



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E QUESTÃO**  
**SOCIAL**

**GLEICIANE VIANA GOMES**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NUMA MATERNIDADE**  
**PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2016**

GLEICIANE VIANA GOMES

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NUMA MATERNIDADE PÚBLICA  
DO NORDESTE BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria do Socorro  
Ferreira Osterne.

FORTALEZA – CEARÁ  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gomes, Gleiciane Viana.

Avaliação do Programa Rede Cegonha numa maternidade pública do nordeste brasileiro [recurso eletrônico] / Gleiciane Viana Gomes. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 148 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Serviço Social.

Orientação: Prof. Dr. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

1. Humanização do SUS. 2. Saúde da Mulher e da Criança. 3. Rede Cegonha. 4. Avaliação. 5. MEAC. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Centro de Estudos Sociais Aplicados  
Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social,  
Trabalho e Questão Social



Gleiciane Viana Gomes

**Avaliação do Programa Rede Cegonha numa Maternidade Pública do Nordeste Brasileiro**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 18 / 02 / 2016

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne  
(Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profª. Dra. Lucia Conde de Oliveira  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profª. Dra. Priscila de Souza Aquino  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi - Fortaleza/CE – CEP: 60714-903

Fone (85) 3101.9754

Site [www.mass.br](http://www.mass.br) - e-mail: [mass@uece.br](mailto:mass@uece.br)

Aos meus pais.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por todas as bênçãos a mim concedidas.

Aos meus pais, Aureliano e Maria, pela presença ativa na minha vida.

Ao Daniel, pelo apoio incondicional.

À Universidade Estadual do Ceará, local que tenho um apreço imenso.

Ao Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela oportunidade e por acreditar no meu projeto de pesquisa.

À minha orientadora, Socorro Osterne, pela abertura e disponibilidade na condução da minha orientação.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa pela disponibilidade e por suas valiosas contribuições, as professoras Lúcia Conde, Régia Christina e Priscila Aquino.

À Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pela oportunidade de mais uma vez pesquisar neste campo e à sua equipe por abrir as portas para a minha pesquisa.

À equipe de Serviço Social da MEAC, principalmente as assistentes sociais Ana Karla Zanella, Angélica Barbosa, Tereza Cristina Ferreira e Edilene Ribeiro, pela abertura ao campo e pelo tratamento atencioso a mim sempre disponibilizado.

Aos sujeitos pesquisados, pela abertura dada e pela oportunidade de coleta dos dados da pesquisa.

À Universidade Federal do Ceará, instituição a que se vincula a MEAC, local de pesquisa da dissertação.

À Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), em especial, à coordenadora de Assistência Estudantil, Elidhiara Trigueiro, que me acolheu de braços abertos e me apoiou neste momento de crescimento acadêmico e profissional.

À minha equipe de trabalho, Francisca Virgiliane, Márcia Regina, Priscila e Teresinha, pela ajuda, compreensão e sensibilidade durante o mestrado.

“Qual é o grande legado dessa política? É trazer para esta família, para esta mulher, em especial, que vem procurar nossos serviços, que vem parir, a dignidade no momento tão importante da vida que é o parto, o parto na perspectiva de um direito ampliado, o parto na perspectiva de ela ser sujeito das suas ações, de ela ser protagonista naquela cena.”

(Entrevistado nº 9)

## RESUMO

O presente estudo visou conhecer o processo de implantação do Programa Rede Cegonha na sua relação com a melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza-CE. Os demais objetivos foram: Averiguar a percepção do colegiado gestor sobre a implantação do Programa Rede Cegonha na MEAC; Analisar as possibilidades e os limites da implantação do Programa Rede Cegonha nessa maternidade; Verificar como as ações de atenção à saúde do Programa Rede Cegonha estão sendo garantidas às usuárias atendidas nessa maternidade; e conhecer a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção do Programa Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará. Para a consecução desses objetivos foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, de tipo documental, bibliográfica e de campo. A pesquisa em questão foi aprovada pelo Comitê de Ética da referida maternidade com o número de parecer 1.173.471, de 06 de agosto de 2015. A pesquisa de campo, realizada nos meses de agosto e setembro de 2015, utilizou as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista estruturada com doze sujeitos pesquisados, dentre profissionais, gestor e apoiador institucional de serviços da Rede Cegonha; e observação simples, por meio da participação em duas reuniões de colegiados gestores. Dos resultados obtidos, compreende-se que o Colegiado Gestor percebe a Rede Cegonha na MEAC como um programa que hoje está sendo bem trabalhado e assimilado por seus profissionais, mesmo que ainda existam algumas resistências. Percebe-se como pontos fortes da Rede Cegonha na MEAC: a dedicação dos profissionais, o Colegiado Gestor e a figura do apoiador institucional; por sua vez, as reformas na estrutura física e a falta de organização da rede são tidas como pontos fracos. Visualiza-se que as ações dos quatro componentes do Programa na maternidade estão garantidas parcialmente, as ações do componente Parto e Nascimento são consideradas as mais efetivas e as ações do Sistema Logístico as não efetivas. Evidencia-se que a articulação da Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará ainda é incipiente, com insuficiência de leitos obstétricos e neonatais e com falta de uma atuação mais efetiva da central de regulação de leitos. Por fim, avalia-se que a implantação da Rede Cegonha na MEAC está sendo bem trabalhada, a partir da fala dos sujeitos pesquisados e dos relatórios de gestão, que apresentam bons indicadores estratégicos. É tanto que a MEAC foi escolhida pelo Ministério da Saúde para ser replicadora das ações da Rede Cegonha na região nordeste.

**Palavras-Chave:** Humanização do SUS. Saúde da Mulher e da Criança. Rede Cegonha. Avaliação. MEAC.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the implementation process of Rede Cegonha Program in its connection with healthcare assistance of women and children at Assis Chateaubriand Maternity Hospital - MEAC, in Fortaleza, Brazil. The other goals were: to examine the perception of managers about the implementation of Rede Cegonha Program at MEAC; to analyze the possibilities and the limits of that implementation; to verify how the actions of this program are being assured to the users in that maternity hospital; and to know the MEAC articulation with the other Rede Cegonha Program goals in Fortaleza and Ceará. For reaching this purpose, it has been done a descriptive research with quantitative and qualitative approach, of types document, bibliographic and field. The research in question was approved by the said maternity Ethics Committee with the number of sound 1.173.471, of August 6, 2015. The field search, conducted in August and September 2015, used the following data collection techniques: structured interview with two research subjects, among professionals, managers and institutional supporter of Rede Cegonha Program services; and simple observation, through participation in two management meetings. From the results, it is understood that the Collegiate Manager see the Rede Cegonha Program MEAC as a program that is now being well worked and assimilated by its employees, even though there are still some resistance. It is seen as strengths of Rede Cegonha Program in MEAC: the dedication of the professionals, the Collegiate Manager and the figure of the institutional supporter; on the other hand, reforms in the physical structure and the lack of organization of the network are seen as weaknesses. View that the actions of the four components of the Program on maternity are guaranteed partly, the Childbed and Birth component stocks are considered the most effective and the actions of the logistics system ineffective. It is clear that the Rede Cegonha's articulation in Fortaleza and in Ceará is still incipient, with impaired obstetric and neonatal beds and lack of a more effective performance of central beds of regulation. Lastly, assesses that the Rede Cegonha Program deployment in MEAC is being crafted, from the speech of the subjects and of management reports, which have good strategic indicators. It's either that MEAC was chosen by the Ministry of Health to be the replicator Rede Cegonha Program in the Northeast.

**Keywords:** SUS Humanization. Women and Children Healthcare. Stork Network. Evaluation. MEAC.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura operacional das redes de atenção à saúde .....	43
Figura 2 – Atributos e funções da APS.....	44
Figura 3 – Pontos de atenção na Rede Cegonha.....	45
Figura 4 – Sistema de apoio nas Redes de Atenção à Saúde.....	46
Figura 5 – Componentes de um sistema logístico.....	48
Figura 6 – Mapa das Redes Cegonha no Ceará.....	77
Figura 7 – Mapa das regionais de Fortaleza.....	78
Figura 8 – Gestão colegiada na MEAC.....	93
Foto 1 – Corredor de acesso à emergência.....	101
Foto 2 – Publicização de reformas na MEAC a partir de outdoors em sua fachada.....	102
Foto 3 – Construção da nova emergência.....	102
Foto 4 – Reforma do banco de leite humano.....	103

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Redefinição da APS no sistema de saúde.....	35
Tabela 2 – Sexo dos sujeitos pesquisados.....	80
Tabela 3 – Faixa etária dos sujeitos pesquisados.....	80
Tabela 4 – Vínculo empregatício dos sujeitos pesquisados.....	80
Tabela 5 – Tempo de serviço na saúde dos sujeitos pesquisados.....	81
Tabela 6 – Tempo de serviço no local de atuação dos sujeitos pesquisados.....	81
Tabela 7 – Local de atuação dos sujeitos pesquisados.....	81
Tabela 8 – Categoria profissional dos sujeitos pesquisados.....	82
Tabela 9 – Número de colegiados gestores de participação dos sujeitos pesquisados.....	82
Tabela 10 – Tempo de participação nas reuniões do Colegiado Gestor em anos dos sujeitos pesquisados.....	83
Tabela 11 – Distribuição de leitos no 1º andar da MEAC.....	100
Tabela 12 – Distribuição de leitos no 2º andar da MEAC.....	100
Tabela 13 – Distribuição de camas na MEAC.....	101
Tabela 14 – Mapa de vinculação das gestantes dos Centros de Saúde da Família para as maternidades de Fortaleza.....	107
Tabela 15 – Fóruns regionais da Rede Cegonha no Estado do Ceará.....	116
Tabela 16 – Quantidade de leitos neonatais no Estado do Ceará – necessários, existentes e déficit.....	119
Tabela 17 – Leitos neonatais em Fortaleza.....	119
Tabela 18 – Municípios do Estado do Ceará x Realização de Parto.....	121

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ação Integrada de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
BLH	Banco de Leite Humano
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CESA	Centro de Estudos Sociais e Aplicados
CG	Colegiado Gestor
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSUNI	Conselho Universitário
CPAIMC	Centro de Pesquisa à Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAR	Gestante de Alto Risco
GPEPD	Grupo Parlamentar de Estudos de População e Desenvolvimento

GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
HGCC	Hospital Geral César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRN	Hospital Regional do Norte
HU	Hospital Universitário
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIB	Produto Interno Bruto
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato
PQM	Plano de Qualificação das maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e no Nordeste
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha

RCPC	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REMS	Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RMI	Razão de Mortalidade Infantil
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMEAC	Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESA/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIA SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINTUFCE	Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais do Estado do Ceará
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários - Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.</b>	<b>SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>25</b>
2.1	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: A BUSCA PELA DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	25
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A CONSAGRAÇÃO JURÍDICO-LEGAL DOS PRINCÍPIOS DA REFORMA SANITÁRIA.....	26
2.3	DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS: DA DÉCADA DE 1990 AOS ANOS 2000.....	29
2.4	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	33
<b>2.4.1</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde: o debate latinoamericano.....</b>	<b>38</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....</b>	<b>40</b>
<b>3.</b>	<b>SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....</b>	<b>52</b>
3.1	ANTECEDENTES DA INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER....	52
3.2	INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DO INÍCIO DO SÉCULO XX À DÉCADA DE 1970.....	57
3.3	INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DÉCADA DE 1980.....	61
3.4	INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DA DÉCADA DE 1990 AOS DIAS ATUAIS.....	66
3.5	INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: O PROGRAMA REDE CEGONHA.....	72
<b>4.</b>	<b>PROGRAMA REDE CEGONHA: UM ESTUDO NA MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND (MEAC).....</b>	<b>80</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	80
4.2	LÓCUS DA PESQUISA: A MEAC E O PROGRAMA REDE CEGONHA.....	83
4.3	COLEGIADO GESTOR NA MEAC E A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA.....	91
4.4	POSSIBILIDADES E LIMITES DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC.....	97
4.5	AÇÕES DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC.....	106
4.6	ARTICULAÇÃO DA MEAC COM OS OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA.....	113

4.7	RESULTADO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NA MEAC.....	122
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>137</b>
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DO COLEGIADO GESTOR DA MEAC .....	138
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR DA MEAC.....	140
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA: APOIADOR INSTITUCIONAL DE SERVIÇOS DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC.....	141
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	142
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>144</b>
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/MEAC.....	145
	ANEXO B – MAPA DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AS MATERNIDADES DE FORTALEZA.....	148

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa contém o estudo do processo de implantação do Programa Rede Cegonha e sua relação com a melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza-CE. O Programa é uma iniciativa do Governo Federal, instituído por meio da Portaria nº 1.459/2011, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde.

Desde os anos 2000, no Brasil, o debate sobre a humanização da saúde com foco na assistência à saúde da mulher ganhou ênfase com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria 569, de 1º de junho de 2000. Já em 2003 foi estabelecida a política nacional de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na pessoa enquanto sujeito ativo do processo saúde-doença. O termo Pessoa engloba tanto gestores e profissionais de saúde quanto usuários do SUS.

A Rede Cegonha é um programa que está vinculado ao pacto de redução da mortalidade materna e infantil, sob os princípios da Política Nacional de Humanização. Esse pacto demonstra a preocupação do Governo Federal em solucionar esse problema sanitário – o alto índice de mortalidade materna e infantil no país, principalmente na Amazônia Legal e na região Nordeste. Com isso, inúmeros programas federais foram instituídos, dentre eles o Programa de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e no Nordeste, criado em 2009, e o Programa Rede Cegonha, em 2011.

Outro debate que também ganhou notoriedade na saúde é a organização do SUS em redes de atenção à saúde. Esse debate veio ganhando centralidade em âmbito mundial e latino-americano, a partir da preocupação com os altos níveis de fragmentação dos sistemas de atenção à saúde.

No Brasil, em consonância com as prerrogativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2010, a Portaria 4.279, que estabelece a organização do SUS em redes de atenção à saúde. Para melhor estruturação, cinco redes temáticas de atenção à saúde foram criadas, a saber: 1) Rede Cegonha; 2) Rede de Urgência e Emergência: Saúde Toda Hora; 3) Redes de Atenção Psicossocial no Enfrentamento do Álcool, Crack e Outras Drogas; 4) Rede de Atenção às Doenças Crônicas; e 5) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver sem Limites.

Aliado aos princípios de humanização no SUS e organizado com base em uma rede de atenção à saúde, o Programa Rede Cegonha foi instituído visando à diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil<sup>1</sup>, com ênfase no seu componente neonatal, bem como na atenção mais humanizada no trato da saúde da mulher e da criança.

O Programa Rede Cegonha na MEAC, com adesão desde início de 2012, é uma proposta de melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança, sendo a segunda etapa do Programa de Qualificação das Maternidades, em que a política de humanização do SUS é transversal. Percebe-se com isso que este programa é uma proposta de continuidade da ação governamental de diferentes processos que vinham sendo implementados desde os anos 2000, como o PNHPN e o PQM. Esta continuidade de ações é importante, pois não se descontrói tudo para iniciar algo novo, partindo do zero, mas se mantém o que está dando certo, apenas melhorando-o.

É indiscutível a relevância acadêmica e social desta pesquisa na medida em que proporciona acúmulo e disseminação do tema, servindo como meio de consulta bibliográfica sobre o Programa Rede Cegonha na atual configuração da assistência à saúde materna e infantil, por meio de estudo na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Por sua vez, para o Serviço Social, este estudo é relevante, pois a categoria atua na implementação de políticas sociais, como é o caso do programa em questão. Portanto, os assistentes sociais, em especial os dessa área, devem se apropriar sobre o tema para melhor compreender o contexto da assistência à saúde da mulher no pré-natal, parto e nascimento no país.

Cabe salientar que essa maternidade é lócus de pesquisa de inúmeros estudos na área da saúde. Sobre o tema Humanização e Rede Cegonha, especificamente na área do serviço social, duas pesquisas foram visualizadas, a de Ribeiro et al (2013)<sup>2</sup> e a de Batista (2014)<sup>3</sup>.

A pesquisa de Ribeiro et al (2013) trouxe uma abordagem inicial sobre a implantação do Plano de Qualificação das Maternidades na MEAC, a partir da incorporação de algumas diretrizes da PNH na instituição: visita aberta, direito ao acompanhante, acolhimento com classificação de risco e cogestão. Todas essas diretrizes foram percebidas na MEAC pelos sujeitos pesquisados, com exceção da última, a cogestão.

---

<sup>1</sup> Muitas das mortes materna e infantil no Brasil são por causas conhecidas e evitáveis, geralmente relacionadas à falta de acesso a serviços de assistência à saúde materno-infantil de qualidade (BRASIL, 2011d).

<sup>2</sup> Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado no período de 2010/2011 da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), área de concentração: assistência e saúde da mulher e da criança, profissão serviço social.

<sup>3</sup> TCC apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 2014, como término de graduação em Serviço Social.

Por sua vez, Batista (2014) realizou um estudo sobre o período de implementação da Rede Cegonha na MEAC. Neste estudo, a referida autora abordou que os profissionais entrevistados na instituição não tinham conhecimento sobre o programa – a partir das categorias formadas: desconhecimento sobre a Rede Cegonha, sobre a humanização do parto e sobre os indicadores estratégicos do programa. Os profissionais entrevistados perceberam a implementação desse programa na instituição apenas na visualização de reformas na infraestrutura. A importância do colegiado gestor já foi percebida, mas pouco detalhada. Por fim, colocaram que houve pouca ou nenhuma melhora com a Rede Cegonha.

Passados um ano e meio da realização do último estudo sobre a Rede Cegonha na MEAC, na área do serviço social, buscou-se realizar um estudo sobre a percepção atual dos profissionais desta instituição sobre o processo de implantação do programa, bem como trazer novas questões, como a importância do colegiado gestor, o papel da gestão, a figura do apoiador institucional, a descrição dos indicadores estratégicos, as mudanças político-administrativas e gerenciais com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a contratação de novos profissionais pela Ebserh para suprir a carência de pessoal, o processo de adequação da ambiência hoje, a articulação da Rede em Fortaleza e no Ceará, dentre outras.

Diante dessa situação problemática, interessou investigar: Quais os resultados da implantação do Programa Rede Cegonha na melhoria da assistência à saúde materna e infantil na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand? As demais perguntas são: Qual a percepção dos profissionais do Colegiado Gestor sobre a implantação do Programa Rede Cegonha? Quais as possibilidades e os limites da implantação do Programa Rede Cegonha? Como as ações de atenção do Programa Rede Cegonha estão sendo garantidas às usuárias atendidas? Como se dá a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção do Programa Rede Cegonha, em Fortaleza e no Ceará?

## CAMINHO METODOLÓGICO

A pesquisa em questão tem como objetivo geral conhecer o processo de implantação do Programa Rede Cegonha na sua relação com a melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza-CE. Os objetivos específicos são: averiguar a percepção do Colegiado Gestor sobre a implantação do Programa Rede Cegonha na MEAC; analisar as possibilidades e os limites da implantação do Programa Rede Cegonha nessa maternidade; identificar como as ações de atenção à saúde do

Programa Rede Cegonha estão sendo garantidas às usuárias atendidas nessa maternidade; e conhecer a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção do Programa Rede Cegonha, em Fortaleza e no Ceará.

Com base nos objetivos apresentados, cinco hipóteses foram elaboradas para esta pesquisa. **Primeira hipótese:** A Rede Cegonha da MEAC constitui uma proposta de continuidade do cuidado à saúde materno-infantil. Traz como diferencial o investimento de recursos financeiros para a garantia de plena estrutura física (adequação da ambiência), e a busca pela construção de princípios humanos (humanização do parto e nascimento e empoderamento da mulher no momento do parto).

**Segunda hipótese:** Os profissionais que compõem o Colegiado Gestor, mesmo sendo eles os mais atuantes e os mais próximos das ações do Programa Rede Cegonha da MEAC, têm dificuldade de entender o que seja esse Programa.

