre essas questões. Sabe-se que a intersetorialidade é um dos caminhos

para uma atuação eficaz considerando os DSS, para isso é preciso ampliar a compreensão sobre os DSS e a sua articulação com a Promoção da Saúde durante o pré-natal, em especial dos gestores e formuladores de políticas públicas, visando à equidade e, por conseguinte a qualidade da assistência, assim como impulsionar o desenvolvimento de novas pesquisas e proporcionar avanços na área da saúde e mais especificamente no pré-natal da APS.

Em relação a metodologia aplicada, foi possível perceber por todos os envolvidos o encantamento que o Itinerário de Paulo Freire trouxe para esta pesquisa. A ciência caminhou ao lado da sabedoria, dos compartilhamentos, das alegrias e das reflexões geradas durante este estudo e que nasceram nesta dissertação. Foi possível notar o entusiasmo e a satisfação dos participantes durante os Círculos de Cultura, a aproximação entre os participantes e os momentos de reflexão referente ao cuidado com o outro, foram um presente a todos os envolvidos. Como limitações do estudo ressalta-se o curto espaço de tempo para realização dos Círculos de Cultura, pois as reflexões geradas nos encontros eram enriquecedoras e instigavam o diálogo que era limitado no espaço de aproximadamente uma hora.

Por fim, espera-se que a vivência refletida e discutida neste estudo, promova o despertar para um novo cuidado pré-natal, para a mulher e sua família e para o ser que é gerado pelo ventre materno. Os DSS são o caminho para a Promoção da Saúde durante o pré-natal e compreender como a equipe multiprofissional atua frente aos DSS é um caminho para uma assistência de qualidade, não só durante o pré-natal, mas por toda vida e em todas as suas fases.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, dez. 2005.
- ALVES, Camila Neumaier *et al.* Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.265-271, jun. 2015.
- ANDERMANN, Anne. **Evidence for health: from patient choice to global police**. Ottawa: Cambridge, 2013. 220 p.
- ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.789-800, abr. 2012.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1510, maio 2016.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p.
- BARRETO Camila Nunes *et al.* Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 6, p. 4354-63, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/13851>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- BARRETO, Camila Nunes *et al.* O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p.168-176, nov. 2015.
- BOAS, Gustavo Di Lorenzo Villas; PEREIRA, Douglas Vinícius Reis; SANTOS, Elka Karollyne Alves. **A reforma da política nacional de atenção básica: mais um golpe contra o SUS**. Anais - 7º Seminário frente nacional contra a privatização da saúde, 2017. Disponível em: <http://www.ufal.br/seer/index.php/anaisseminariofncps/article/viewFile/3955/2786>. Acesso em: 09 set. 2018.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Participar-pesquisar. In: Brandão, Carlos Rodrigues (org). **Repensando a pesquisa participante**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1998, p. 221-252.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de Saúde Materno-Infantil, bases programáticas**. Brasília,1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 569 de 1/6/2000. Brasília, p. 4-6, 8 de jun. de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Decreto, de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a **Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 mar. 2006c. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Portaria nº 154 de 24/01/2008. Brasília, p. 38-42, 04 de mar. de 2008.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 24 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 80 p. Série I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012c. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União: Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.** Brasília: Anvisa, 2014b. 103 p. Disponível em: file:///C:/Users/HP/Downloads/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL.pdf. Acesso em: 01 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícias:** Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial da União: Brasília (DF), 24 maio 2016, seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Equipes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesc.def>>. Acesso em: 09 set. 2018.

BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo. **Investigação da saúde na sociedade:** guia pedagógico sobre um novo enfoque de método epidemiológico. São Paulo: ABRASCO, 1986, 215 p.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-41.

BUSS, Paulo Marchiori. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais.** Mangaratiba: Ecodebate, 2010. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>. Acesso em: 01 mai. 2018.

CARRERO, Ioná. **Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008**. 2012. 112 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010.

CINCURÁ, Rosana Nogueira Santana. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. 2014. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

COSTA, Ana Maria. **Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos**. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

COSTA, Juliana Chaves *et al.* O imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 65, p.01-19, 2019. Disponível em: <imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias na atenção primária>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p.87-94, 31 mar. 2014.

CUNHA, Margarida de Aquino *et al.* Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.145-153, jan-mar 2009.

CUNHA, Regina Ribeiro; BACKES, Vânia Marli Schubert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 296-301, 2012.