**Terceira hipótese:** Uma das possibilidades de implantação do Programa Rede Cegonha nessa instituição é a consideração de que a MEAC é uma maternidade com credibilidade no Estado, tida como referência na assistência ao parto e nascimento, e que já adotava algumas prerrogativas antes da instituição desse Programa, tais como: Método Canguru, Banco de Leite Humano e Centro de Parto Normal. Como limitações para a implantação desse Programa consideram-se a demora no serviço público, no repasse de verbas federais e na realização de reformas, que se estendem por períodos acima dos previstos; a incipiente gestão coparticipativa entre gestores e profissionais da instituição; e a dificuldade da atuação de boa parte dos profissionais em romper com a perspectiva médica hegemônica de viés curativo e medicalizado da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

**Quarta hipótese:** As ações do Programa Rede Cegonha na MEAC estão sendo garantidas parcialmente à população usuária, como: a garantia de acompanhante de livre escolha da gestante de qualquer sexo no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Na MEAC, no pós-parto, o acompanhante se reduz ao sexo feminino, pois as enfermarias ainda não estão ambientadas para acolher acompanhantes do sexo masculino e, ao mesmo tempo, garantir a privacidade das grávidas e puérperas.

**Quinta hipótese:** A articulação da Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará é precária: incipiente integração, como a iniciativa de vinculação da gestante ao local onde será realizado o parto, a partir da divisão dos centros de saúde da família entre as maternidades de referência de Fortaleza. Além do mais, registra insuficiente quantidade de leitos obstétricos e neonatais, e ineficiente regulação desses leitos. Em contrapartida, a MEAC tem credibilidade perante a sociedade, ao ponto de atender uma demanda maior que a sua capacidade de oferta.

Ser bem vista por boa parte da população que a procura na hora do parto determina momentos de superlotação, com macas nos corredores e filas e mais filas para atendimento.

As categorias centrais deste estudo foram: Política de Saúde; Rede e Saúde da Mulher. Da discussão dessas categorias, abaixo serão colocadas as referências teóricas seguidas.

Os principais teóricos referenciados na categoria **Política de Saúde** foram Paim (2009), Bravo e Matos (2007), Bravo (2006), Bertolozzi e Greco (1996), e Mendes (1995). Por sua vez, utilizaram-se como principais normativas legais do SUS: a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990, e a Política Nacional de Humanização (2003).

Para a categoria **Rede**, os principais teóricos referenciados foram Brasil (2014), que publicou o livro institucional “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS”, Giovani (2013) e Mendes (2011). Como normativas legais, o documento da Organização Mundial de Saúde junto à Organização Panamericana de Saúde de 2011, e a Portaria 4.279 do Ministério da Saúde de 2010.

Por fim, dentre os principais teóricos da categoria **Saúde da Mulher** estavam Cassiano et al (2014), Coelho et al (2009), Monteiro (2005), e Osis (1998). As normativas federais na saúde da mulher utilizadas foram: Programa de Saúde Materno-Infantil (1975), Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984), Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004) e Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo (2010).

Teve-se a intenção de analisar o processo de implantação do Programa Rede Cegonha na melhoria da assistência à saúde materna e infantil na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, que vem implementando esse programa no município de Fortaleza-CE. As indagações suscitadas conduziram à realização de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, de tipo documental, bibliográfica e de campo.

É significativo recorrer-se ao empirismo e a quantificação para melhor conhecer a realidade. Mas esse procedimento deve vir associado à análise qualitativa, pois ela possibilita um aprofundamento real do conhecimento e uma acumulação do saber, requisitos fundamentais da ciência (MARTINELLI, 1999, p. 38).

A pesquisa documental foi composta pela análise das normativas legais (leis, decretos, portarias), e pelos documentos de gestão da MEAC (como os relatórios anuais de gestão<sup>4</sup>). Buscou-se apreender os índices quantitativos relacionados ao Programa Rede

---

<sup>4</sup> Conforme Relatórios Institucionais Anuais da MEAC disponibilizados no site: [www.meac.ufc.br](http://www.meac.ufc.br).

Cegonha na MEAC, como referentes aos partos normais e cesáreos realizados pela maternidade, referentes à mortalidade materna e infantil.

A pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.” (GIL, 2008, p.65). Dentre os principais autores foram utilizados Bravo, Paim, Mendes, além de dispositivos legais que constituem o SUS, como o HumanizaSUS/2003, o PNAISM/2004, a Portaria 4.279/2010, e o Programa Rede Cegonha/2011. Enquanto a pesquisa documental “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.” (GIL, 2008, p.66).

Por sua vez, para Minayo (2007, p. 61), a pesquisa de campo:

(...) permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre o qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os ‘atores’ que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a entrevista estruturada com profissionais, gestores e apoiador do Programa Rede Cegonha nessa instituição, com a utilização de aparelho de gravação de áudio; e a observação simples, com suporte no diário de campo, por meio da participação de reuniões do colegiado gestor. Para Richardson (1999), a observação simples é a base de toda investigação no campo social, utilizando-se do diário de campo para a sua documentação.

A entrevista estruturada desenvolve-se a partir de perguntas precisas, pré-formuladas e com uma ordem preestabelecida, consoante Richardson (1999). Por sua vez, Gil (2008) define que a entrevista é:

(...) a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008, p.117).

O lócus da pesquisa foi Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em Fortaleza-CE, no bairro Rodolfo Teófilo. Instituição pública integrante da UFC, vinculada ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde (SUS), considerada maternidade de referência terciária da Capital e do Estado, aderiu ao Programa Rede Cegonha em fevereiro de 2012. Em 2013 foi habilitada a ser um dos seis Centro de Apoio em Boas Práticas em Atenção Obstétrica e Neonatal da Rede Cegonha na região Nordeste.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da MEAC participantes de Colegiados Gestores (CG), a saber: CG do Ambulatório; CG do Centro Obstétrico; CG do Centro Cirúrgico; CG da Emergência; CG da Internação; e CG da Neonatologia. Também foram sujeitos: os gestores da MEAC, e o apoiador institucional dos serviços da Rede Cegonha do Ministério da Saúde que acompanha o Programa Rede Cegonha na MEAC.

A amostra constou de profissionais de saúde de nível superior participantes do colegiado gestor, no mínimo há um ano, com pelo menos um profissional de cada categoria multiprofissional (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, conforme Resolução 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde – CNS); de gestores da MEAC, pelo menos um; e do apoiador institucional dos serviços da Rede Cegonha na MEAC. Ao final, a amostra foi de 12 entrevistados.

Foram excluídos desta pesquisa os demais servidores técnicos de nível médio e de apoio (setor de zeladoria, de segurança e portaria e de recepção), bem como os profissionais de nível superior que não se enquadraram nesta amostra, ou que estavam de licença ou de férias no período da coleta dos dados da pesquisa de campo.

A coleta desses dados se deu nos meses de agosto e setembro de 2015. Os 12 entrevistados foram escolhidos de forma a contemplar o maior número de categorias profissionais. Primeiramente, apresentava-se o projeto de pesquisa às equipes de cada categoria profissional e aos responsáveis de cada colegiado gestor; num segundo momento, os profissionais que se disponibilizavam em participar da pesquisa era marcado um horário dentro do seu expediente de trabalho para a entrevista. Para a exposição da fala desses entrevistados, utilizou-se a categorização numérica de um a doze, com a finalidade de preservar o anonimato.

A análise e a interpretação dos dados coletados por meio da pesquisa documental e de campo foram feitas com a técnica de análise de conteúdo. Para Minayo (2007), essa técnica apresenta três etapas: pré-análise – organização do material; exploração do material – codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação – categorização.

Martinelli (1999, p.60) explica que essa técnica representa “o movimento de composição e decomposição do objeto construído teoricamente, não se limitando ao aparentemente dado e expresso”. Os dados quantitativos coletados são expostos em tabelas. Por sua vez, os dados qualitativos coletados são expostos em categorias.

Esta pesquisa se desenvolveu com base nos pressupostos éticos outorgados através da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde,

que versa sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da MEAC e aprovada com o Parecer nº 1.173.471, de 06 de agosto de 2015.

A participação na pesquisa foi consolidada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso em duas vias. Nele estavam expressas as condições para a participação do sujeito pesquisado. Foi assegurada aos sujeitos da pesquisa a condição de confidencialidade, por meio do sigilo dos, visto que seus nomes não foram utilizados em qualquer fase da pesquisa.

## DISPOSIÇÃO DOS CAPÍTULOS

Esta dissertação é composta por três capítulos, a saber: Capítulo 1 – Saúde no Brasil; Capítulo 2 – Saúde da Mulher no Brasil; e Capítulo 3 - Programa Rede Cegonha: um estudo na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), e as Considerações Finais.

O primeiro Capítulo – **Saúde no Brasil** – compreende a Política de Saúde no Brasil na atualidade, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios básicos universalidade, equidade, integralidade e participação social. Buscou-se contextualizar as políticas de saúde a partir da reforma sanitária no país, trazendo elementos passados que influem nos problemas vigentes sofridos pelo SUS na busca por soluções por meio da humanização da atenção à saúde e da organização em redes de atenção à saúde.

Por sua vez, o segundo Capítulo – **Saúde da Mulher no Brasil** – inicia-se expondo que ao longo dos tempos vai mudando a concepção de mulher, o que influi diretamente na assistência à sua saúde. Inicialmente, a mulher foi desprovida de autonomia e de direitos sobre sua vida e seu corpo, necessitando de um homem para ser seu responsável, o qual, por vezes, poderiam ser seu pai, seu esposo ou até mesmo um médico. Naquele período, a assistência à saúde da mulher foi atrelada à sua função biológica de gestar e parir, sendo perceptível o processo crescente de institucionalização e medicalização do parto. A ruptura dessa concepção apenas aconteceu na década de 1980, quando se visualizou a concepção integrada de saúde da mulher.

Dando continuidade, nos anos 2000, vinculou-se a política de humanização à assistência à saúde materno-infantil, enfatizando-se as ações adotadas pelo Governo Federal nessa área específica. Ao final desse capítulo descreve-se o Programa Rede Cegonha, que deu base para a pesquisa em questão.

No terceiro capítulo - **Programa Rede Cegonha: um estudo na Maternidade-**

**Escola Assis Chateaubriand (MEAC)** – analisam-se os dados obtidos na pesquisa de campo, onde foram utilizadas as técnicas de entrevista estruturada e observação simples, a partir do relato de doze entrevistados entre profissionais, gestor e apoiador institucional de serviços da Rede Cegonha, das seguintes categorias profissionais: enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, serviço social, terapia ocupacional; e da observação simples de duas reuniões do colegiado gestor da MEAC. Tópicos enfatizados neste capítulo foram: caracterização dos sujeitos, MEAC como lócus da pesquisa, importância do colegiado gestor, possibilidades e limites da implantação da Rede Cegonha nessa maternidade, ações da Rede Cegonha garantidas à população usuária, articulação da rede e resultado da implantação da Rede Cegonha na MEAC, por parte dos sujeitos pesquisados.

Os resultados mostram que o colegiado gestor percebe a Rede Cegonha na MEAC como um programa que hoje está mais assimilado por seus profissionais, embora ainda existam algumas resistências, e que é um hospital onde o Programa está acontecendo de fato. A dedicação dos profissionais, o colegiado gestor e a figura do apoiador institucional são os pontos fortes da Rede Cegonha na MEAC. Por sua vez, as reformas na estrutura física e a falta de organização da rede são tidas como pontos fracos. As ações dos quatro componentes do Programa na maternidade estão garantidas parcialmente, consideradas as mais efetivas do componente Parto e Nascimento, e as não efetivas do Sistema Logístico. A articulação da Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará ainda é incipiente, frágil e desorganizada, percebendo-se insuficiência de leitos obstétricos e neonatais e falta de atuação da central de regulação de leitos, o que ocasiona superlotação nas maternidades. Por fim, a implantação da Rede Cegonha na MEAC está sendo bem trabalhada, ou seja, já visualizaram-se resultados positivos desse Programa na instituição pesquisada.

Conclui-se a dissertação com as **Considerações Finais**, nas quais analisou-se o processo de implantação da Rede Cegonha na MEAC, a partir da articulação entre as cinco hipóteses elaboradas e os dados obtidos na pesquisa de campo.

## 2 SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: A BUSCA PELA DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

Nos anos de 1970, gestou-se o movimento da reforma sanitária, também conhecido como Movimento Sanitário ou Movimento pela Democratização da Saúde, com base na conjuntura em que vivia o país, marcada pela crise econômica e pelo processo de redemocratização política.

Tal movimento reagiu, no final dos anos de 1970, à realidade da crise do sistema de proteção social que se apresentou com o “fim do milagre econômico, a pressão das dívidas externa e pública, as exigências do Fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associados aos altos custos da assistência médica previdenciária.” (COHN, 1995, p. 232). No entanto, foi apenas na década de 1980, mais precisamente em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que esse movimento teve avanços significativos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em março de 1986, foi considerada um marco histórico na política de saúde e possuiu como eixos centrais: I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III – Financiamento setorial.

Em síntese, o processo de construção de uma nova política de saúde, tendo como protagonista o movimento sanitário, foi entendido como:

(...) um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1995, p. 42).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs “a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 392).

Mendes (1995) caracterizou a reforma sanitária com base em três aspectos fundamentais. O primeiro apreendeu o conceito abrangente de saúde; o segundo instituiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, colocando este como responsável por sua

garantia, pretendendo fazer a transição da cidadania regulada para a cidadania plena. O terceiro definiu seus princípios essenciais: universalidade, integralidade das ações, descentralização com mando único em cada instância federativa e participação popular.

Contudo, não foi ainda com o sistema de saúde posterior à 8ª Conferência que o SUS foi implementado. Ao invés dele foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, através do Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987. O SUDS foi formado por dois momentos: um de 1987 a 1988, e o outro de 1988 a 1990 (MENDES, 1995).

Mendes (1995, p.44) relatou que no primeiro momento tentou-se “realizar os princípios da reforma sanitária brasileira e preparar a transição do SUDS e, no segundo, (...) [tentou-se] minar as ações políticas de fundo perpetradas no primeiro momento”. Paim (2009) compreende que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, foi estratégia-ponte para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o processo constitucional colocou-se a existência de dois blocos antagônicos na sociedade: o que defendia a democratização/universalização da saúde, e o outro que defendia a sua privatização.

O primeiro bloco integrou segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); entidades comunitárias, profissionais e sindicais (PAIM, 2009). O segundo bloco foi composto por grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado), e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) (BRAVO, 2006).

A seguir será detalhado o processo de elaboração do tópico Saúde na Constituição Federal de 1988, por meio do SUS.

## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A CONSAGRAÇÃO JURÍDICO-LEGAL DOS PRINCÍPIOS DA REFORMA SANITÁRIA

Atualmente, a política de saúde no Brasil é constituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988. Nele, os princípios básicos da Reforma Sanitária são materializados, a saber: universalidade, equidade, integralidade e participação social.

A Constituição Federal de 1988 foi a mais progressista ao dedicar cinco artigos à saúde (Art. 196-200), além de determinar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Instituiu a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada (BRAVO; MATOS, 2007).

O texto constitucional do SUS refletiu o momento político e social vigente no país, o qual inflamou a democracia e a cidadania. Para tanto, o modelo de saúde regulamentado visou ao compromisso com as necessidades de saúde da população brasileira.

Consoante Brasil (2010b, p.9), a saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Inaugurando o conceito ampliado de saúde, esta passa a ser vista como resultante de um contexto sanitário, social, político, cultural e econômico, e não apenas no seu aspecto biológico.

Com base no conceito ampliado de saúde, que não a vê apenas como ausência de doença, constituiu-se a política de saúde do Brasil, por meio do SUS. Paim e Teixeira (2006, p.74) entendem como política de saúde:

A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem com as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). (...) Portanto, *política de saúde* envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública.

Para a operacionalização do SUS foram criados dispositivos legais que o normatizam. Dentre os principais para esta pesquisa citam-se: as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/1990 e 8.142/1990; a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS/2003; e a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que organiza o SUS com base nas redes de atenção à saúde. Para a área da saúde da mulher ganham notoriedade a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/2004, e o Programa Rede Cegonha/2011.

A Constituição Federal de 1988 regulamentou os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, este necessitou de uma lei específica para a sua efetivação, o que veio apenas no início dos anos de 1990, com a promulgação das seguintes leis: Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, de 19 de julho de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A segunda lei foi imprescindível, devido ao fato de a primeira ter sofrido vários vetos do então presidente em exercício, Fernando Collor de Mello (1990-1992), principalmente no que se refere aos recursos financeiros e à participação social (PAIM, 2009).

Dos nove vetos de Collor cita-se:

(...) o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 393).

Alguns vetos da Lei 8.080/90 foram parcialmente recuperados na Lei 8.142/90, como a questão da participação social. No entanto, a carreira dos profissionais de saúde não foi regulamentada e convive até hoje com diferenciados vínculos empregatícios (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Mendes (1995) expressa que a Lei 8.080/1990 manteve e aprofundou as ambiguidades e as conquistas contidas na Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à saúde, e paralelamente serviu como apoio jurídico-legal para a luta política da reforma sanitária.

O art. 2º da Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 expressa que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, com vistas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. Por sua vez, o art. 4º aborda o SUS como constituído por órgãos e instituições públicas, permitindo à iniciativa privada sua participação em caráter complementar.

A Lei Orgânica da Saúde 8.142/ 90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo as seguintes instâncias colegiadas: Conferência e Conselho de Saúde; e sobre o seu financiamento.

O Art. 1º da Lei 8142/90 dispõe que a **Conferência de Saúde** ocorre a cada quatro anos, com o objetivo de avaliação atual da política de saúde no país, bem como de formulação de suas novas diretrizes. O **Conselho de Saúde** é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com participação paritária em relação aos usuários. É um órgão de caráter permanente e deliberativo, atuando no controle social da política de saúde.

Já em seu Art. 4º fala que as três esferas do governo – União, Estados e Municípios – devem contar com a regulamentação dos seus conselhos de saúde, pois para o repasse dos recursos destinados à saúde eles são um dos pré-requisitos legais, bem como o fundo de saúde, o plano de saúde, o relatório de gestão, e a contrapartida de recursos para a

saúde no respectivo orçamento, além da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Os **fundos de saúde** são instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde existentes nas três esferas do poder. São responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros oriundos da União, dos Estados e dos Municípios destinados às ações e aos serviços de saúde (PAIM, 2009). Segundo o mesmo autor, os **planos de saúde** municipais, estaduais e nacional são documentos compostos por capítulos, diretrizes, metas, estratégias e mecanismos de monitoramento e avaliação, caracterizando seu caráter técnico de planejamento.

O **relatório de gestão** “representa um meio de comprovação, para o Ministério da Saúde, da aplicação de recursos transferidos dos estados e municípios e se refere ao resultado da programação estabelecida anteriormente.” (PAIM, 2009, p. 63-64). Os conselhos estaduais e municipais de saúde têm papel decisivo nesse item, pois são eles que aprovam ou não os relatórios de gestão apresentados pelos secretários de saúde estadual e municipal.

O **plano de carreira, cargos e salários**: “(...) é um conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos para o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados.” (PAIM, 2009, p. 64).

O financiamento do SUS provém dos seguintes tributos: impostos e contribuições. Consoante Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que revogou os dispositivos das Leis 8080/1990 e 8689/1993, os gastos da União devem ser iguais aos do ano anterior, acrescidos de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual; por sua vez, os estados devem garantir, no mínimo, 12% de sua arrecadação com impostos para o financiamento à saúde, e os municípios devem aplicar pelo menos 15% dessa arrecadação municipal.

### 2.3 DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS: DA DÉCADA DE 1990 AOS ANOS 2000

Os princípios da reforma sanitária, materializados no SUS, foram postos em xeque quando se adentrou a década de 1990, e os princípios neoliberais passaram a ser implementados pelo então presidente Fernando Collor de Mello.

A grave crise econômica experimentada pelo país no final da década de 1980 e na primeira metade dos anos 1990, bem como a execução de políticas de ajuste macroeconômicos pelos governos desde então, representaram um ambiente bastante

adverso para a implantação do SUS, um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública (PAIM, 2009, p. 65).

Na década de 1990, observou-se um movimento em sentido contrário à ampliação de direitos sociais e à garantia de serviços no âmbito das políticas sociais que o Governo Federal designou de reforma estatal. Conforme Behring e Boschetti (2008), representou de fato uma contrarreforma. As autoras em tela utilizaram esse termo para designar o processo de redirecionamento das políticas sociais com vistas à adequação econômica em contexto de crise do capital nas décadas de 1990 ao início do século XXI no Brasil.

Essa contrarreforma do Estado tratou-se de um processo de retração dos gastos públicos das políticas sociais, justificados e postos em prática por meio dos ajustes neoliberais. Tais ajustes estavam orquestrados com as exigências dos organismos internacionais, como o Banco Mundial, e o Fundo Monetário Internacional (FMI), presentes no Consenso de Washington (IAMAMOTO, 2008). Tais orientações tinham como princípios a privatização, a descentralização e a focalização das políticas sociais. Esses princípios de imediato atingiram as conquistas legais estabelecidas pelo movimento amplo da sociedade brasileira envolvida na elaboração e na aprovação da Constituição de 1988. Dessa forma, percebeu-se o movimento imprimindo um retrocesso frente às conquistas sociais recém-criadas no país.

Com isso, a década de 1990 conviveu na saúde com o confronto de duas ideologias opostas: o projeto de democratização da saúde, expressa por meio do Projeto de reforma sanitária, fruto da luta pela garantia do direito à saúde, materializada no SUS; e a retórica neoliberal, expressa por meio do projeto de saúde privatista ou articulado ao mercado, materializada na reforma do Estado na saúde. Bertolozzi e Greco (1996) explanam que infelizmente o projeto privatista vinha ganhando esse embate.

Portanto, a década de 1990, para a saúde, significou a não consolidação do SUS por medidas anticidadãs adotadas pelo governo na busca pelos princípios e pelas diretrizes da reforma estatal nessa área.

Bravo (2006) explicita que a reforma ou contrarreforma do Estado na saúde teve como proposta dividir o SUS em dois subsistemas: o hospitalar e o básico, por meio de programas focais.

Bravo e Matos (2001) expõem que a Reforma do Estado na saúde apresentou três ações: a descentralização mais rápida e decisiva; a integralização, a hierarquização e a regionalização do SUS com base em dois subsistemas: o básico – a porta de entrada, por meio

de unidades básicas de saúde e o de referencial ambulatorial e especializado; e a informatização das ações, dos serviços e dos indicadores do SUS, por meio do DATASUS.

Bertolozzi e Greco (1996) advogam que não há um sistema único de saúde, e sim a coexistência entre dois sistemas: o privado e o público, sob o princípio da universalização excludente. Com o sucateamento e a baixa qualidade da assistência no setor público, o sistema privado recebe boa parte da população que pode pagar para ter acesso aos serviços de saúde.

Outra característica vigente no sistema de saúde brasileiro é sua segmentação e duplicidade de acesso aos locais públicos de assistência à saúde. “Muitos hospitais criaram duas portas de entrada, uma para os clientes de planos e seguros de saúde e outra somente para os usuários do SUS.” (PAIM, 2009, p. 86).

Diante desse quadro crítico de sucateamento do setor público na saúde, PAIM (2009) identifica quatro concepções diferentes do SUS: o SUS para pobres, o SUS real, o SUS formal, e o SUS democrático.

O **SUS para pobres** é adotado por meio de uma medicina simplificada e focada na atenção básica para a população mais pobre e sem condição de comprar os serviços no mercado. O **SUS real**, mesmo reconhecendo a saúde como direito de cidadania, o discurso acaba por “entrar na onda” neoliberal e favorece a contrarreforma do Estado na saúde. O **SUS formal**, materializado nas leis e nas normas, distante da realidade vigente. O **SUS democrático**, pautado nos princípios básicos da reforma sanitária.

Como expresso, inúmeros são os problemas que atingem o SUS, e mais precisamente os seus usuários, delineando um verdadeiro modelo de “desatenção à saúde” (PAIM, 2009). Entre os problemas vivenciados destacam-se longas filas de espera para atendimento de consulta ou de exame; desatenção e descortesia de alguns profissionais de saúde e de profissionais que trabalham nos locais de saúde, como seguranças e recepcionistas; corredores e leitos de hospitais superlotados; peregrinação de pacientes entre diferentes unidades de saúde; discriminação de atendimento aos usuários dos SUS; e fragilização emocional e psicológica dos usuários devido às constantes desatenções (PAIM, 2009).

Diante desse quadro alarmante de total falta de respeito ao outro que procura por uma assistência à saúde quando está debilitado fisicamente e, por vezes, psicologicamente, surge a necessidade de estratégias para o fortalecimento do SUS enquanto política resolutive, humana e com qualidade.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – o HumanizaSUS – veio para mudar esse quadro expresso acima (RIBEIRO et al,

2013). Essa Política vem sendo implementada desde 2003, tendo o Ministério da Saúde à frente:

(...) contando com um núcleo técnico, sediado em Brasília, e um quadro de consultores espalhados pelo Brasil, que apoiam as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e das inovações no modelo de atenção e gestão do SUS nos estados, municípios e instituições de saúde (PAIM, 2009, p. 90).

No ano 2000, foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. A humanização da assistência à saúde foi discutida no palco maior da participação social do SUS, que é sua Conferência Nacional.

O debate sobre a humanização na atenção à saúde data do início do século XX, na assistência ao parto (BATISTA, 2014). No entanto, a intensificação desse debate, no Brasil, apenas se deu no final da década de 1990, culminando na criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, em 1999, regulamentado em 2001, por meio da Portaria 881, de 19 de junho de 2001.

Cabe destacar que a política de humanização não está associada a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico ou voluntário que vê a assistência como um favor, mas entende o cidadão como um sujeito de direito, representado por gestores, profissionais e usuários do SUS. Isso implica atitudes justas e solidárias (BATISTA, 2014).

A política de humanização do SUS busca a valorização subjetiva e social de cada sujeito (gestor, trabalhador e usuário da política de saúde), no intuito de promover autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre esses sujeitos (BRASIL, 2003).

O HumanizaSUS busca novas estratégias de implementar o SUS, com base na ampliação do diálogo entre profissionais, usuários e gestores de saúde, com vistas a uma gestão participativa; na coparticipação dos gestores, visando à diminuição da verticalização do sistema; no financiamento para a melhoria da ambiência física dos locais de saúde; na promoção da capacitação permanente em saúde; na melhoria das condições de atendimento; no fortalecimento de trabalho em equipe multidisciplinar; no fortalecimento do controle social na saúde; no respeito às questões de gênero, geração, etnia, orientação sexual e populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos e assentados) (BRASIL, 2004a).

Conforme Paim (2009), a política de humanização busca corrigir os principais desafios presentes no SUS quanto à atenção ao sujeito, adotando ações com base em objetivos determinados: 1) **Acolhimento baseado em critérios de classificação de risco**, visando à redução das filas e do tempo de espera; 2) **Garantia de informação a todos os usuários do**

**SUS** sobre questões ligadas ao cuidado de sua saúde (quem são os profissionais e quais são os serviços de saúde de referência territorial); 3) **Garantia de informação geral sobre a saúde** de todos os usuários do SUS, através das unidades de saúde (direito a acompanhante de livre escolha, direito ao código dos usuários do SUS); 4) **Garantia de educação permanente e de gestão participativa**, incluindo gestores, trabalhadores e usuários.

Para que o SUS consiga atingir os seus objetivos quanto à política de humanização são necessárias outras mudanças, como as estruturais de organização das ações e dos serviços de saúde. A seguir explicita-se como estava organizado o SUS e qual é a sua nova proposta por meio das redes de atenção à saúde, centradas na atenção primária à saúde para a integração do sistema.

#### 2.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O debate mundial sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ganhou notoriedade na década de 1990. No entanto, sua origem se deu no ano de 1920, com o Relatório Dawson, publicado no Reino Unido. Esse relatório nasceu do intenso debate realizado naquele país, após o fim da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a partir da necessidade de revisão e de redefinição do sistema de proteção social então vigente (BRASIL, 2012a). Silva (2011) expõe que esse relatório objetivou a adequação dos serviços de saúde conforme as necessidades da população, bem como a integração entre as ações preventivas e curativas.

Nos anos de 1970, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, na atual República do Cazaquistão, foi retomada a discussão sobre a integralização dos níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o nível fundamental do sistema. O produto final dessa reunião foi a elaboração da Declaração de Alma-Ata, que definiu como meta: Saúde para Todos, no ano 2000 (MENDES, 2011).

[A Atenção Primária à Saúde] constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978, apud MENDES, 2011, p. 88).

Com a definição de APS, visualizou-se a busca pela reestruturação dos sistemas fragmentados de saúde, seguindo a lógica de redes de atenção. No entanto, essa definição foi deturpada, pois os países que a aplicaram seguiram a lógica de uma atenção primária seletiva

para pessoas pobres de regiões e países pobres, por meio de serviços básicos de saúde (MENDES, 2011).

No Brasil não foi diferente, desenvolvendo-se uma:

(...) proposta da atenção primária seletiva, concebida na sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária (MENDES, 1995, p. 26-27).

Esse quadro foi posto em xeque nos primeiros anos da década de 1990, quando se evidenciou a proposta das redes de atenção à saúde como solução para a crise atual dos sistemas de saúde em nível mundial. As experiências recentes das RAS surgiram nos Estados Unidos, depois na Europa Ocidental, no Canadá, até chegar a alguns países em desenvolvimento, como o Brasil (GIOVANI, 2013).

A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos; sistemas integrados de saúde, no Canadá; sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido; organizações sanitárias integradas, na Espanha (OPAS, 2011, p. 15).

Portanto, o debate sobre as redes de atenção à saúde nos anos de 1990 ganhou efervescência, e nos anos 2000 foi reafirmado e continuado. Em 2008, em comemoração aos trinta anos da Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde elaborou o Relatório Mundial de Saúde, reiterando as concepções da Declaração de 1978, ao dar ênfase à atenção primária à saúde, com o título “APS: Agora mais do que nunca.” (OPAS, 2011).

O relatório propôs um novo enfoque sistêmico contido num modelo de sistema de atenção à saúde baseado na APS. Esse novo modelo permite resolver o conflito potencial entre a APS, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua aceção como enfoque geral da prestação de serviços responsivos e equitativos. Assim, um sistema de atenção à saúde baseado na APS: estará fundado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial; centrar-se-á nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema (MENDES, 2011, p. 90-91).

Com base na reafirmação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, a OPAS (2011) elaborou um quadro ilustrativo sobre a redefinição da APS no sistema de saúde, exposto a seguir:

**Tabela 1 – Redefinição da APS no sistema de saúde**

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
· Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres;	· Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde;
· Concentração em mães e crianças;	· Atenção à saúde para toda a comunidade;
· Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa;	· Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos de doenças;
· Melhoria do saneamento e da educação em Saúde no nível local;	· Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde;
· Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais;	· Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos;
· Participação com mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais;	· Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de accountability;
· Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada;	· Sistemas pluralísticos de atenção à saúde;
· Gestão da escassez;	· Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal;
· Ajuda e cooperação técnica bilateral;	· Solidariedade global e aprendizagem conjunta;
· APS como antítese do hospital;	· APS como coordenadora de uma resposta bem ampla em todos os níveis de atenção;
· APS é barata e requer modestos investimentos.	· APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido do que as outras alternativas.

Fonte: OPAS (2011, p. 30).

Toda essa tentativa de readequação dos sistemas de saúde girou em torno da crise contemporânea dos sistemas de saúde, que não conseguiram responder efetivamente às demandas de saúde da população.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde teve como causa fundamental a incoerência entre os sistemas de saúde e as situações de saúde da população (OPAS, 2011). Os dois elementos – sistema de saúde e situação de saúde – devem andar intimamente articulados e de forma harmônica, pois se assim não ocorrer instala-se a crise. É o que está acontecendo na atualidade em âmbito global.

Para se entender essa crise é necessário compreender primeiro o que são esses dois elementos. Os **sistemas de atenção à saúde**, em linhas gerais, são:

(...) o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a produção de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (OMS, 2000, apud MENDES, 2011, p. 45).

Por sua vez, as **situações de saúde** são necessidades, demandas e preferências por saúde da população, expressas principalmente pelas situações demográficas e epidemiológicas. No tempo atual percebe-se a transição dessas situações de saúde, sem, no entanto, haver a devida transição dos sistemas de saúde. Outro fator que também influi nessa transição é o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico (MENDES, 2011).

Numa análise histórica dos sistemas de saúde visualizou-se que esses sistemas, em âmbito global, até a primeira metade do século XX, voltaram-se para responder às demandas das doenças infecciosas; para a segunda metade do século, os sistemas de saúde voltaram-se para responder às condições agudas de saúde. Por fim, no início do século XXI, mesmo com o aprofundamento das condições crônicas, os sistemas de saúde continuam a atender prioritariamente às condições agudas (HAM,2007, apud MENDES, 2011).

Nisso reside a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a verdadeira ‘epidemia’ contemporânea das condições crônicas (OPAS, 2001, p. 12).

Portanto, as condições de saúde que tradicionalmente foram divididas em doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis ganham nova categorização pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à transição das situações de saúde no século XXI, a saber: condições agudas e condições crônicas (MENDES, 2011).

Em linhas gerais, as **condições agudas**<sup>5</sup> são repentinas, de curta duração, de causa simples, de fácil diagnóstico e de tratamento específico, como medicação e cirurgia. Por sua vez, as **condições crônicas**<sup>6</sup> podem ser de longa duração, algumas vezes até de uma forma definitiva e permanente. “Apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas.” (MENDES, 2011, p. 26).

---

<sup>5</sup> Conforme Mendes (2011, p. 25), “as condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. (...) O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor”.

<sup>6</sup> Segundo o mesmo autor, as condições crônicas vão “(...) muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional do idoso); os distúrbios mentais de longo prazo; as eficiências físicas e estruturais contínuas (amputação, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais.” (idem, p. 26).

Portanto, urge a necessidade de mudanças desses sistemas de saúde elaborados no século XX para responder às novas demandas do século XXI, numa transição da prevalência de condições agudas para a predominância atual de condições crônicas.

Mendes (2011) expõe que os sistemas de saúde se organizam tanto com base na atenção às condições agudas e às condições crônicas quanto na atuação em sistemas fragmentados ou integrados. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde respondem principalmente às condições e aos eventos agudos e às agudizações das condições crônicas. Modelo hegemônico vigente, seus pontos de atenção são isolados e incomunicáveis, não ocorrendo a continuidade dos serviços de saúde. Os sistemas integrados, opção vigente, seguindo a lógica das redes de atenção à saúde, respondem equilibradamente às condições agudas e crônicas, a partir de um centro de comunicação, por meio da atenção primária à saúde, que consegue articular todos os pontos de atenção, proporcionando uma assistência à saúde contínua e integral.

A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados (OPAS, 2011, p. 13).

“Pode-se dizer que existe hoje uma percepção generalizada que sistemas fragmentados de saúde fracassaram internacionalmente.” (OPAS, 2011, p. 14). Sua superação se dá, então, com a implementação das redes de atenção à saúde.

A OMS elabora um documento que propõe um plano estratégico para o enfrentamento das condições crônicas, disposto em três níveis de ação de: curto, médio e longo prazos. Em curto prazo, deve-se criar uma consciência geral sobre os problemas das condições crônicas; em médio prazo, devem-se definir políticas nacionais de saúde para responder às condições crônicas; e em longo prazo, devem-se empoderar os sujeitos (profissionais e usuários dos sistemas de saúde) para manejar as condições crônicas (MENDES, 2011).

### 2.4.1 Redes de atenção à saúde: o debate latino-americano

Em consonância com a crise dos sistemas de atenção à saúde, em âmbito global, está a situação dos sistemas de saúde latino-americanos, vistos como altamente fragmentados (OPAS; MS, 2010). A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) destacou como principais características dessa fragmentação:

(...) a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção à pessoas; o modelo de atenção centrado nas enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; [a] insuficiência e [a] má distribuição dos recursos disponíveis e [as] culturas organizacionais contrárias à integração (SILVA, 2011, p. 2754).

Completando essas características: a dificuldade de acesso; a baixa qualidade de assistência à saúde; o uso ineficiente dos recursos humanos, materiais e financeiros; a baixa satisfação da população atendida; o insuficiente financiamento.

Uma das principais causas da segmentação e da fragmentação dos sistemas de saúde latino-americanos foi a concepção seletiva do acesso, dada a partir da focalização seletiva da atenção primária à saúde em contraposição ao acesso universal do sistema (SILVA, 2011).

O debate que então se precedeu no continente latino-americano é a superação desse sistema, tendo a OPAS como carro-chefe. Como estratégia, seguindo as diretrizes mundiais, a OPAS elaborou o documento intitulado “*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*”, em 2008.

Experiências exitosas, como no Brasil, no Canadá, no Chile, na Costa Rica e em Cuba deram base para a construção das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) na América Latina (OPAS; MS, 2010). Por sua vez, Mendes (2011) expressou que as redes de atenção à saúde no continente latino-americano eram incipientes e tinham no Chile a experiência mais consolidada.

O documento da OPAS definiu as RISS como iniciativa de contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, a partir de um enfoque na atenção primária, proporcionando a prestação de serviços mais acessíveis, equitativos, eficientes e de qualidade, capazes de satisfazer as expectativas da população atendida (OPAS; MS, 2010).

Com base em quatro âmbitos de abordagem, a saber: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos, a OPAS definiu catorze atributos das redes de atenção à saúde.

Conforme o âmbito – **modelo assistencial** – os atributos foram dispostos em: população e território, oferta de serviços, primeiro nível de atenção, atenção especializada, coordenação assistencial e foco no cuidado:

- 1) **População e território** bem definidos e com amplo conhecimento de suas necessidades de saúde;
- 2) **Oferta de serviços**, a partir de uma rede integrada de serviços de saúde em todos os níveis do sistema;
- 3) **Primeiro nível de atenção** atuando como porta de entrada;
- 4) **Atenção especializada** nos lugares apropriados, com preferência em ambientes não hospitalares;
- 5) **Coordenação assistencial** continuada ao longo do cuidado em saúde;
- 6) **Foco no cuidado**, atenção à saúde voltada à pessoa, à família e à comunidade/ território, levando em conta as particularidades culturais e sociais da população;

O âmbito – **governança e estratégia** – tem como atributos: governança, participação e intersetorialidade:

- 7) Sistema de **governança** único para toda a rede;
- 8) **Participação** social e ampla;
- 9) **Intersetorialidade** dos serviços de saúde.

Já o âmbito – **organização e gestão** – dispõe dos seguintes atributos: gestão de apoio, recursos humanos, sistema de informação e desempenho e resultados:

- 10) **Gestão** integrada dos sistemas **de apoio** clínico, administrativo e logístico;
- 11) **Recursos humanos** suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede;
- 12) **Sistema de informação** integrado;
- 13) **Desempenho e resultados** – definido a partir da gestão baseada em resultados.

Por fim, o âmbito – **alocação de recursos financeiros e incentivos** – tem como atributo: financiamento:

- 14) **Financiamento** adequado e incentivos financeiros em consonância com as metas da rede.

O documento da OPAS também apontou que para alcançar o objetivo maior, que é a integralidade dos sistemas de saúde, há inúmeros modelos possíveis de organização das RISS a serem adotados, a depender da necessidade específica de cada governo latino-americano.