CYPRIANO, Camilla Costa. **Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária**. 2016. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

DALMOLIN, Indiara Sartori. Práticas integrativas e complementares na atenção primária: caminhos para promover o Sistema Único de Saúde. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

DALMOLIN, Indiara Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; FREITAG, Vera Lucia. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, n. 03506, 2019.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.103-114, jan. 2018.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

DURAND, Michelle Kuntz. **Promoção da autonomia da mulher na saúde da família.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96435/304597.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 set. 2018.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.

FIORAVANTI, Celina. **Mandalas: como usar a energia dos desenhos sagrados.** Editora Pensamento, 2017.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família.** Portaria nº 283 de 2007. Florianópolis, 06 de ago. de 2007.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços: atenção primária à saúde.** Florianópolis: PMF/SMS, 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbyweVIIYUtpMWRZZHM/edit>>. Acesso em: 08 set. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal; 1979. 174 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p.63-76, mar. 2017.

GRAAF, Johanna Petra de; STEEGERS, Eric Adrianus Petrus; BONSEL, Gouke. **Inequalities in perinatal and maternal health.** Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, London, v. 25, n. 2, p.98-108, abr. 2013.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina *et al.* Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, jul.-set. 2011.

GUIMARÃES, Thaíse Almeida *et al.* Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 2, n. 18, p.81-85, ago. 2017.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo - USP, 2006. Disponível em: http://ltcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/TESE_IVONETE_TERESINHA_SCHUELTER_BUS_HEIDEMANN.pdf. Acesso em: 08 set. 2018.

HEIDMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p.613-619, 2 dez. 2012.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 28. n. 2, p. 152-159, mar.-apr. 2015.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss *et al.* Reflexões sobre o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p.1-8, 17 nov. 2017.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.1-13, 23 abr. 2018.

JACKSON, Suzanne F. *et al.* Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 6, p. 473- 480, 2013.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. Dicionário Básico de Filosofia. 3º edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-58.

- LE BOTERF, Guy. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão Carlos Henrique. *et al.* **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 51-81
- LEONELLO, Valéria Marli; VIEIRA, Milene Pires de Moraes; DUARTE, Thalita Cristine Ramirez. Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p.1072-1078, maio 2018.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4301-4312, nov. 2014.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1799-1809, jun. 2018.
- MARON, Luana Carine *et al.* Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p.519-528, 19 nov. 2014.
- MARTINIANO, Claudia Santos *et al.* Relato de Experiência do Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI): Assistência ao Pré-Natal. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 1, n. 3, p.275-284, 2016.
- MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014.
- MELO, Mônica Cecília Pimentel de *et al.* Comprehensiveness and gender as theoretical basis for health care of pregnant adolescents. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p.731-735, 2013.
- MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1737-1746, jun. 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00206316, 2017.
- MORSE, Marcia Lait *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.623-638, abr. 2011.

MOYSÉS, Simone Tetu; SÁ, Ronice Franco de. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 3, n. 1, p.694-709, abr. 2018.

NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.279-288, 10 jan. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/pdf_1>. Acesso em: 08 jul. de 2018.

NOGUEIRA; Roberto Passos. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.

OLIVEIRA, Daniela do Carmo; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Suscetibilidades e Problemas de Saúde De Mulheres Grávidas: Cuidados Adotados Na Estratégia Saúde Da Família. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 5, p.1798-1809, maio 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23326>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C., *et al.* Atenção materna e infantil e marcadores socioculturais. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014, 465 p. (Caderno Humaniza SUS, v. 4), bloco 1, p. 48-58.

PINHEIRO, Denise Gonçalves Moura *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, jan-mar. 2015.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.310-315, jun. 2015.

RIBEIRO, Kelen Gomes; AGUIAR, Jaina Bezerra de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p.01-10, out. 2018.

ROCHA, Carolina Gabriele Gomes da *et al.* Determinantes sociais da saúde na consulta de enfermagem do pré-natal. **Revista de Enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 241571, 2019.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 49, n. 1, p.129-135, fev. 2015.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira *et al.* High-Risk Pregnancy: analysis of health determinants. **Sanare**, Sobral, v. 16, n. 01, p.23-28, 2017.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da

Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1041-1047, jan. 2011.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro *et al.* The family as a risk factor and protection during pregnancy and postpartum. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 38, n. 2, p.133-146, jul. 2017.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella *et al.* Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.92-99, mar. 2010.

SANTIAGO, Cintia Mikaelle Cunha de *et al.* Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.279-288, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SCHMITT, Patricia Menezes *et al.* A revelação de puérperas na assistência pré-natal em estratégias de saúde da família. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 1, p.129-137, jan. 2018.