Conhecendo a incipiência das redes na América Latina, o décimo item do Plano Estratégico da OPAS propôs, no período de 2008 a 2012, um cronograma de execução dividido em duas fases: na primeira fase (2009-2010), coube aos países-membros a identificação dos principais problemas da fragmentação dos seus sistemas de saúde e a elaboração de planos nacionais de saúde na lógica das RISS; na segunda fase (a partir de 2010), coube a execução e a avaliação contínua dos planos elaborados.

O Brasil, por sua vez, seguiu à risca o proposto pela OPAS, e por meio de debate sobre as redes de atenção à saúde sancionou a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e passou a adotar as RAS como forma de organização no âmbito do SUS, conforme exposto a seguir.

#### **2.4.2 Redes de Atenção à Saúde no Brasil**

O Brasil passa por profunda crise do seu sistema de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, como já descrito anteriormente. O SUS tem inúmeros problemas a serem solucionados, e um deles é a incoerência entre ele e a situação de saúde da população.

Como já compreendido, os sistemas de atenção à saúde devem ser coerentes com a situação de saúde da população atendida. No Brasil, essa incoerência se dá a partir da transição demográfica e epidemiológica acelerada sem a devida transição do SUS.

A transição demográfica se apresenta a partir da diminuição das taxas de natalidade, do aumento da expectativa de vida e do gradual envelhecimento da população, incidindo, por conseguinte, na mudança do perfil epidemiológico da população, demandando novos serviços de saúde (OPAS; MS, 2010).

A transição demográfica e epidemiológica brasileira está acarretando o aumento de doenças crônicas coexistentes com os problemas associados à pobreza e à exclusão social, como as doenças contagiosas e a desnutrição, e com novos desafios, como o HIV/Aids, a violência, os acidentes e os problemas mentais (OPAS; MS, 2010).

Do ponto de vista demográfico, o percentual de pessoas de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens. (...) [Isso significa] um crescente incremento relativo das condições crônicas porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A PNAD

[Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio] 2008 demonstrou que (...) 79,91% dos brasileiros de 65 anos ou mais relataram ser portadores de alguma doença crônica (OPAS, 2011, p. 39-40).

Em relação à situação epidemiológica brasileira, visualiza-se a seguinte composição da carga de doenças: doenças crônicas com 66,3% do total de doenças registradas; doenças infecciosas parasitárias e desnutrição com 14,7%; causas externas com 10,2%; e doenças maternas e perinatais com 8,8% (OPAS, 2011).

Silva (2011, p. 2759) expressa que a situação epidemiológica da população brasileira é caracterizada “por uma tripla carga de doenças – crônicas, infecciosas e da violência”.

[A tripla carga de doença] envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas (PORTARIA 4.279 - BRASIL, 2010a).

Com isso percebe-se a necessidade de transição também do sistema de saúde, pois:

Essa situação de saúde não poderá ser respondida adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui (MENDES, 2011, p. 18).

Visando à superação desse modelo fragmentado e pouco eficiente do SUS, o Ministério da Saúde, seguindo os pressupostos para a constituição das redes integradas de atenção à saúde da OPAS, instituiu, no âmbito do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

A instituição das redes de atenção à saúde no Brasil, implícita ou explicitamente, já estava disposta no texto constitucional, na Lei Orgânica da Saúde 8.080/ 1990, na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, e no Pacto pela Saúde em 2006, ganhando ênfase e notoriedade em 2010 com a Portaria 4.279, que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS (BRASIL, 2010a).

Experiências de atuação em redes pelo SUS já vinham sendo adotadas, como em Baturité-CE, em 2000; em Vitória-ES, em 2001; em Curitiba-PR, em 2002; e no Estado de Minas Gerais, de 2003 a 2010 (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde foram definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) como uma proposta de solução do alto nível de fragmentação dos sistemas de saúde em âmbito global e latino-americano, respectivamente, com o intuito de organizar esses sistemas a partir do enfoque na atenção primária à saúde. Esse nível de atenção como centro ordenador e coordenador da rede que presta ações e serviços de saúde mais equitativos e integrais a uma população definida tem como base quatro atributos: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos (OMS; OPAS, 2010).

Seguindo as orientações da OMS e da OPAS, Brasil (2010a) conceitua as redes de atenção à saúde como:

(...) estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (PORTARIA 4.279, BRASIL, 2010a).

Mendes (2011) define as redes de atenção à saúde por meio de seus conceitos básicos, a saber:

(...) apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011, p. 82).

Conforme a Portaria 4.279/2010, para a organização das redes de atenção à saúde que assegurem resolutividade, efetividade e eficiência com qualidade, são necessários cinco fundamentos: 1) economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos; 2) integração vertical e horizontal; 3) processos de substituição; 4) regiões de saúde ou abrangência; 5) níveis de atenção (BRASIL, 2010a).

São três os elementos constitutivos que operacionalizam as redes de atenção à saúde (RAS): população/ região de saúde, estrutura operacional, e modelo de atenção à saúde.

A OPAS (2011) expressa que **população/região de saúde** é a razão de ser de uma rede de atenção à saúde. É uma população bem definida sob a responsabilidade de uma RAS que ocupa uma região de saúde determinada (BRASIL, 2010a). Para tal definição são necessárias as seguintes etapas:

- Territorialização, cadastramento das famílias;
  - Classificação das famílias por riscos socio sanitários;
  - Vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa Saúde da Família;
  - Identificação de subpopulações com fatores de riscos;
  - Identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos;
  - Identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.
- (OPAS, 2011, p. 17).

O segundo elemento constitutivo de uma RAS é a **estrutura operacional**, que se fundamenta nos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS) – centro de comunicação; Pontos de Atenção Secundária e Terciária; Sistemas de Apoio – sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde; Sistemas Logísticos – sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registo eletrônico em saúde e sistemas de transporte sanitários; e Sistema de Governança – desenho institucional, sistema gerencial e sistema de financiamento, consoante a Portaria 4.279 do Ministério da Saúde. (Brasil, 2010a).

O elemento constitutivo da RAS são os diferentes pontos de atenção à saúde, denominados nós das redes, que se intercomunicam através de ligações materiais e imateriais, conforme a Figura 1.

**Figura 1 – Estrutura operacional das redes de atenção à saúde**

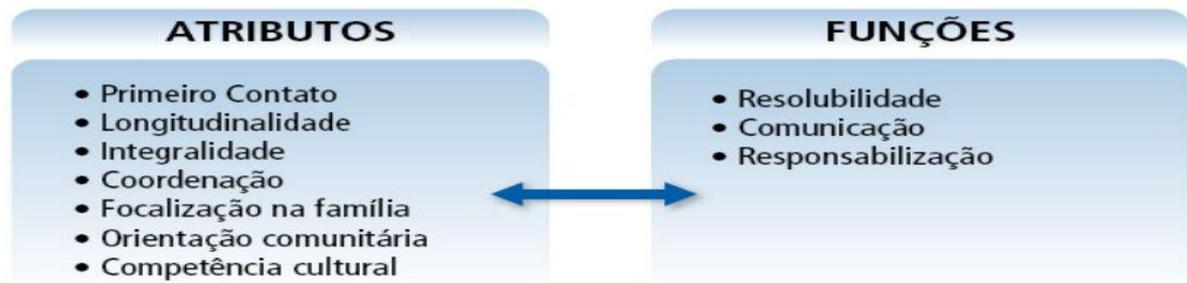


Fonte: Mendes (2011).

A **Atenção Primária à Saúde**, na estrutura operacional, é o centro de comunicação das RAS e, como tal, tem a função primordial de coordenar o sistema

cumprindo o seu papel-chave por meio do cuidado; como ponto de ligação entre os demais níveis de atenção à saúde (secundários e terciários); e garantindo a integralidade e continuidade do cuidado. Conforme Brasil (2012a), a APS deve cumprir os seguintes atributos e funções:

**Figura 2 – Atributos e Funções da APS**



Fonte: Mendes (2011).

Os sete atributos da APS são essenciais para atingir o objetivo das redes e para o funcionamento do sistema de modo integrado e articulado, com ênfase nesse nível de atenção que tem o papel primordial de cuidar da saúde dos usuários por meio da abordagem familiar, numa visão do atendimento à saúde centrado na família. Resumidamente, **resolubilidade** significa que a APS deve ter a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2011). Já a função de **comunicação** “visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde”, Portaria 4.279 – Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). Por fim, a função de **responsabilização** “implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.” (MENDES, 2011, p. 98).

Os **Pontos de Atenção Secundária e Terciária** se distribuem, conforme o processo de territorialização, nas microrregiões sanitárias, em geral nas unidades ambulatoriais; e nas macrorregiões sanitárias, em geral as unidades hospitalares, respectivamente (MENDES, 2011).

Conforme a Portaria 4.179/ 2010, “os pontos de atenção à saúde<sup>7</sup> são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção

<sup>7</sup> São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a

singular.” (BRASIL, 2010a). Não significa necessariamente que são estabelecimentos de saúde, e podem conter diferentes redes temáticas de atenção à saúde.

Os hospitais e as unidades ambulatoriais, nas redes de atenção à saúde, cumprem uma função distinta nos sistemas fragmentados de saúde. Os sistemas fragmentados atuam de forma isolada, sem comunicação com os demais componentes da atenção primária à saúde. Predomina o hospitalocentrismo, que se centra no modelo curativo e individual do processo saúde-doença.

Estes pontos de atenção secundários e terciários de uma rede devem agir conforme o planejamento das necessidades de saúde da população, em comunicação com os outros níveis de gestão e na focalização no cuidado multiprofissional e por meio da coordenação da APS, que regula seu acesso, numa relação entre profissionais generalistas e especialistas (MENDES, 2011).

Para Giovani (2013), estes pontos de atenção compreendem principalmente o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, seguindo uma série de ações de atenção à saúde, conforme Portaria 1.459/2011.

A Figura 3 mostra os pontos de atenção (primários, secundários e terciários) da Rede Cegonha.

**Figura 3 – Pontos de Atenção na Rede Cegonha**



Fonte: Brasil/ Ministério da Saúde.

---

unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital, entre outros. (Portaria 4.279, Ministério da Saúde, BRASIL, 2010a).

A Unidade Básica de Saúde é um exemplo de ponto de atenção primária à saúde. Por sua vez, a Casa da Gestante Bebê e Puérpera, o Centro de Parto Normal e a Maternidade são exemplos de pontos de atenção secundários vinculados a uma maternidade de alto risco, exemplo de ponto de atenção terciário (GIOVANI, 2013).

Os **Sistemas de Apoio** “são lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção.” (MENDES, 2011, p.115). Divididos em sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010a), conforme disposto na Figura a seguir:

**Figura 4 – Sistema de Apoio nas Redes de Atenção à Saúde**

Sistemas de apoios diagnóstico e terapêutico	Sistema de assistência farmacêutica	Sistemas de informação em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico por imagem</li> <li>• Medicina nuclear</li> <li>• Eletrofisiologia</li> <li>• Endoscopias</li> <li>• Hemodinâmica</li> <li>• Patologia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição)</li> <li>• Ações assistenciais</li> <li>• Farmácia clínica</li> <li>• Farmacovigilância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade (SIM)</li> <li>• Nascidos vivos (SINASC)</li> <li>• Agravos de notificação compulsória (SINAN)</li> <li>• Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS)</li> <li>• Informações hospitalares do SUS (SIH SUS)</li> <li>• Atenção básica (SIAB)</li> </ul>

Fonte: (Brasil, 2012a).

O **sistema de apoio diagnóstico e terapêutico** em uma rede deve ser integrado a um componente transversal de todas as redes. No sistema fragmentado do SUS é ineficiente, com baixa qualidade, de difícil acesso. Por vezes é redundante e gera retrabalho e demora na apresentação dos resultados. O sistema deve se reorganizar para atender os seus princípios dentro de uma RAS, a saber: centralização em uma unidade gerencial de processamento, descentralização horizontal da coleta de exames para todas as unidades de atenção à saúde e uma ligação dessas duas pontas (MENDES, 2011).

O **sistema de assistência farmacêutica** objetiva promover o uso racional de medicamentos e o pleno acesso a esses medicamentos pela população usuária do SUS (GIOVANI, 2013). Como o primeiro citado, tem empecilhos que dificultam sua atuação na rede, a saber: o excesso de gastos com medicamentos, que só são superados pelas despesas do

SUS com a atenção hospitalar; a desigualdade de acesso aos medicamentos a partir da condição de renda; e seu manejo inadequado (MENDES, 2011).

Consoante o autor em tela, são dois os componentes desse sistema: a logística dos medicamentos, estruturada em ciclos logísticos – seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos; e a farmácia clínica, que envolve formulário terapêutico, dispensação, adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e fármaco-vigilância. “Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se ainda pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da assistência farmacológica” (MENDES, 2011, p. 124). O autor afirma, quanto ao componente farmácia clínica, que infelizmente vige no SUS a sua colocação em segundo plano. A valorização desse componente faz-se necessária ao se entender o medicamento não como um bem de consumo que pode ser adquirido no mercado, mas como um insumo básico de saúde.

Por fim, o **sistema de informação** em saúde é peça-chave para o diagnóstico da situação de saúde da população. As autoridades governamentais poderão fazer uso desse sistema para intervenção estatal conforme as necessidades visualizadas na população. Esse sistema teve origem no Brasil na década de 1960, e se consolidou na década seguinte (MENDES, 2011).

O sistema de informação em saúde tem no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sua base de dados, mantido pelo Ministério da Saúde e alimentado pelos demais entes federados (Estados, Municípios e Distrito Federal). Citam-se seis sistemas de base nacional no SUS: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (GIOVANI, 2013).

O quarto componente da estrutura operacional de uma rede são os **Sistemas Logísticos** que “organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas RAS por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação.” (MENDES, 2011, p. 137). Abaixo são apresentados os componentes desse sistema.

**Figura 5 – Componentes de um sistema logístico**



Fonte: (BRASIL, 2012a).

O sistema logístico está ligado a efetivação da referência e contrarreferência de pessoas, de trocas de produtos e de informações entre os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

O sistema faz uso dos seguintes elementos: sistema de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico, e sistema de transportes sanitários, conforme a Portaria 4.279 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). O primeiro elemento é regido pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), comum em todas as redes temáticas, por conseguinte de base nacional de dados de saúde do usuário, das ações e dos serviços de saúde, e do acompanhamento dos atendimentos no SUS (GIOVANI, 2013).

Segundo Giovani (2013), o Sistema Cartão é formado por três bases: o Cartão Nacional de Saúde, o Cadastro Nacional de Usuários do SUS e o Portal de Saúde do Cidadão.

As centrais de regulação ou o sistema de acesso regulado compõe a Política de Regulação da Atenção à Saúde e tem os seguintes objetivos:

(...) organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (MENDES, 2011, p. 146-147).

O registro eletrônico tem como expoente o prontuário clínico, que pode ser de papel ou eletrônico. Por sua vez, ao se utilizar o prontuário eletrônico ao invés de papel, permite-se a informatização do conjunto de eventos relacionados à saúde do usuário atendido no SUS, do seu nascimento à sua morte (MENDES, 2011).

Por fim, os sistemas de transporte em saúde, usados também transversalmente em todos os pontos de atenção de uma rede, têm sua logística no transporte tanto de pessoas usuárias do SUS (transporte sanitário) como de equipes e de profissionais de saúde. Também age no transporte de material biológico – transporte de amostras de exames de patologia clínica e no transporte de resíduos de serviços de saúde (GIOVANI, 2013).

O sistema de transporte sanitário pode ser dividido em módulos: módulo do transporte de urgência e emergência, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e o módulo do transporte eletivo, rotineiro ou eventual, por meio de microônibus, em geral, e, em casos específicos, é disponibilizado vale-transporte (MENDES, 2011).

O quinto e último elemento da estrutura operacional é o **Sistema de Governança**, que também é subdividido em componentes, a saber: desenho institucional – arranjo organizacional por meio de autoridade, responsabilidade, informação e incentivo; sistema gerencial – processo de territorialização, planejamento estratégico, sistema de contratualização, sistema de monitoramento e avaliação e sistema de acreditação; e sistema de financiamento.

Brasil (2010a) define governança nas redes de atenção à saúde como a “capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede.” Portaria 4.279 – Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). Nela, o colegiado gestor regional é um importante ator no processo, composto pelas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT).

Esse elemento da estrutura operacional tem como objetivos:

(...) criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos para cumprir com a missão e com a visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLARI et al., 2005, apud MENDES, 2011, p. 156).

O **Modelo de Atenção** fecha o último elemento constitutivo de uma rede de atenção à saúde. Brasil (2010a) define modelo de atenção como um sistema lógico de organização das redes de atenção à saúde que articula a relação entre população, foco das intervenções do sistema de atenção à saúde e diferentes tipos de intervenções sanitárias, por meio de quatro dimensões: a visão prevaiente de saúde, a situação demográfica, a situação epidemiológica e os determinantes sociais da saúde. No contexto vigente, urge um modelo que intervenha concomitantemente sobre as condições agudas e crônicas.

Na contemporaneidade vigem dois modelos de atenção à saúde: o modelo de atenção às condições agudas e o modelo de atenção às condições crônicas.

Modelos de atenção às condições agudas, em geral:

(...) operam a partir de algum tipo de triagem que determina, com base em sinais de alerta e segundo os riscos, o tempo-alvo para se prestar o atendimento no ponto de atenção à saúde com as condições tecnológicas para, de forma oportuna, efetiva, eficiente e de qualidade, responder à necessidade das pessoas em situações de urgência ou emergência (OPAS, 2011, p. 21).

Por sua vez, modelos de atenção às condições crônicas são:

(...) modelos mais complexos que operam sobre todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, envolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde, e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos (OPAS, 2011, p. 20).

Até aqui demonstrou-se o modelo de organização do SUS em redes de atenção à saúde proposto pelo Ministério da Saúde. Buscou-se definir os principais elementos constitutivos das RAS para se chegar à compreensão da estruturação e do funcionamento desse sistema complexo e desafiador.

Novos rumos das redes de atenção à saúde foram tomados pelo Ministério da Saúde, que tematizou em redes cinco compromissos sanitários do país.

O Ministério da Saúde, a partir de 2011, centrou seus esforços na discussão para regulamentação das redes temáticas, pactuando cinco compromissos sanitários prioritários, a saber: 1) **Rede Cegonha (RC)**, pactuada em 5 de maio de 2011, regulamentada pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011; 2) **Rede de Urgência e Emergência (RUE)**, pactuada em 16 de junho de 2011, regulamentada pela Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011; 3) **Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas**, pactuada em 24 de novembro de 2011, regulamentada pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011; 4) **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)**, pactuada em 16 de fevereiro de 2012, regulamentada pela Portaria 793, de 24 de abril de 2012; e 5) **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC)**, pactuada em 22 de novembro de 2012, regulamentada pela Portaria 252, de 19 de fevereiro de 2013, alterada pela Portaria 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014a, p. 11).

Os componentes específicos de cada Rede Temática estão expressos a seguir:

1) Rede Cegonha: conforme o artigo 7º da Portaria 1.459/2011, os componentes são: I) Pré-Natal; II) Parto e Nascimento; III) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e IV) Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação;

2) Rede de Urgência e Emergência: conforme o artigo 4º da Portaria 1600/2011, essa rede se estrutura com base em oito componentes, a saber: Promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências; Sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e atenção domiciliar;

3) Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o enfrentamento de álcool, crack e outras drogas: o artigo 5º da Portaria 3088/2011 dispõe sobre os componentes dessa rede de atenção, conforme expostos a seguir: I) Atenção básica de saúde, tendo como pontos de atenção a Unidade Básica de Saúde (UBS), a equipe de consultório de rua e os centros de convivência; II) Atenção psicossocial especializada – nos CAPs; III) Atenção de urgência e emergência (CAPs) – no SAMU 192, nas salas de estabilização, nas UPAS 24 horas, nas portas de hospitais de atenção à urgência, nos prontos-socorros e nas UBS; IV) Atenção residencial de caráter transitório – nas unidades de recolhimento e nos serviços de atenção em regime residencial; V) Atenção hospitalar – na enfermaria especializada em hospital geral e no serviço hospitalar de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou tratamento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e VI) estratégias de desinstitucionalização – nos serviços residenciais terapêuticos; e VII) - reabilitação psicossocial;

4) Rede de cuidado à pessoa com deficiência: para essa rede temática o artigo 11 da Portaria 793/2012 trata como seus componentes: I) atenção básica, tendo como pontos de atenção o NASF e a atenção odontológica; II) atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, nos estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e no serviço de oficina ortopédica; e III) atenção hospitalar e de urgência e emergência;

5) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: os componentes dessa rede temática estão dispostos no artigo 11 da Portaria 483/2014, a saber: I) Atenção básica; II) Atenção especializada (ambulatorial especializada, hospitalar e urgência e emergência); III) Sistemas de apoio; IV) Sistemas logísticos; V) Regulação; e VI) Governança.

### 3 SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

#### 3.1 ANTECEDENTES DA INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER

Por muito tempo a saúde da mulher foi centrada no período gravídico-puerperal, numa visão de que gestação e parto andavam entrelaçados a tabus, preconceitos e mistérios que envolviam o corpo feminino ao longo dos tempos (SOUZA, 2013).

Barreto (2013) expõe que muitos eram os significados atribuídos a essas duas palavras: gestação e parto. No entanto, por vezes eram considerados uma experiência exclusivamente feminina vivenciada na esfera privada.

Fazendo uma cronologia sobre esses temas, Souza (2013) relata que na Antiguidade, em algumas culturas, a mulher e a gravidez eram bastante valorizadas. No período romano a gravidez era considerada de alto risco para o binômio mãe-filho. Na Idade Média (do século V ao XIII), o que prevalecia nas discussões era a teoria seminista, na qual cabia ao homem o papel principal de fecundar a mulher, considerada apenas uma caixa vazia. Nesse período, a obrigação da mulher-mãe era gerar filhos. A gravidez e o parto, por sua vez, eram a condenação pelo pecado da Eva (personagem bíblico).

A partir do século XIII, as cesarianas começaram a ser praticadas, mas apenas em mulheres mortas. Do século XIV ao XVI, continuavam as mesmas visões do papel passivo da mulher frente à sua gravidez. No século XVI, iniciaram-se as inúmeras publicações de obras sobre obstetrícia. A medicalização da gestação iniciou-se no século XVIII e ganhou notoriedade no século XIX. Foi este século também que a cultura católica denominou de “Século da Mãe”, passando a valorizar o papel materno (SOUZA, 2013).

(...) a medicina propunha a proteção da mulher, isentando-a de trabalhos pesados. Vigiava todas as suas atividades, limitando seus passatempos, controlando a gravidez e a mulher (...). A gravidez tornava-se tabu. A mulher que se encontrava neste ‘estado interessante’ saía pouco de casa e mostrava-se o menos possível. Da mesma forma, falar sobre o processo do nascimento tornava-se proibitivo (SOUZA, 2013, p.14).

Na Europa, só em meados do século XIX, com o surgimento da medicina social, foi que mudanças foram introduzidas nesse evento social, como a incorporação de médicos. Porém com eles veio a medicalização do parto e da gestação.

Consoante Barreto (2013, p.8), “a medicalização do parto é parte da institucionalização do poder médico que, no corpo feminino atuou fundamentalmente normatizando a reprodução”.

No Brasil, no século XIX, houve a reprodução de símbolos trazendo uma “imagem heroica e salvadora do médico moderno.” (MARTINS, 2000, p.151). A exemplo do que aconteceu na Europa, a figura do médico também passou a incorporar a gestação e o parto no Brasil, a partir da medicina social e da higienização da família brasileira.

(...) a imagem do médico protetor da mulher também expressa o crescente interesse médico-científico pela natureza feminina e as doenças de mulheres, interesse este que resultou na constituição de especialidades médicas voltadas para a especificidade do sexo feminino: a obstetrícia e a ginecologia (MARTINS, 2000, p.152).

Data do século XIX o período de higienização da sociedade brasileira, iniciada com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, havendo “(...) a incorporação dos preceitos higiênicos na família e a sua responsabilidade pela gestação, nascimento, crescimento e educação das crianças, levando a mulher a ser considerada elemento chave nesse processo.” (SOUZA, 2013, p. 24).

Conforme Nunes (1991, p.50), a higienização da família brasileira foi “(...) um projeto de intervenção sanitária na organização da cidade e dos indivíduos, cuja desordem era encarada como causa de doença e mortalidade”. Também foi desse período que estudiosos do gênero feminino construíram uma representação naturalizada da mulher ora como mãe e esposa, ora como mulher doente (MARTINS, 2000).

Data do final do século XIX o ensino de obstetrícia voltado para clínica, em que os estudantes de Medicina passaram:

(...) a realizar exames, a reconhecer as posições e apresentações do feto, a utilizar o instrumento obstétrico e a fazer cirurgias. (...) Somente no século XX as faculdades de medicina passaram a ter um espaço adequado ao ensino das clínicas obstétrica e ginecológica, quando começaram a ser construídas as primeiras maternidades no Brasil (MARTINS, 2000, p.165).

Data de 1808 a primeira Escola de Medicina do Brasil, criada por D. João VI, na Bahia, denominada de Escola de Cirurgia da Bahia, mas apenas em 1904, já no início do século XX, foi inaugurada a primeira maternidade brasileira, no Rio de Janeiro, então capital do país, reservada exclusivamente para as mulheres darem à luz, denominada Maternidade das Laranjeiras. Posteriormente foi incorporada ao patrimônio da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (MARTINS, 2000).

Como não havia um local exclusivo para as mulheres darem à luz, até meados do século XIX, a procura por hospitais para esse evento era ínfima entre as mulheres brasileiras, a depender de sua posição social (MARTINS, 2000).

O atendimento obstétrico e ginecológico era realizado no Brasil de acordo com a origem social e racial das mulheres. Aquelas que podiam pagar e estavam cercadas de atenções familiares, geralmente, eram atendidas em casa pelo médico de família ou por uma parteira de confiança. As mulheres pobres, mas que ainda tinham algum recurso também socorriam-se das parteiras em suas casas. Somente as mulheres que viviam na mais completa miséria e no abandono procuram as enfermarias dos hospitais (MARTINS, 2000, p.218).

Esses hospitais, muitas vezes, eram as Santas Casas, mantidas por caridade religiosa e benemerência:

(...) as acomodações eram precárias, as infecções e mortes eram frequentes, como na maioria dos hospitais de então: raramente havia enfermaria especial para parturientes, e, ao dar à luz, mãe e filho permaneciam ao lado de mulheres acometidas das mais variadas doenças (MOTT, 2002, p.199).

Martins (2000) cita dois motivos pelos quais os hospitais afastavam as mulheres de se internarem na enfermaria de partos: sua péssima fama e a situação de exposição aos estudantes nas aulas de clínica obstétrica. A aceitação por parte das mulheres esteve “(...) relacionada à melhoria das instalações e do atendimento, bem como à divulgação dos serviços obstétricos prestados pelos médicos e parteiras diplomadas que passaram a integrar as equipes obstétricas dos hospitais.” (MARTINS, 2000, p.164). Porém essa aceitação só foi iniciada com a construção de maternidades, na década de 1920, ganhando ênfase na década de 1960.

Cabe salientar que nesse período ainda havia uma total ausência de política de saúde materno-infantil (MARTINS, 2000).

As obras médicas, nesse período, utilizavam o critério cronobiológico para definir mulher. Esta era entendida a partir das fases de sua vida da puberdade à menopausa, fortemente marcada pela sua função reprodutiva (MARTINS, 2000).

Houve nesse período uma ideologia de gênero com forte teor discriminatório do gênero feminino, este sendo considerado inferior ao masculino. A mulher era caracterizada a partir dos seus órgãos reprodutivos, que a transformavam em instável e histérica. O homem, por sua vez, era caracterizado como um ser racional, independente de seus órgãos reprodutivos, com capacidade de escolha.

Dentro do gênero feminino também tinha diferenciação: mulheres de povos primitivos ou que moravam em regiões com climas quentes, bem como mulheres negras e indígenas tinham facilidade em dar à luz (MARTINS, 2000).

Portanto, no século XIX, a mulher no Brasil era estigmatizada como um ser inferior ao homem.

Além daquelas funções impostas pela medicina higiênica, o discurso médico se abaterá sobre o corpo feminino com o intuito de discipliná-lo. Para isso, irá

desqualificar as mulheres como sujeitos, o que significou descartar o saber que elas detinham sobre seu corpo. Na natureza feminina, encontrar-se-iam as razões que explicam toda sorte de fraquezas, incapacidades e degenerações, de tal forma que, devido a essa inclinação, era imperativo negar à mulher um estatuto autônomo (MALUF; ROMERO, 2002, p.232).

Segundo os médicos, tudo na organização biológica da mulher está voltado para a criação, e é a partir desse fato que a natureza a torna inferior ao homem. Para se tornar o depositário de um feto, a mulher é alguém cujos demais órgãos não merecem grande atenção da natureza, que aperfeiçoa apenas o seu aparelho reprodutor. Em sua constituição física e moral, tudo o mais é frágil, pouco desenvolvido, sempre relegado a segundo plano (NUNES, 1991, p.52).

A maternidade na vida das mulheres ganhou um argumento moral, quase religioso, com forte imposição para aceitação e consentimento dessa identidade por parte delas, tanto das classes mais abastadas como das classes pobres (MALUF; ROMERO, 2002). Como relatado por Martins (2000, p. 251), “(...) construíram a imagem da mulher-mãe e esposa instruída na religião, na higiene, nos afazeres domésticos e, principalmente numa moral burguesa fundada nas hierarquias do mundo do trabalho e das relações de gênero”.

Como se percebe, a medicina social desse período via como funções do sexo feminino apenas a reprodução e a criação dos filhos, nada mais (MARTINS, 2000).

Não só o direito sobre seu corpo era negado à mulher, mas também os direitos políticos e civis, com base na distorção de que devido à sua inferioridade intelectual e à sua fisiologia patológica eram inconcebíveis sua autonomia e seus direitos. A mulher deveria ser representada por um ser capacitado física e intelectualmente, que para muitos era o homem. Muitos intelectuais advogavam a favor da entrada da mulher no ensino superior, mas, em contrapartida, negavam-lhe o direito de votar e ser votada (MARTINS, 2000).

Para ilustrar a total desigualdade de gênero no país, apenas em 1881 formou-se a primeira médica brasileira pela *New York Medical College*, nos Estados Unidos, a médica Maria Augusta Generosa Estrela. No Brasil, apenas oito anos depois, em 1889, Rita Lobato Lopes formou-se em Medicina na Faculdade de Medicina da Bahia. Lembrando que a primeira faculdade de Medicina do país foi inaugurada em 1808, na Bahia, demorou quase um século inteiro para a entrada de mulheres na graduação de Medicina (MARTINS, 2000).

Nesse período não se falava em questão de gênero, mas sim de “questão da mulher” para ilustrar questões relativas à hierarquia, à desigualdade e à legitimação do poder masculino sobre o feminino (MARTINS, 2000).

Naturalização das relações de poder foi um procedimento intelectual usado tanto para legitimar as relações de gênero mascaradas pela assimetria e a desigualdade, como também para sustentar o colonialismo, pois o mesmo raciocínio sobre o ‘amor aos poderosos’ era aplicável para as relações entre os europeus e as ‘raças inferiores’ da África e da Ásia. Desta forma, as mulheres e os povos não civilizados tinham

mais uma semelhança que os aproximava: a submissão adquirida ao poder masculino (MARTINS, 2000, p.275).

Nunes (1991) complementa que a medicina do século XIX acreditava que a mulher era uma raça inferior, comparando seu cérebro ao de um selvagem e ao de uma criança do sexo masculino.

(...) essa inferioridade está ligada a um aspecto de não-evolução da mente, dos pensamentos e sentimentos. Assim, o cérebro possui volume, peso e forma inferiores, os gânglios e a medula são mais desenvolvidos, como em estágios infantis, e a mentalidade não se desenvolve adequadamente. A mulher é, portanto, o indivíduo adulto que não cresceu (NUNES, 1991, p.62).

Foi nessa visão que a medicina reforçou o casamento ou o matrimônio como sendo fundamental para a mulher, não só por questões sociais, afetivas ou sexuais, mas também por necessidade biológica (NUNES, 1991).

No final do século XIX, houve na medicina obstétrica a necessidade do desenvolvimento de métodos seguros de diagnóstico da gravidez. Antes, dado o diagnóstico positivo, não havia um acompanhamento da gestação, pois inexistia o conceito de pré-natal. A partir de então, os médicos começaram a solicitar a realização de exames médicos durante a gestação, bem como a seguir recomendações, como dietas especiais, repouso e consultas médicas (MARTINS, 2000).

Com estas recomendações procurava-se não só se certificar quanto às condições do parto, mas convencer as mulheres a aceitar regras estabelecidas pelos médicos sobre o que era melhor para elas e os bebês, iniciando-se o processo de medicalização da gravidez, do parto e do puerpério (MARTINS, 2000, p.208).

A partir daí, esses eventos passavam a ter cada vez mais intervenções médicas, por meio do uso de medicamentos ou da força instrumental ou operatória, sendo efetivado com a construção de espaços hospitalares específicos – como as maternidades – para o atendimento obstétrico e ginecológico (MARTINS, 2000).

Cabe salientar que o ato de parir, nesse período, era um evento prioritariamente privado. O parto domiciliar era o que prevalecia. Isso só iria mudar com a entrada do século XX, como será detalhado no próximo tópico.

### 3.2 INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE NO BRASIL: DO INÍCIO DO SÉCULO XX À DÉCADA DE 1970

A saúde da mulher, no início do século XX, no Brasil, foi atrelada às suas funções biológicas de gestar e parir, e, por vezes, esses eventos sociais eram deturpados por uma condição de submissão do gênero feminino ao masculino.

À mulher era dado o domínio exclusivo da vivência da gestação, do parto e da criação dos filhos, sinônimo de fragilidade e delicadeza, e ela devia estar sob a proteção do pai na infância e na adolescência, e do esposo a partir do matrimônio. Ao homem era dada a função de sustentar a família, com poder sobre sua esposa e seus filhos, sendo sinônimo de virilidade e de poder.

A partir do início do século XX, os médicos começaram a perceber que seus conselhos higiênicos nada adiantariam se as condições para as mulheres não fossem dadas. Apenas uma pequena parcela da população podia seguir à risca esses conselhos, que era a classe abastada. Começava aí a organização de uma proposta de assistência pública (MARTINS, 2000).

A solução para o problema estava (...) na organização de uma Assistência Pública mantida pelo governo, responsável pela criação de maternidades, ambulatórios, distribuição de enxovais e o pagamento de indenização para as trabalhadoras no período que se ausentassem do trabalho (MARTINS, 2000, p.216).

Os médicos começaram a incitar uma política de saúde materno-infantil devido às insatisfações geradas pelas condições das maternidades até então existentes. Eles desejavam que as maternidades passassem a cumprir três finalidades: assistência social, clínica e ensino (MARTINS, 2000).

[Os médicos] não se limitavam a exigir das autoridades a construção de maternidades, afinal a estrutura física de um hospital não garantia um bom atendimento. (...) Na verdade aqueles médicos estavam começando a esboçar uma política de saúde materno-infantil, que abrangesse qualidade de serviços médicos, assistência social, amparo da lei às mulheres grávidas e puérperas, instrução às mães sobre como bem cuidar dos seus filhos, colocando em prática a puericultura extra-uterina e, por fim, a formação de médicos, parteiras e enfermeiras (MARTINS, 2000, p.226).

Dessa campanha para a organização de uma proteção à saúde materno-infantil, iniciada na década de 1920, a maternidade foi institucionalizada durante a reforma sanitária de Carlos Chagas (SOUZA, 2013). Conforme a citada autora, nessa reforma a licença-maternidade passou a ser garantida à mãe trabalhadora, respeitando o direito à amamentação de seu filho durante a jornada de trabalho.

Nas primeiras décadas do século XX, os esforços para a mudança no local onde era realizado o parto começam a surtir efeito, mesmo que de forma incipiente. Começava uma campanha de valorização dos hospitais e das maternidades (MOTT, 2002).

Esses estabelecimentos pouco a pouco foram promovidos e aconselhados como locais seguros para a parturição. O parto começava a ser visto como um evento médico potencialmente perigoso, no qual eram preconizadas intervenções cada vez mais frequentes (MOTT, 2002, p. 203).

Foi nesse início de século que se percebeu a construção de maternidades nas capitais brasileiras, como Rio de Janeiro, em 1904, Salvador em 1910, em Recife, em Belo Horizonte, em Fortaleza, e em Curitiba.

Percebeu-se que a assistência à saúde da mulher pelo poder público se limitava à gravidez e ao parto. Os incipientes programas de saúde materno-infantis eram ofertados de forma pontual e precária. Conforme Brasil (2004b, p.15), esses programas de saúde materno-infantil, nas primeiras décadas do século XX:

Traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

As primeiras políticas nacionais de saúde da mulher viam o gênero feminino apenas no seu aspecto reprodutivo e de submissão ao homem, ao lar e à família. Os demais cuidados com a saúde eram-lhe negados. As concepções de ser homem e de ser mulher, no início do século XX foram modificadas a partir do debate da categoria gênero.

No governo de Getúlio Vargas (1937-1945), no período denominado de Estado Novo, o Estado tomou para si a defesa da saúde materno-infantil ao criar, em 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCr), considerado o primeiro órgão estatal que visou a atender exclusivamente o público em questão, com objetivos de “normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução.” (CASSIANO et al., 2014, p. 230).

O DNCr atuou de 1940 a 1969, sendo extinto pela perda de prioridade da saúde materno-infantil pelo governo nacional, que passou a dar mais importância ao combate às moléstias endêmicas rurais (NAGAHAMA, 2007).

Para Souza (2013, p. 25), “este Departamento normatizou as ações de puericultura, entendendo-a como ciência que cuida da procriação e da criação da espécie humana, direcionada à infância, adolescência e proteção da gestação e da maternidade”.

Para se ter ideia de como era grave a situação materno-infantil, os indicadores de saúde eram alarmantes. Em 1930, a mortalidade infantil brasileira alcançou o índice de 168 mortes infantis por 1.000 mil nascidos vivos, caindo em 1940 para 150 mortes infantis (CASSIANO et al, 2014).

Nessa época, a maior preocupação do governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana e com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como fonte de reprodução e cuja função era voltada exclusivamente para a criação de braços fortes para servir o País, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Não havia um acompanhamento da sua saúde, nem mesmo durante a gravidez. O governo apenas incentivava a procriação em massa, sem fornecer as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional (CASSIANO et al., 2014, p. 231).

Martins (2000) expõe que nesse período, no Brasil, iniciou-se o incentivo ao crescimento populacional, tendo as mulheres um importante papel, pois eram elas as geradoras dos filhos para a nação. As mulheres que não queriam ter filhos eram alvo de censura. “Esta ideologia transformou a maternidade num dever não só para com a família, mas pra com o Estado, para esta família extensa e sentimental que é a Pátria.” (MARTINS, 2000, p. 205).

O novo projeto médico centrou-se na “(...) perspectiva de formação de um novo tipo de indivíduo, para o aprimoramento da população, para a melhoria da raça.” (NUNES, 1991, p.55). A mulher nesse período era vista apenas como um receptáculo dos futuros filhos da nação e deviam ser fortes e sadios, com uma visão coletiva da sociedade, cabendo à mulher a reprodução dessa nação.

Algo a se destacar é que o novo modelo predominante de institucionalização do parto transformou o papel da mulher no processo do parto e do nascimento. De sujeito a objeto, a mulher foi desumanizada (NAGAHAMA, 2007).

(...) as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentaduras, óculos, a mulher é submetida à chamada ‘cascata de procedimentos’ (DINIZ, 2005, p. 629).