SCHMITZ, Camilla Costa Cypriano; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; DURAND, Michelle Kuntz. A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 86, p. 1-13, 2018.

SILVA, Daniela Vitti Ribeiro da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GOMES-SPONHOLZ, Flávia Azevedo. Experiências em morbidade maternal grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p.618-624, jul. 2016.

SILVA FILHO, C. C. D.; DRAGO, L. C.; MAESTRI, E.; *et al.* **Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde.** In: PRADO, Marta Lenise do Prado; SCHMIDT, Kenya Reibnitz. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 141-156.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Intersectoriality, social and environmental determinants and health promotion. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4361-4370, 2014.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.805-816, out. 2014.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.44-56, mar. 2013.

SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p.199-210, abr. 2011.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p.3505-3517, 2018.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da Pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2011.

TINOCO, Tayane Fraga *et al.* A mortalidade materna e a prática educativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 247, p.2535-2541, jan. 2018.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

TRINDADE, Leticia de Lima *et al.* Grupos vulneráveis e seus fatores condicionantes na ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Jornada Científica**, Lorena, v. 1, n. 1, p.1-13, jan. 2015.

URBANETTO, Priscila Daniele Gonçalves *et al.* Orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal acerca da amamentação/ Guidelines on breastfeeding received by pregnant women during prenatal care. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 4, p.1-8, 30 dez. 2017.

VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli, organizadores. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 05, p.595-602, set. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: World Health Organization, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. **Health equity through action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**: to improve maternal health, barriers that limit access to quality maternal health services must be identified and addresses at all levels of the health system: fact sheet. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro World Health Organization, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carolina Gabriele Gomes da Rocha, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Professora Dra. Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann, convido a participar do projeto intitulado: “O Enfoque dos Determinantes Sociais na Consulta de Pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde” que constitui um dos requisitos para a conclusão do curso de mestrado. Este projeto de dissertação tem como objetivo compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Convidamos você a participar desta pesquisa que será realizada em Círculos de Cultura, que serão em número de quatro a serem desenvolvidos no Centro de Saúde onde você está vinculado profissionalmente, durante as reuniões mensais. Os Círculos serão gravados, filmados e fotografados. Você poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos. Serão abordados nos Círculos de Cultura, assuntos pertinentes a Determinantes Sociais e atenção pré-natal.

Os dados referentes ao estudo são confidenciais, suas informações serão utilizadas unicamente nesta pesquisa e sua identificação não será revelada, para tanto serão utilizados codinomes referentes aos principais conceitos de Paulo Freire. Reafirmamos que nos colocamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Todos os participantes da pesquisa podem ser considerados beneficiados, uma vez que os resultados obtidos propiciarão uma maior compreensão acerca dos Determinantes Sociais da Saúde. Por caracterizar-se como uma pesquisa participativa, profissionais de saúde estarão em constante diálogo com as pesquisadoras e poderão discutir qualquer dúvida relacionada à pesquisa ou outra temática de interesse.

O grau de risco a que os participantes da pesquisa serão expostos pode ser considerado mínimo, pois a participação dos profissionais de saúde nos Círculos de Cultura não oferece risco à sua integridade física, podendo gerar algum desconforto psicológico decorrente das reflexões. Caso haja sensações e reações emotivas, o sujeito receberá suporte das pesquisadoras envolvidas. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos participantes durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso, alimentação e higiene.

Caso haja algum desconforto garantimos estar a sua disposição para ouvi-lo e interromper o Círculo de Cultura. Você terá direito a retirar seu consentimento de participação nesta pesquisa, sem qualquer ônus bastando para tanto entrar em contato com as pesquisadoras, por meio dos seguintes contatos: Carolina Gabriele Gomes da Rocha. Endereço: Rua Arcanjo Cândido da Silva, nº 3616, 307A. Praia de Fora. Palhoça. CEP: 88138-300. Fone: (48) 984533734 E-mail: carolinagabriele.r@gmail.com e Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann. Endereço: Campus Universitário Trindade, CEP: 88040-900, Florianópolis/SC, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, sala 511. Fone: (48) 999999263. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com; e se necessário, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo seguinte contato: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este projeto atende a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias assinado e rubricado, ficando uma via em poder do participante.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, contudo, caso aconteçam despesas não previstas e comprovadamente vinculadas a sua participação, estaremos dispostos a realizar o ressarcimento das mesmas. Igualmente informamos do seu direito a indenização caso haja danos a sua pessoa e que sejam comprovadamente vinculados a sua participação neste estudo, conforme determina a lei. Ao assinar este documento, você aceitará participar do estudo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido de forma clara e detalhada sobre a presente pesquisa, concordo e aceito livremente participar da mesma.