Salienta-se que é o modelo vigente ainda nos dias de hoje, e que a política de humanização do parto visa combater, pregando a desmedicalização e a não ou quase nenhuma intervenção médica (DINIZ, 2005).

(...) o isolamento da parturiente de sua família indicaria que o nascimento é coisa de mulher; as vestimentas, a nudez da paciente e a posição supina seriam sintomáticas

da relação de poder entre a mulher e o médico, assim como o uso da ocitocina para aceleração do trabalho de parto e da técnica da episiotomia (CARNEIRO, 2013, p.53).

A mudança de visão sobre o crescimento populacional de benéfico a prejudicial se deu a partir da década de 1950, período em que o Governo Federal começou a se preocupar com a quantidade da prole das famílias, vistas como numerosas e perigosas para o desenvolvimento nacional, agindo diretamente na reprodução e no controle populacional.

Cria-se, [...], para as mulheres, o dever de serem mães, ao mesmo tempo cuidando para que o cumprimento desse dever não resulte numa prole numerosa, cujo sustento é caro e trabalhoso, especialmente naquele contexto de rápida incorporação das mulheres ao mercado formal de trabalho (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 14).

Com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, a saúde materno-infantil passou a obedecer a uma tendência nacional de centralização da norma e da execução das políticas sociais (NAGAHAMA, 2007).

Consoante Brasil (2010b), o movimento feminista ganhou força, nas décadas de 1960 e 1970, na busca por reconhecimento dos direitos da mulher.

Foi nesse contexto que a luta das mulheres pela saúde ganhou força e rumo: começaram a reclamar por demandas mais ajustadas às suas reais necessidades decorrentes das mudanças sociais devido à incorporação da mulher na força de trabalho e à maior autonomia que vinham conquistando (BRASIL, 2010b, p.12).

O movimento feminista no Brasil e no mundo tinha papel essencial na luta pela inversão dessas práticas de assistência ao parto, propondo uma assistência à saúde da mulher baseada em direitos. Exemplos de movimentos feministas nesse período foram: a Reforma no Parto, nos Estados Unidos, na década de 1950, e os Centros de Saúde Feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres, nas décadas de 1960 e 1970, respectivamente (DINIZ, 2005). Percebeu-se a importância da participação histórica das mulheres na luta pela garantia dos direitos de proteção à maternidade e à infância (MALUF; ROMERO, 2002).

Em 1971, foi criado o documento do Governo Federal intitulado “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil”, que previa a adoção de “(...) programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e nutrição.” (NAGAHAMA, 2007, p.95).

Em âmbito internacional, o país passou a adotar as recomendações da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (REMS), em 1972, realizada no Chile, com a

adoção da Saúde Materno-Infantil e do Bem-Estar da Família como áreas programáticas (NAGAHAMA, 2007).

Foi nessa época também que os países centrais expuseram sua preocupação com os países pobres no que tangia ao crescimento populacional desenfreado. Em 1974, foi realizada a Conferência Internacional de População em Bucareste, Romênia, que resultou na recomendação da adoção de políticas de redução da natalidade. Foi nesse período que se descobriu a pílula anticoncepcional, e os Estados Unidos desejavam impor a adoção de políticas de controle demográfico – de natalidade – aos países da América Latina (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

No ano seguinte, no cenário mundial, um expoente que deu ênfase à mulher foi a Organização das Nações Unidas (ONU), que proclamou o ano de 1975 como o Ano da Mulher, e o período de 1976 a 1985 como o Decênio das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz, na Conferência Internacional da Mulher, realizada em 1975, no México.

Em virtude dessas recomendações externas foram criados programas verticalizados de saúde materno-infantil, a exemplo o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), de 1975, que se caracterizou pelo excesso de intervenção médica e de esterilização feminina, esta como método contraceptivo preferencial para o planejamento familiar, (CASSIANO et al, 2014). Esse Programa conseguiu reduzir as taxas de mortalidade infantil de 100 mortes infantis por mil nascidos vivos, em 1975, para 82,9 mortes em 1980 (idem).

### 3.3 INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DÉCADA DE 1980

A década de 1980 foi rica em mudanças, não só para a saúde da população geral como também para a saúde da mulher. Foi este o período de maior efervescência do movimento da reforma sanitária. Para a saúde da mulher significou o redirecionamento de sua assistência, que até então se limitara, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal. Para essas mudanças o movimento feminista apareceu com uma das principais frentes (BRASIL, 2004b).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir, na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (ÁVILA; BANDLER, 1991 apud BRASIL, 2004b, p.15-16).

Brasil (1984) expõe que, iniciada essa década, ainda persistia a colocação em segundo plano das demais assistências à saúde da mulher, não vinculadas à saúde materno-infantil, como:

(...) a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade (BRASIL, 1984, p.5).

Brasil (1984) elenca os principais problemas de saúde da população feminina nos anos de 1980, a saber: baixa cobertura do acompanhamento pré-natal e baixa qualidade de atendimento; precária qualidade de assistência ao parto, excessos da sua medicalização e crescente elevação das taxas de cesarianas; redução progressiva do aleitamento materno em tempo não oportuno; práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto; falta de alojamento conjunto nas maternidades; sobrecarga de trabalho e insuficiente preparo dos profissionais de saúde; baixa cobertura dos serviços de câncer de colo uterino e de mama; aumento das doenças sexualmente transmissíveis; alto índice de abortamento; aumento das doenças crônicas, significando as seis primeiras causas de mortalidade feminina; falta de acesso às informações e aos meios necessários para a regulação da fertilidade; alta incidência de gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis nesse grupo, dentre outros problemas.

Percebeu-se uma verdadeira desatenção a esses aspectos integrais da saúde da mulher. Por sua vez, o movimento feminista brasileiro que desde o século XX vinha sendo um importante ator na luta pelos direitos à saúde da mulher, para a década de 1980 elegeu a saúde reprodutiva como campo de pressão por mudanças nas políticas públicas adotadas até então. A visão era de adoção de um modelo integral de assistência à saúde da mulher com autonomia (SOUZA, 2013).

Foram questionados: a representação fragmentada e dominante do corpo feminino no discurso biomédico; o papel da mulher na função reprodutiva, inscrito na natureza, controlado e domesticado, reiterado por programas e serviços; o privilégio das técnicas curativas em detrimento de ações de prevenção e de promoção e a biologização da reprodução e sexualidade (ÁVILA; CORREA, 1999 apud SOUZA, 2013, p.26).

Em 1984, o movimento de mulheres produziu um documento intitulado Carta de Itapecerica, construída no I Encontro Nacional de Saúde da Mulher (COSTA, 1986). Nesse documento, a partir do diagnóstico das condições de saúde da mulher no Brasil que eram precárias, reivindicou-se um programa integral que atendesse as mulheres desde a infância até

a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa (OSIS, 1998, p.28).

Na referida carta, as mulheres reivindicavam, ainda, a participação de grupos de mulheres organizadas na elaboração na execução e na fiscalização dos programas relativos à sua saúde, com o objetivo de assegurar o atendimento de suas necessidades específicas (COSTA, 1986, p. 1139).

Para a saúde da mulher foi proposto, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), numa tentativa do Ministério da Saúde de articular dois planos, a saber: o primeiro de “(...) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde (...) [; e o segundo da] ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência.” (BRASIL, 1984, p.5).

Lembra-se que desde 1983 era adotado no Brasil o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>8</sup>. Para a saúde da mulher e da criança, as áreas estabelecidas como prioritárias para as AIS eram: “As assistência médico-hospitalar e farmacêutica, o desenvolvimento institucional nos setores de controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento” (CANESQUI, 1987 apud OSIS, 1994, p. 62).

O PAISM se guiou por três conteúdos programáticos, a saber: assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal, e assistência ao parto e ao puerpério imediato (BRASIL, 1984), com base nos objetivos programáticos, centrados nas seguintes áreas:

(...) pré-natal, parto, aleitamento materno, identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama, identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), identificação e controle de outras patologias de maior prevalência entre as mulheres, e atividades de regulação da fertilidade incluindo o diagnóstico e tratamento de estados de infertilidade (OSIS, 1994, p.70).

Esse Programa surgiu devido a três forças, a saber:

(...) as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (NAGAHAMA, 2007, p.98).

---

<sup>8</sup> O Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) é um projeto interministerial que abrange as áreas de Educação, Previdência Social e Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Mendes (1995) expõe a existência de dois momentos para a AIS: o primeiro, de 1983 a 1985, sendo mais um programa de atenção médica como tantos outros que coexistem em âmbito estadual e municipal; o segundo, de 1985 a 1987, já no período de redemocratização política, serviu como estratégia transicional para a implantação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Osis (1994), em sua dissertação de mestrado cujo objeto de pesquisa foi esse programa, relatou que foi pela primeira vez que o governo brasileiro propôs oficialmente um programa que contemplasse o controle de reprodução a partir do planejamento familiar.

A implantação do PAISM foi dividida em diferentes etapas, iniciada em 1984, em três locais: Campinas-SP, Porto Nacional-GO, e Jaboaão-PE; em 1985, acrescentaram-se dez estados além do Distrito Federal, a saber: Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, e Minas Gerais (OSIS, 1994).

O PAISM representou, a partir da sua nova visão, a ruptura com o conceito de que as mulheres tinham apenas função biológica relacionada à gravidez e ao parto (COELHO et al, 2009).

Para Osis (1998, p.27), nesse programa:

A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério, à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para a concepção e contracepção.

Este Programa trouxe como conceito de assistência integral a saúde da mulher:

(...) a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p. 15).

Costa (1986, p.1142) entende a assistência integral como “(...) uma conquista a ser definida na trajetória que busca o resgate da especificidade biológica e sociocultural das mulheres no pleno exercício da cidadania”.

Para Osis (1994), esse conceito surgiu bem antes, em 1966, pela área biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e vinha como contraproposta aos programas verticais que reduziam a saúde da mulher ao seu aspecto gravídico-puerperal.

Programas integrais à saúde da mulher foram criados nessa referida universidade, como os “(...) de controle de câncer cérvico-uterino, de câncer de mama, de prevenção do alto risco obstétrico, de planejamento familiar, de estímulo à lactação materna e de atenção puerperal.” (OSIS, 1994, p. 40-41).

Como resultado da experiência na Unicamp, seus idealizadores passaram a enfatizar medidas a serem utilizadas no sistema de saúde brasileiro, como: reestruturação, com ênfase na atenção primária; criação de um elo contínuo entre mulher e o sistema de

saúde; e preocupação com a referência e contrarreferência, aumentando a eficácia e a integração de níveis diferentes (OSIS, 1994).

Cabe salientar que o PAISM foi preparado por quatro estudiosos do tema, convocados pelo Ministério da Saúde, em 1983, a saber: Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Ana Maria Costa, médica da equipe do Ministério da Saúde, identificada com o movimento de mulheres; Aníbal Faúndes, e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores indicados por José Aristodemo Pinotti, chefe do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP do qual eles também faziam parte. A coordenação estava a cargo do então Secretário Geral do Ministério da Saúde, Mozart de Abreu Lima (OSIS, 1994).

Percebe-se que o Ministério da Saúde, ao convocar esses estudiosos, já tendia sua proposta para um conceito de atenção integral à saúde da mulher. Foi nesse mesmo período que estava em andamento no Congresso Nacional a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre os índices elevados de crescimento populacional no país (OSIS, 1994).

Em depoimento a essa CPI, o ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, apresentou o planejamento familiar como uma atividade do PAISM, acrescentando que a resposta para o crescimento populacional não devia ser direcionada a uma disposição controlista da natalidade, mas na integralidade das ações de saúde da mulher (OSIS, 1994).

As dificuldades iniciais para a implementação do PAISM, para Osis (1994), situaram-se nas esferas econômico-estrutural e política. Na esfera econômico-estrutural apresentaram-se os problemas de financiamento e organização do sistema de saúde vigente. Na esfera política, a hegemonia da tradição curativa e a polêmica do controle de natalidade foram os principais problemas.

Para a implementação desse Programa o Ministério da Saúde identificou dois aliados potenciais: a Igreja Católica e os grupos organizados de mulheres; destes, designou uma equipe de doze mulheres para conduzir sua implantação, tendo à frente Ana Maria Costa, idealizadora e coordenadora nacional do programa (OSIS, 1994).

Por sua vez, os principais inimigos identificados foram: a Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM); o Centro de Pesquisa a Atenção Integrada à Saúde da Mulher e da Criança (CPAIMC); em parte, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); a corrente controlista da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, composta principalmente pelos parlamentares do Grupo Parlamentar de Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD); e facções controlistas das Forças Armadas (OSIS, 1994).

Como críticas ao PAISM, Osis (1998) expõe que a implementação desse Programa conforme os seus objetivos não se deu efetivamente em todo o território nacional, apontando que “(...) a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa.” (OSIS, 1998, p.31).

Outra crítica ao PAISM foi este não conseguir “(...) romper com a focalização em ações relacionadas à reprodução: contracepção, atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p.19).

Percebeu-se também que os serviços de saúde dentro do PAISM, organizados sob o modelo clínico, continuavam a ser lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres, aprofundadas pela superficialidade das relações e pela assimetria entre oferta e demanda (COELHO et al, 2009).

Cabe salientar que, conforme Brasil (2004b), o PAISM influenciou o processo de construção do SUS, pois incorporou, antes deste, os princípios e as diretrizes de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção.

#### 3.4 INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DA DÉCADA DE 1990 AOS DIAS ATUAIS

A categoria gênero, a partir da década de 1980, conforme visto no tópico anterior, passou a ser muito importante para a formulação e a adoção de políticas públicas para a mulher. Brasil (2010b, p.7-8) entende gênero como “o conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher”. Percebe-se que na sociedade, mesmo com os debates de concepções de gênero, isso não resultou na diminuição das desigualdades das relações entre homens e mulheres.

Scott (1989, p. 81) define gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Para a política de saúde significa a adoção de um princípio básico constituinte do SUS – a equidade, que significa “reduzir as desigualdades entre os grupos, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia.” (BRASIL, 2004b, p.8).

Brasil (2004b, p. 9) relata que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que

com fatores biológicos”. Daí a importância da saúde da mulher, pois historicamente elas são as pessoas que mais sofrem discriminação socioeconômica e vivem mais expostas a condições precárias e de pobreza, têm dupla jornada de trabalho e são menos remuneradas ou, em alguns casos, nem são remuneradas (como no trabalho doméstico).

São muitos conceitos acerca da saúde da mulher, alguns com concepções ampliadas e outros com concepções restritas. Para Brasil (2004b, p. 11), as concepções mais amplas:

Interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica.

Da década de 1990 à atualidade, muitas foram as ações adotadas pelo Governo Federal para a saúde da mulher; no entanto, elas se deram de forma fracionada (BRASIL, 2010b), como detalhado a seguir.

O debate sobre a humanização da saúde tinha sido iniciado na década anterior, sendo em 1994 inaugurada, no Rio de Janeiro, a primeira maternidade pública que se definia humanizada (DINIZ, 2005).

Outro marco dessa década foi o Projeto Maternidade Segura, lançado em 1996, visando à redução dos altos índices de mortalidade materna e infantil, que na época chegava a 143 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, e 51,6 mortes infantis por mil nascidos vivos (SOUZA, 2013). Para tanto, foram elaborados oito passos para uma maternidade segura, a saber: 1) garantia de informação sobre saúde reprodutiva e os direitos da mulher; 2) garantia de assistência à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao planejamento familiar; 3) incentivo ao parto normal e humanizado; 4) adoção de rotinas de atendimento; 5) treinamento da equipe de saúde; 6) estruturação adequada para atendimento; 7) adoção de sistema de informação; e 8) avaliação periódica dos indicadores de saúde materna e perinatal.

O Projeto Maternidade Segura adveio de um estudo realizado pela OMS desde 1979, na Europa, quando foi criado um comitê regional de estudos dos limites das intervenções propostas para a redução da mortalidade materna e perinatal. Esse comitê se propôs a revisar sistemática e exaustivamente os estudos publicados sobre o tema gravidez e parto desde 1950. Do resultado do estudo, em 1985, com a realização da Conferência Internacional em Fortaleza, organizada pela OMS, foi publicada a primeira fase dos trabalhos, que ficou conhecida como Medicina Baseada em Evidências Científicas.

Em 1996, a OMS lançou o produto final desse estudo intitulado “Maternidade Segura: Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, que trouxe quatro classificações para as rotinas de parto, a saber:

Em uma ponta coloca práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente; em outra, estão aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; na terceira, mostra condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e na última, procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada (NAGAHAMA, 2007, p. 53).

O planejamento familiar foi instituído em 1988, com a Constituição Federal de 1988, mas apenas em 1996 foi regulamentado por meio da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. A lei do planejamento familiar foi um importante dispositivo no combate à esterilização desenfreada que se apresentava até então. Nesta lei, a esterilização passa a ser permitida para apenas as pessoas, homem ou mulher, acima de 25 anos de idade ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, sendo vedada a esterilização em mulher durante o parto (BRASIL, 1996).

Em 1998 foi criado o Prêmio Galba Araújo, pelo Ministério da Saúde, que visou à certificação para maternidades humanizadas. Para sua concessão, critérios foram utilizados, conforme recomendações da OMS, a saber: “(...) a presença de acompanhantes no pré-natal, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiros, e controle das taxas de cesárea.” (DINIZ, 2005, p. 632).

Nos anos 2000, o debate brasileiro sobre a humanização da saúde ganhou força, como já exposto no capítulo anterior. A humanização no campo obstétrico pode ter várias denominações, como: assistência humanizada, comumente usada no Brasil; atenção baseada em evidências; atenção orientada pelos direitos; atenção centrada na mulher; parto ativo; parto feliz; parto respeitoso; e assistência amiga da mulher (NAGAHAMA, 2007).

O movimento feminista parte do pressuposto de que humanização é aquela atenção à saúde da mulher e da criança que reconhece seus direitos fundamentais, garantindo a autonomia da mulher, bem como o direito à tecnologia apropriada na atenção ao parto e ao nascimento (NAGAHAMA, 2007).

A tecnologia apropriada deve levar em conta:

(...) processo de gravidez, parto e puerpério como um processo fisiológico; colocação da mãe, do filho e do grupo familiar no centro do processo de atenção; promoção de vínculo precoce entre pais e filhos; educação e participação ativa e responsável de ambos os pais; promoção de vínculo satisfatório entre equipe e paciente; liberdade de escolher técnicas alternativas; não realizar manobras nem aplicar medicamentos rotineiramente; e utilização de critérios preventivos (CLIMENT, 1987 apud NAGAHAMA, 2007, p.51).

A proposta de humanização da assistência ao parto vem ao encontro de duas grandes demandas das mulheres e da sociedade. A primeira, a de oferta, pelo sistema público de saúde, de um serviço que devolva com qualidade às mulheres o direito de parir em condições que assegurem sua segurança e a de seu bebê. A segunda, que ofereça à mulher, na vivência deste acontecimento, a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico para se transformar em experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas (NAGAHAMA, 2007, p.168).

Percebe-se que a assistência humanizada vai de encontro ao paradigma até então hegemônico na saúde: o modelo curativo.

O paradigma humanista centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (DAVIS-FLOYD, 2001 apud NAGAHAMA, 2007, p. 167).

Em 2000, foi instituído o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, no ano seguinte, em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (SOUZA, 2013).

O PHPN tinha como objetivo principal, como os demais programas para o público materno-infantil, reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, fundamentado numa assistência humanizada no parto e no puerpério (BARRETO, 2013).

Foi no PHPN que o Sistema Informatizado de Informações e Acompanhamento – SISPRENATAL – foi criado, considerado um: “(...) instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção e melhorar a gestão dos serviços.” (BARRETO, 2013, p. 17).

Na saúde da mulher e da criança, na década de 2000, citam-se dois pactos aprovados pelo Ministério da Saúde: em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de redução anual da mortalidade materna e neonatal em 5% até 2016; e, em 2009, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, com o objetivo de redução nos anos de 2009 e 2010 em 5% por ano da taxa de mortalidade infantil e seu componente neonatal (BARRETO, 2013).

Um importante ganho na luta pelo direito à saúde da mulher no Brasil foi a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM) em 2004, pelo Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM) abordou um novo olhar sobre a saúde da mulher, inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984. Essa política abordou a saúde da mulher de modo amplo e integral, a partir de suas especificidades de etnia, de classe social,

de geração, de orientação sexual, de local de residência, dentre outras. Seus nove componentes são:

1) Redução da mortalidade materna: a taxa de mortalidade materna brasileira é alta, chegando em 2011 a 63,9 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Essa elevada taxa é um problema grave, visto que gravidez não é doença, e está relacionada à vivência da sexualidade. Portanto, 92% dessas mortes são evitáveis (BRASIL, 2004b).

Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2010b, p.26).

2) Cuidado com a saúde durante a gravidez – assistência ao pré-natal: conforme o Pacto pela Saúde, em 2006, para a gestante deverão ser oferecidos, dentre outros, os seguintes serviços de pré-natal: primeira consulta realizada antes dos 120 dias de gravidez; mínimo de seis consultas pré-natais; serviço de saúde que ofereça ao menos quatro atividades de práticas educativas, segurança de hospital/ maternidade onde irá ser realizado o parto, uma consulta após o parto antes de completar 42 dias de nascimento do bebê, e a oferta de realização dos exames necessários para uma gravidez tranquila e saudável.

3) Garantia da assistência ao parto: No SUS, o momento do parto ainda não é suficientemente acessível, além de se ter uma precária qualidade do atendimento. É preciso garantir uma vaga na maternidade com atendimento de qualidade (BRASIL, 2004b).

4) e 5) Prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama: essas duas doenças ainda causam a morte de muitas mulheres brasileiras. Para a prevenção do câncer de colo de útero, o SUS prioriza a população de mulheres entre 25 a 59 anos de idade; para o câncer de mama, a prioridade são as mulheres entre 40 e 49 anos. Para o combate efetivo a esses cânceres é preciso tanto identificar precocemente as mulheres em situação de risco quanto dar tratamento adequado às que já tenham tido o diagnóstico confirmado (BRASIL, 2010b).

6) Assistência à mulher na menopausa: o climatério é uma transição na vida da mulher entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, ocorrendo geralmente dos 48 aos 50 anos de idade. É uma fase da vida da mulher, sendo importante o acompanhamento médico, visando à promoção de sua saúde, pois muitas mulheres passam por essa fase sem intercorrências, mas outras precisam de um olhar mais atento (BRASIL, 2010b).

7) Assistência à mulher vítima de violência: o poder público deve tomar para si as respostas quanto ao problema da violência contra a mulher. O marco histórico para essa

situação é a criação da Lei nº 11340 – Lei Maria da Penha, de 2006. A violência da qual a mulher é vítima se caracteriza com distintas formas, a saber: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Os principais responsáveis pelas agressões são pessoas do seu convívio familiar com quem elas mantêm vínculo e afeto como pais, irmãos, namorados, maridos, companheiros.

A violência sexual e/ou doméstica se configura como um grave problema de saúde pública, e muitas vezes os serviços de saúde não estão preparados para acolher dignamente a mulher vitimizada.

8) Assistência à saúde da mulher trabalhadora: as mulheres trabalhadoras rurais, por exemplo, estão expostas a um conjunto de doenças a que são predispostas devido à sua condição de trabalho precarizado no campo. Dentre algumas doenças citam-se: intoxicações letais devido ao uso inadequado de agrotóxicos; câncer de pele e envelhecimento precoce devido à exposição continuada ao sol sem nenhuma proteção; mutilações por instrumentos cortantes de trabalho, dentre outros (BRASIL, 2010b).

9) Assistência à mulher atingida pelo HIV/Aids: conforme Brasil (2010b, p.36), “a mortalidade causada pelo HIV/Aids diminuiu significativamente nos últimos anos”. Inversamente a esse índice tem-se o aumento do número de mulheres heterossexuais portadoras do vírus HIV/Aids, significando uma maior vulnerabilidade entre esse público. Em consequência há o aumento do número de recém-nascidos expostos verticalmente ao HIV (BRASIL, 2004b).

Do exposto percebe-se uma gama de especificidades que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contemplou. Isso foi importante, pois por muitos anos a assistência à saúde da mulher focalizou apenas o seu ciclo gravídico enquanto gênero inferior ao homem, não visualizando que a maternidade é uma construção social e deve ser vivida intensamente pelo casal.

A PNAISM especificou a saúde da mulher em relação à etnia – saúde das mulheres negras e saúde das mulheres indígenas; à geração – saúde das mulheres adolescentes e saúde das mulheres na menopausa; à orientação sexual – saúde das mulheres lésbicas; ao local de residência – saúde das mulheres trabalhadoras e residentes na área rural. Abordou também especificidades quanto à saúde das mulheres em situação de prisão; saúde mental das mulheres; saúde das mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica; saúde das mulheres vítimas de abortamento; saúde sexual e reprodutiva das mulheres; e saúde das

mulheres acometidas por doenças crônico-degenerativas, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e câncer ginecológico (BRASIL, 2010b).

Com base no que foi exposto na PNAISM, percebe-se o quão atrasado estava a política de atenção à saúde da mulher que mal focalizava o seu ciclo gravídico-puerperal, este visto como patológico, e não como evento social e deixava de lado tantos outros aspectos importantes da saúde da mulher.

Entretanto, para alguns autores do tema, especificar demais as políticas sociais, como no caso em questão – a política de saúde da mulher, significa fragmentá-la, setorializá-la, acarretando um recorte social em partes compartimentadas sem comunicação e articulação, colocando em xeque a efetividade das políticas sociais (RAICHELIS, 2006).

Para Fagundes e Nogueira (2008, p.6), a superação dessa fragmentação é um desafio, seria encontrar propostas que buscassem “reverter a lógica de ações e serviços que respondem de forma fracionada à proteção social”. No sistema de saúde brasileiro, uma proposta de superação dessa fragmentação é a estruturação do SUS em redes de atenção à saúde, em que os diversos pontos de atenção se comunicam entre si, como exposto no capítulo 2 – Saúde no Brasil.

Para o objeto de pesquisa em questão, desde o ano de 2011 foi instituído o Programa Rede Cegonha, que será detalhado no próximo tópico.

### 3.5 INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: O PROGRAMA REDE CEGONHA

O Programa Rede Cegonha, instituído em 2011, pela Portaria 1.459/2011, é uma nova perspectiva para a saúde da mulher no seu ciclo gravídico e puerperal, bem como para a assistência ao neonato.

O Programa Rede Cegonha consiste em cuidados que visam assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Portanto, esse programa visa implantar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, buscando garantir o efetivo acesso à assistência à saúde da mulher e do seu bebê para reduzir a mortalidade materna e infantil.

O Programa Rede Cegonha, conforme a Portaria nº 1459/2011, tem como objetivos: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao

desenvolvimento da criança de zero a 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. É financiado com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha organiza-se por meio de quatro componentes, a saber: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde materna e infantil, conforme disposto na Portaria nº 1459/2011.

Como principais ações da Rede Cegonha citam-se: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante, até 12 semanas, e com qualificação da atenção; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato; promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; busca ativa de crianças vulneráveis; orientação e oferta de métodos contraceptivos; promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha; implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011c).

Esse programa também possui uma matriz diagnóstica com quatro grupos de indicadores estratégicos, a saber: 1º Grupo - Indicadores de mortalidade e morbidade: taxa de óbitos infantis; número absoluto de óbitos maternos; nascidos vivos segundo idade da mãe, incidência de sífilis congênita. 2º Grupo - Indicadores de atenção: número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; tipo de parto: % de partos normais e partos cesáreos. 3º Grupo: Situação da capacidade hospitalar instalada: número de leitos obstétricos total; leitos UTI neonatal; leitos UTI adulto. 4º Grupo – Indicadores de Gestão: % de investimento estadual no setor saúde, centrais de regulação de urgência, de internação e ambulatorial; e implantação de ouvidorias do SUS (BRASIL, 2011c).

Como crítica negativa a esse programa, o movimento feminista afirma ser ele um retrocesso para as políticas de saúde da mulher ao voltar o enfoque à mulher-mãe, e não à mulher na sua integralidade, como conquistado na década de 1980 com o PAISM (CARNEIRO, 2013).

Segundo esse grupo de feministas [a Rede Feministas de Saúde], a iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade para a chamada mulher-mala, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto. (...) a figura da mulher, que dá à luz, desaparece, assim como os seus direitos sexuais e reprodutivos; dando lugar à cegonha, à concepção de saúde de mulher materno-infantil e ao Estado (CARNEIRO, 2013, p.50).

Como críticas positivas Carneiro (2013) considera a assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto um problema de saúde pública do Brasil, necessitando, por isso, se tornar prioridade. Para a autora, a gestação é alheia ao Estado, mas cabe a ele sua plena assistência, pois “(...) a questão do nascimento é uma questão de saúde pública, de agenda política e de plataforma governamental em nossa sociedade.” (CARNEIRO, 2013, p.51).

Outra crítica do movimento feminista a esse programa é em referência ao termo “cegonha”, que na sua interpretação tira a autonomia da mulher que concebe um ser ao sugerir que um pássaro o traz pronto (CARNEIRO, 2013). Para Carneiro (2013), esse termo é entendido como viabilidade do Estado para assistência e transporte para a mulher gestar e parir, e não transferência da função biológica da maternidade para um pássaro – a cegonha – que nem da fauna brasileira é.

Uma crítica de Carneiro (2013) ao programa é este ter um caráter de política universal, trazendo o risco de igualar os diferentes. Mesmo assim a autora frisa a urgência de adoção desse programa hoje, devido aos inúmeros problemas de saúde da mulher nesse período. O programa é o primeiro passo a ser dado, depois da garantia de acesso à saúde da mulher pelo SUS; o passo seguinte seria a garantia de atendimento diferenciado para cada subjetividade da mulher, ou seja, a garantia de equidade.

Críticas são válidas, por proporcionarem a (re)visão do que está sendo adotado. A crítica do movimento feminista é válida, pois os direitos são conquistados por meio de luta e de embates, como o exemplo do PAISM na década de 1980. Porém a adoção desse programa no atual contexto de precarização da saúde, sem dúvidas é um ganho para a saúde da mulher no período gravídico-puerperal e da criança.

O que se precisa daqui em diante é fortalecer esse direito conquistado e preparar terreno para novas conquistas. Cabe destacar que para as outras atenções à saúde da mulher, outras redes são possíveis, como a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC), com ênfase na prevenção e no controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama. Falta ainda a articulação entre essas redes, a partir do fortalecimento da atenção básica.

De acordo com o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, de 26 de fevereiro de 2013, os desafios para a atenção à saúde materna e infantil no Brasil são: aumentar a cobertura da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; melhorar a qualidade da atenção na gestação, no parto e no puerpério; diminuir as complicações decorrentes de gravidez não desejada, por meio de uma política de planejamento familiar; incentivar o parto normal e redução do parto cesáreo eletivo; fortalecer institucional e politicamente os comitês de prevenção à morte materna.

Percebe-se que embora a atenção à saúde materna e infantil tenha melhorado ao longo das últimas décadas no Brasil e no mundo, ainda se precisa atingir índices aceitáveis de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, de 26 de fevereiro de 2013, o índice de mortalidade materna vem diminuindo no mundo todo, passando de 546 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 1990, para 358 no ano de 2008. Nesse mesmo ano (2008), o Brasil apresentou o índice de 71 RMM (Razão de Mortalidade Materna), considerada alta pela OMS.

Conforme o DATASUS, taxa de mortalidade materna<sup>9</sup> é o número de óbitos femininos em consequência de complicações na gravidez, no parto e no puerpério, por 100 mil nascidos vivos, em um determinado espaço temporal e geográfico. Essas taxas são divididas por: até 19 mortes – baixo; entre 20 e 49 mortes – médio; de 50 a 149 mortes – alto; acima de 150 – muito alto.

Em 2010, o índice brasileiro chegou a 68 RMM, e em 2011, a 63,9 RMM. Em 2015 o país precisaria chegar a 35 RMM para atingir a 4ª e a 5ª metas da “Declaração do Milênio das Nações Unidas”, assinada por 191 países, dentre eles o Brasil, em setembro de 2000. Esse índice almejado ainda não é baixo, mas aceitável/ médio. No entanto, ainda não é atingido, continuando alta a taxa de mortalidade materna no país.

A Declaração do Milênio das Nações Unidas definiu oito metas para serem alcançadas até o ano de 2015, a saber: 1 – Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2 – Atingir o ensino universal; 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde materna; 6 – Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental; e 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

No ano de 2013, no Estado do Ceará, foram registradas 117 mortes maternas.

---

<sup>9</sup> Para se calcular pega-se o número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, divide-se pelo número de nascidos vivos e multiplica-se por 100 mil.

Fazendo uma cronologia, em 2010 foram registradas 114 mortes maternas, na razão de 79,2 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos; em 2011 foram 110 mortes maternas com a razão de 67,6 RMM; em 2012 registraram-se 135 mortes maternas com a razão de 90,6 RMM; em 2013 a razão decresce em relação ao ano anterior, ficando em 82,5 RMM, com 140 mortes maternas; por fim, em 2014, a RMM decresceu mais ainda e chegou em 61,2, menor índice para o Estado. No entanto, o índice no Ceará é considerado alto e ainda mais elevado se comparado ao índice brasileiro, segundo o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, de 09 de junho de 2015.

Em relação à mortalidade infantil<sup>10</sup>, sua taxa é definida como sendo o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico e temporal. As taxas são divididas em: taxas altas – de 50 a mais; taxas médias – de 20 a 49; taxas baixas – menos de 20. Já o período neonatal é dividido em: neonatal precoce – de 0 a 6 dias de vida; neonatal tardio – de 7 a 27 dias de vida; e pós-neonatal – de 28 dias de vida em diante.

Para a mortalidade infantil e fetal, no ano de 2012, no Brasil, a razão de mortalidade infantil ficou em 15,7 RMI por mil nascidos vivos; em 2013, caiu um pouco para 15 RMI, portanto a taxa brasileira é considerada baixa, conseguindo o país alcançar a 4ª meta para 2015 já em 2013, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por sua vez, no Ceará esse índice foi menor ainda. Em 2012 e 2013 apresentou-se a 9 RMI, sendo pactuado para 2015 a meta de chegar a 8,1 RMI.

Outros índices estratégicos almejados pelo Programa Rede Cegonha referem-se à realização de partos normais em cerca de 85% do total de procedimentos; e o aumento do número de consultas pré-natais para no mínimo 7, bem como a melhoria do atendimento.

Consoante o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, de 06 de setembro de 2013, no ano de 2012 do número total de partos realizados no Ceará 49,1% foram partos cesáreos, ficando acima do total almejado de 15%. Em 2013, esse índice sobe para 57%, segundo o mesmo informe de 2014. Consoante o mesmo informe os índices do número de consultas pré-natais no Ceará foram: em 2012: 4,8% das gestantes não realizaram nenhuma consulta; 36,1% menor ou igual a seis; 57,9% de sete ou mais; e 1,4% ignorado. Em 2013, 2,5% não realizaram nenhuma consulta; 37% menor ou igual a seis; 58,7% de sete ou mais; e 1,9% ignorado.

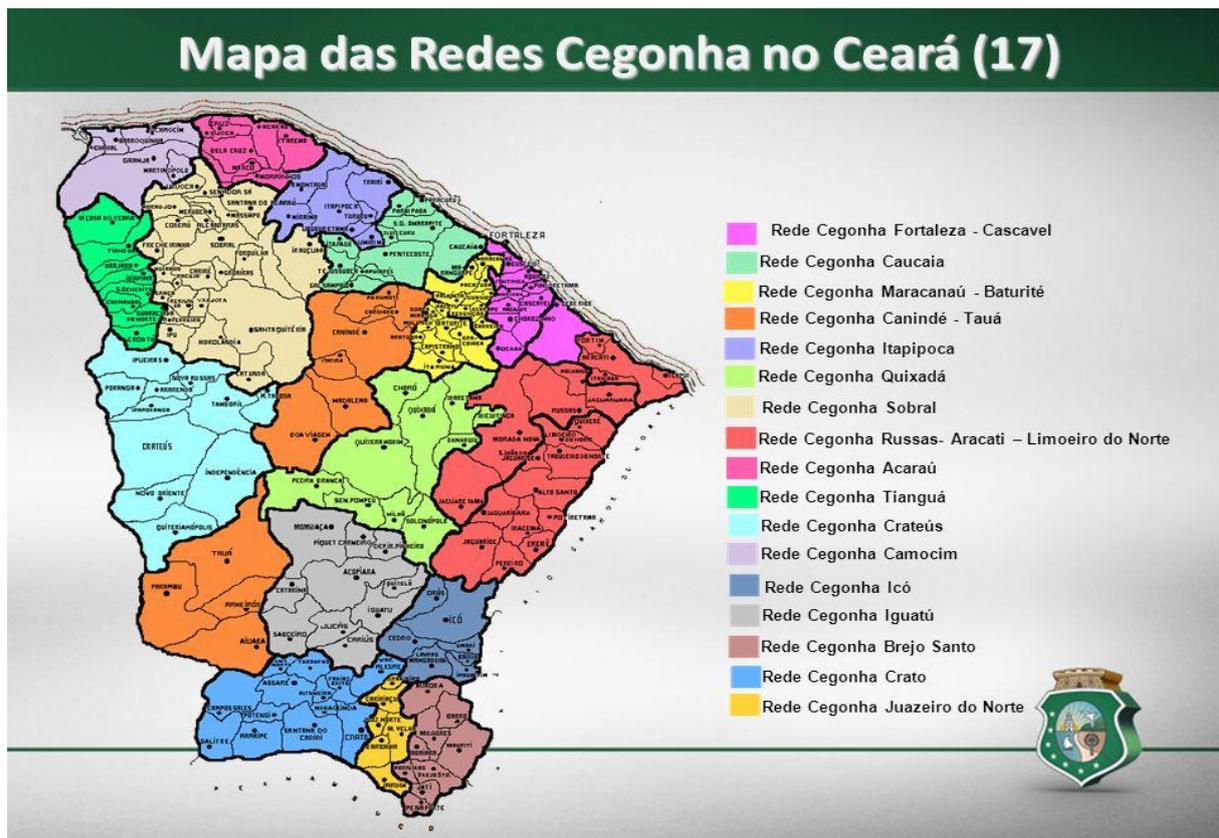
No Ceará, o Programa Rede Cegonha foi estruturado através da Deliberação 18,

---

<sup>10</sup> Para calculá-la, pega-se o número de óbitos de residentes com menos de 1 ano, divide-se pelo total de nascidos vivos e multiplica-se por mil.

de 03 de fevereiro de 2012, da Comissão Intergestora Bipartite do referido Estado, que homologou o Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha para o período de 2012 a 2014. Nessa Deliberação, o estado passou a se organizar por 17 Redes Cegonha nas suas 22 regiões de saúde, definidas com base na existência de regiões de saúde que compreendessem pelo menos pré-natal habitual e parto/ nascimento de risco habitual e de alto risco. Como nem todas as 22 regiões possuíam esse critério, houve a aglutinação de algumas, conforme proximidade territorial e possibilidade de pactuação das ações da Rede Cegonha (PONTES et al, 2013). Estas 17 Redes Cegonha do estado estão dispostas no mapa abaixo:

**Figura 6 – Mapa das Redes Cegonha no Ceará**



Fonte: SESA/CE.

Do grupo de 17 Redes Cegonha do Estado, seis municípios em 2012 começaram a receber recursos financeiros no valor de R\$ 50.684,767, 24; conforme aprovado pela Portaria 1.286, de 25 de junho de 2012, do Ministério da Saúde, para a implantação da Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha no Ceará (SESA/CE, 2012). Lembrando que esse Programa é dividido em etapas, a saber: Etapa I – Adesão e Diagnóstico; Etapa II – Desenho Regional; Etapa III – Contratualização dos Pontos de Atenção; Etapa IV – Qualificação dos

Componentes; e Etapa V – Certificação.