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador Principal Responsável
Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Pesquisador Principal Assistencial
Mestranda Carolina Gabriele Gomes da Rocha

ANEXO

ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DE PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 03 de Maio de 2019.

OE 34/SMS/GAB/ESP/2019

Prezado,

Informamos que a Pesquisa intitulada "O ENFOQUE DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" do pesquisador responsável CAROLINA GABRIELE GOMES DA ROCHA, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária e está autorizada para execução nos centros de saúde CS Armação e CS Saco Grande.

A pesquisadora deve entrar em contato com as coordenações dos referidos locais para combinar a melhor forma de iniciar a coleta de dados, sempre **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para coleta de dados é de **06/05/2019 a 06/11/2019**, caso seja necessária a prorrogação do prazo de coleta, a pesquisadora deve entrar em contato com a **comissão de pesquisa.**

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço esfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
 Comissão de Acompanhamento dos
 Projetos de Pesquisa em Saúde
 Inscrição 26212-8 SMS/PMF




Evelise Ribeiro Gonçalves
 Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
 Escola de Saúde Pública de Florianópolis
 Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
CAROLINA GABRIELE GOMES DA ROCHA
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
 E-mail: esfloripa@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: O ENFOQUE DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Pesquisador: Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 10432719.8.0000.0121
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 3.253.685
Apresentação do Projeto:
Projeto de mestrado de Carolina Gabriele Gomes da Rocha, sob orientação da professora Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter participativo, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire, constituído de quatro momentos dialéticos: investigação temática; codificação; decodificação; e desvelamento crítico, com 40 participantes.
Crterios de inclusão: ambos os sexos, ser profissional da APS, vinculado à eSF ou NASF-AB, realizar assistência pré-natal, estar presente nos dias de investigação, participando das discussões, reflexões e atividades dos Círculos de Cultura dessa pesquisa.; b) Crterios de exclusão: profissionais que estiverem afastados por férias ou licença no período da investigação temática. Intervenções: Serão realizados quatro Círculos de Cultura para coleta de dados, conforme metodologia de Paulo Freire.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Compreender como os Determinantes Sociais da Saúde são trabalhados pela equipe multiprofissional durante o cuidado pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde.
Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Análise adequada dos riscos e benefícios.
Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS Telefone: (48)3721-6034 E-mail: cep.propesq@comite.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.253.885

Riscos: O grau de risco a que os participantes da pesquisa serão expostos pode ser considerado mínimo, pois a participação dos profissionais de saúde nos Círculos de Cultura não oferece risco à sua integridade física, podendo gerar algum desconforto psicológico decorrente das reflexões. Caso haja sensações e reações emotivas, o sujeito receberá suporte das pesquisadoras envolvidas. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos participantes durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso, alimentação e higiene. Caso haja algum desconforto garantimos estar à sua disposição para ouvi-lo e interromper o Círculo de Cultura.

Benefícios: Todos os participantes da pesquisa podem ser considerados beneficiados, uma vez que os resultados obtidos propiciarão uma maior compreensão acerca dos Determinantes Sociais da Saúde. Por caracterizar-se como uma pesquisa participativa, profissionais de saúde estarão em constante diálogo com as pesquisadoras e poderão discutir qualquer dúvida relacionada à pesquisa ou outra temática de interesse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC. Autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde/PMF assinada por Evelise Ribeiro Gonçalves, Membro da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde. Início da coleta de dados deverá ocorrer a partir de abril de 2019. Orçamento indicando que os custos serão responsabilidade das pesquisadoras. TCLE atende as exigências da resolução 466/12. Embora o TCLE também cite a resolução 510/16, está adequado à resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria 3, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401	CEP: 88.040-400
Bairro: Trindade	
UF: SC	Município: FLORESÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6284	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 02 de 03

Continuação do Parecer 3.250.865

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas de Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1299329.pdf	28/03/2019 11:20:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj.pdf	28/03/2019 11:19:36	Ivonele Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/03/2019 10:55:00	Ivonele Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	21/02/2019 11:47:36	Ivonele Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito
Folha de Rosto	foiharosto.pdf	21/02/2019 11:45:50	Ivonele Teresinha Schüller Buss Heidemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 09 de Abril de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefones: (48)3721-8304 E-mail: cnp.projeto@contato.ufsc.br

Página 05 de 05