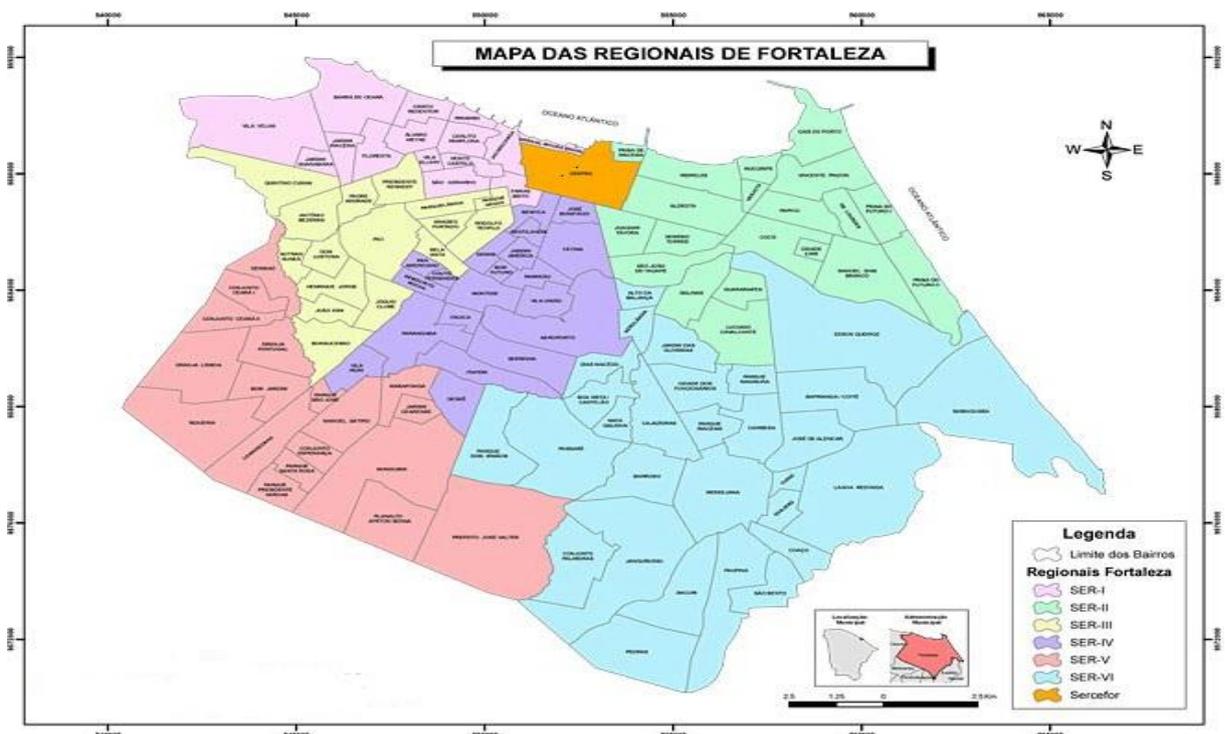
Os municípios habilitados foram: Fortaleza com repasse de R\$ 38.024.596,24 da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel; Sobral com R\$ 5.991.901,32 da Rede Sobral; Brejo Santo com R\$ 844.323,84 da Rede Brejo Santo; Juazeiro do Norte com R\$ 2.343.124,80 e Barbalha com R\$ 2.636.497,20 da Rede Juazeiro do Norte; e Quixadá com R\$ 844.323,84 da Rede Quixadá. Esses municípios receberam esses recursos em doze parcelas mensais, complementando os recursos da Portaria Ministerial, R\$ 229.332.907,24 foram destinados a 23 municípios ainda não habilitados que só farão jus aos recursos quando habilitarem seus serviços (SESA/CE, 2012).

Como contrapartida do estado do Ceará, R\$ 111 milhões deveriam ser captados por seus municípios. Desse total percebeu-se que em 2013 apenas 6%, ou seja, R\$ 7 milhões, foram captados, situação considerada grave, pois sem esses recursos não há o efetivo funcionamento da Rede Cegonha, conforme notícia do Diário do Nordeste *on-line* de 2013.

Em Fortaleza, as maternidades de referência da Rede Cegonha são divididas pelas 6 regionais de saúde, conforme o Mapa de vinculação das gestantes dos centros de saúde da família para as maternidades.

A divisão dos bairros pelas 6 regionais de saúde está expressa a seguir:

**Figura 7 – Mapa das regionais de Fortaleza**



Fonte: SMS/Fortaleza.

As referidas maternidades em Fortaleza, pactuadas para ofertar atendimento para a Rede Cegonha, são divididas em: **maternidades de referência para risco habitual** – da qual fazem parte o Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará; o Hospital Geral César Cals (HGCC); o Hospital Cura D’ars; o Hospital Geral de Fortaleza (HGF); a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC); o Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter; o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição; e o Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana; e **maternidades de referência para alto risco** – fazem parte o Hospital da Mulher; o Hospital Geral César Cals; a Maternidade-Escola; e o Hospital Geral de Fortaleza, dispostas conforme o mapa de vinculação das gestantes dos centros de saúde da família, agrupados em regionais, de I a VI.

Para a pesquisa em questão, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, localizada em Fortaleza-CE, foi a escolhida para estudo sobre o Programa Rede Cegonha, conforme será exposto no capítulo a seguir.

#### 4 PROGRAMA REDE CEGONHA: um estudo na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

Neste capítulo será feita a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo, por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Como já citado, as técnicas utilizadas para a coleta de dados foram entrevista estruturada, com a utilização de aparelho de gravação de áudio nas entrevistas com profissionais, gestor e apoiador institucional, e a observação simples, com suporte no diário de campo, na participação de reuniões do colegiado gestor.

##### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Na pesquisa em questão foram doze sujeitos entrevistados, perfazendo a seguinte caracterização:

Quanto ao sexo:

**Tabela 2 – Sexo dos sujeitos pesquisados**

SEXO	
FEMININO	10
MASCULINO	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à idade:

**Tabela 3 – Faixa etária dos sujeitos pesquisados**

FAIXA ETÁRIA	
Até 30 anos	1
Entre 31 e 40 anos	6
Entre 41 e 50 anos	3
Acima de 50 anos	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao vínculo empregatício:

**Tabela 4 – Vínculo empregatício dos sujeitos pesquisados**

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
ESTATUTÁRIO	10
CONTRATO – EBSEH	1
CONTRATO DE TRABALHO	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao tempo de serviço na saúde:

**Tabela 5 – Tempo de serviço na saúde dos sujeitos pesquisados**

TEMPO DE SERVIÇO NA SAÚDE	
Até 10 anos	2
De 11 a 19 anos	6
20 anos ou mais	4

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao tempo de serviço no local de atuação:

**Tabela 6 – Tempo de serviço no local de atuação dos sujeitos pesquisados**

TEMPO DE SERVIÇO NO LOCAL	
Até 10 anos	6
De 11 a 19 anos	3
20 anos ou mais	3

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos locais de atuação dos sujeitos pesquisados, foram citados: Apoio Institucional; Gerência da Maternidade-Escola; Serviço Social; Neonatologia (Farmácia, UTI, Canguru – UCINCa U2, Alojamento Conjunto e Sala de Ordenha); Unidades de Internação; Emergência; Sala de Parto; e Ouvidoria.

**Tabela 7 – Local de Atuação dos sujeitos pesquisados**

LOCAL DE ATUAÇÃO	
Apoio Institucional	1
Emergência	1
Gerência	1
Neonatologia	4
Ouvidoria	1
Serviço Social	2
Unidades de Internação	1
Emergência + Sala de Parto + Internação	1
Internação	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à categoria profissional, foram entrevistadas sete das nove categorias profissionais de saúde existentes na Maternidade-Escola, conforme a Resolução 287, de 08/10/1998, do Conselho Nacional de Saúde. Pois as categorias Psicologia e Fonoaudiologia não se enquadraram no critério de inclusão da amostra de ter pelo menos um ano de participação em reuniões do colegiado gestor, ou de não se disponibilizar em participar da

pesquisa. Somaram-se aos profissionais um gerente (formação profissional em Medicina) e o apoiador institucional de serviços da Rede Cegonha (formação profissional em Serviço Social). Cabe salientar que a ouvidora também é formada em Serviço Social, conforme a Tabela abaixo:

**Tabela 8 – Categoria Profissional dos sujeitos pesquisados**

CATEGORIA PROFISSIONAL	
Enfermagem	2
Farmácia	1
Fisioterapia	1
Medicina	2
Nutrição	1
Serviço Social	4
Terapia Ocupacional	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à participação do colegiado gestor, registram-se os seguintes colegiados na MEAC: Rede Cegonha (Geral), Neonatologia, Centro Obstétrico, Emergência, Unidades de Internação, Ambulatório, e Bloco Cirúrgico.

**Tabela 9 – Número de Colegiados Gestores participantes como sujeitos pesquisados**

Nº de Colegiados Gestores de participação (CG)	
Apenas 1 CG	4
2 CG	2
5 CG	2
6 CG	2
7 CG (todos)	2

Fonte: Elaborada pela autora.

Percebeu-se que a participação dos colegiados gestores se deu a partir de seu local de atuação. Os que participavam de um colegiado gestor representaram o seu local de atuação específico; os que participavam de muitos colegiados foram porque seu local de atuação é diverso, estando em mais de um local de atuação na Maternidade-Escola. Exemplo: os quatro participantes do Colegiado Gestor da Neonatologia exerciam suas atividades: um na UTI – Neo, um na UCINCa – Método Canguru, um na Farmácia da Neonatologia, e um no setor de Nutrição do Alojamento Conjunto e da Sala de Ordenha. Por conseguinte, os que participavam de todos foram a apoiadora institucional e um gerente, sempre que possível ou a pauta da reunião solicitasse. O Serviço Social, a Ouvidoria e a Medicina costumavam estar em mais de um local da maternidade, participando de mais de um colegiado gestor.

A Tabela 10 mostra o tempo de participação nas reuniões do colegiado gestor:

**Tabela 10 – Tempo de participação nas reuniões do colegiado gestor em anos dos sujeitos pesquisados**

Tempo de participação nas reuniões do colegiado gestor	QUANT. ANO
1 ANO	1
2 ANOS	2
3 ANOS	2
4 ANOS (Desde o início)	7

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao perfil dos entrevistados, a maioria é do sexo feminino, faixa etária de 31 a 50 anos de idade, vínculo empregatício estatutário, há mais de 11 anos na área da saúde, em média há 10 anos de serviço na MEAC, de diversas categorias profissionais, e nos mais diversos locais de atuação na MEAC. Muitos são participantes desde o início da implantação dos colegiados gestores específicos de sua atuação.

No próximo tópico a fala dos sujeitos pesquisados será inserida. A categorização numérica de um a doze tem a finalidade de preservar o anonimato.

#### 4.2 LÓCUS DA PESQUISA: A MEAC E O PROGRAMA REDE CEGONHA

A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), situada no município de Fortaleza, na Rua Coronel Nunes de Melo, s/n – Rodolfo Teófilo, está vinculada à Universidade Federal do Ceará (UFC). Desde 2010 faz parte do Complexo Hospitalar da UFC junto ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Tem como representante maior o Superintendente dos Hospitais Universitários, com a adoção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Como uma instituição de assistência à saúde vinculada a uma instituição de ensino superior está ligada ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério da Educação (MEC).

Tem como missão “promover o ensino, a pesquisa e assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.” (MEAC, 2015b, p.9).

A história da MEAC se iniciou em maio de 1955, quando o senador João Calmon de Medeiros começou a pôr em prática a ideia de construção da Maternidade Popular Escola de Fortaleza, devido à deficiência de assistência à saúde materno-infantil da Capital cearense. Esse jornalista realizou uma campanha de âmbito nacional sob a coordenação da rede “Diários e Rádios Associados”, da qual participavam jornais, revistas e estações de rádio e de

televisão.

No Ceará, na década de 1950, como não existia o princípio da universalidade, havia uma grande carência de leitos hospitalares filantrópicos destinados às gestantes pobres (MEAC, 2015b).

Em 1956, a segunda etapa da campanha foi iniciada a partir da construção efetiva do prédio. Em 14 de dezembro de 1963 foi inaugurada e entregue à Universidade Federal do Ceará, com 126 leitos numa área construída de 6.733,65 m<sup>2</sup>, no entanto só em 15 de janeiro de 1965 a MEAC começou a realizar os primeiros partos. José Galba Araújo foi seu primeiro diretor, administrando-a de 1965 a 1985. O nome da maternidade é uma homenagem ao diretor da rede “Diários e Rádios Associados”, Assis Chateaubriand, que doou uma quantia de dinheiro para a construção de um posto de Puericultura.

Decorridos quatro anos, a MEAC passou a ser juridicamente uma empresa privada sem fins lucrativos, decretada de utilidade pública pelo Decreto-Lei Nº 65027/69, com razão social de Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand [SAMEAC] (MEAC, 2015b, p.12).

Em 2010, ainda no governo Lula (2003- 2010), foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), por meio do Decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010, que “dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.” (BRASIL, 2010c).

O REHUF tem como objetivo reestruturar e revitalizar os hospitais universitários federais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). São no total 46 que desempenham funções de centros de referência de média e alta complexidade. Para isso busca estimular a função desses hospitais quanto ao local primordial de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, através da adoção e aprimoramento de programas de pós-graduação, residências médica e multiprofissional, pesquisas de interesse do SUS, dentre outros.

O REHUF, consoante Decreto 7082/10, guia-se pelas seguintes diretrizes:

I – instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; II – melhoria dos processos de gestão; III – adequação da estrutura física; IV – recuperação e modernização do parque tecnológico; V – reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e VI – aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010c).

No mesmo mês do ano em que foi anunciado o Decreto nº 7082/2010, que instituiu o Programa REHUF, já foram sentidas mudanças na Maternidade-Escola. No ano de

2010, em janeiro, conforme dados do jornal mensal de maio do Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais do Estado do Ceará (SINTUFCE), a Maternidade Escola Assis Chateaubriand se vinculou ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), formando o Complexo Hospitalar da UFC. Foram previstos R\$ 756 milhões de investimentos para todo o Brasil para serem investidos em infraestrutura, manutenção e recursos humanos. Para a UFC foram previstos cerca de R\$ 30 milhões durante cinco anos (SINTUFCE, 2010).

Outra ação dos governos petistas foi a adoção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada por meio da Lei 12.550/2011, de 15 de dezembro de 2011, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. A EBSERH é vinculada ao MEC, responsável pela gestão dos Hospitais Universitários – HUs. Ela faz parte do REHUF. Pode-se perceber nela uma relação público-privada nas universidades federais. A adesão dos 46 HUs se dá por meio de contratos firmados entre a EBSERH e as respectivas IFES. Do total de HUs, 23 já têm contrato firmado. A UFC firmou contrato em novembro de 2013<sup>11</sup>.

Esse momento de mudanças foi relatado na fala de uma das entrevistadas:

Quando eu falo das adversidades é porque é uma instituição que vem passando por várias mudanças nos últimos seis/ sete anos. Mudanças político-institucionais, já que nós fazemos parte da Universidade Federal do Ceará, que gerenciava os dois hospitais universitários, que até então funcionavam autonomamente do ponto de vista institucional, financeiro e administrativo, num dado momento passava a ter outra visão desse direcionamento administrativo, passou a ter uma unificação, intervenção na figura de um Superintendente, que tentou unificar essas ações e articulou esses dois hospitais universitários, do ponto de vista gerencial e administrativo, e aí num dado momento isso foi um choque porque a substituição foi muito súbita e muitas coisas do que foi pensando inicialmente, não foram alcançadas. (...) Algumas metas pensadas voltaram para a estaca inicial e, num processo posterior, foi a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSERH, que veio trazer um aprofundamento nessa questão gerencial e administrativa, que a gente tem sentido agora nos últimos anos. E aí são muitas mudanças mesmo que impactam do ponto de vista das relações profissionais, do cuidado e dos atendimentos prestados porque se implantou uma nova lógica, não mais uma lógica gerencial dentro de uma instituição pública e de ensino, mas uma lógica de uma empresa que gerencia serviços hospitalares em saúde, a gente está procurando entender esse contexto (Entrevistado nº 9).

A partir dos estudos realizados sobre a EBSERH, os teóricos do tema a veem como a privatização dos hospitais universitários, a partir de um perfil autoritário que reduz a autonomia das universidades federais. Tanto o REHUF quanto a EBSERH mais drasticamente instituíram nas universidades federais um modelo de organização gerencial por contrato de gestão (PINTO, 2013). Retiraram, por conseguinte, a autonomia universitária, com os HUs

---

<sup>11</sup> Em 25 de novembro de 2013, o Conselho Universitário (CONSUNI) da UFC aprovou a contratação da Ebserh para gerenciar seu Complexo Hospitalar.

passando a serem geridos a partir da obtenção de metas. Isto é sentido na fala do entrevistado.

Em meio a essas mudanças político-institucionais e administrativas inseriu-se a Política Nacional de Humanização na instituição. Datam do ano 2003 as primeiras discussões a partir da estruturação do primeiro Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), composto pelas seguintes categorias profissionais: Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Sociologia e Terapia Ocupacional (BATISTA, 2014). Percebe-se que não faziam parte as categorias profissionais propriamente técnicas no cuidado à saúde.

A fala do entrevistado nº 9 relata esse momento:

Nós, em um dado momento, tivemos a construção de um grupo interdisciplinar que a gente construiu essa modalidade trazida das intervenções de outros serviços de saúde que a gente tinha e aí nós começamos a construir esses espaços coletivos de discussão entre profissionais e gestores na época. (...) Durante muito tempo, a gente teve essa experiência que não surgiu da instituição, mas surgiu da necessidade dos profissionais no interior daquele serviço da internação. Foi uma experiência legal.

Em 2007, o Centro de Parto Humanizado Dr. Galba Araújo foi inaugurado com oito salas com cama Pré-Parto, Parto e Pós-Parto imediato (PPP) e uma sala com dois leitos para gestantes de alto risco (BATISTA, 2014). Nesse mesmo ano, em consonância com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 2005, foi garantido o direito de acompanhante às gestantes atendidas na maternidade, de livre escolha e durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (RIBEIRO et al. 2013).

Como outros direitos garantidos citam-se a implantação do serviço de cartório, a implantação da visita ampliada, e a garantia de refeição a todos os acompanhantes.

Em 10 de novembro de 2008, houve a implantação do Serviço de Cartório de Registro Civil, fruto da parceria entre a MEAC e o Cartório Cavalcanti Filho, em prol do combate à subnotificação dos registros de nascimento. Essa tarefa é monitorada pelo Serviço Social, que acompanha diariamente o número de registros de nascimento na maternidade. No ano de 2014, 2.297 recém-nascidos foram registrados na MEAC do total de 3.937 nascidos vivos, correspondendo 57,81% do total. Cabe salientar que cerca de 30% da população atendida pela instituição é procedente do interior do Estado, optando por registrar seus filhos no município de origem (FERREIRA, 2015).

Em 2010, o horário de visita foi ampliado de 14h às 20h. Antes havia dois horários: das 15h30min às 17h, e das 19h30min às 20h. Foi instituída também a visita das avós nas unidades neonatais. Em 2012, o horário de visita foi novamente ampliado, ganhando os familiares mais duas horas com as pacientes internadas, passando para 13h às 21h (BATISTA, 2014). Em 2015, por meio de muita luta, a ampliação das visitas chegou ao turno

da manhã e, atualmente, é de 7h às 21h.

Em dezembro de 2011, foi garantida a concessão de refeições a todos os acompanhantes. Antes só era concedida aos acompanhantes provenientes do interior do Estado, de outros estados ou por meio de avaliação feita pelo Serviço Social (RIBEIRO, 2015). Cabe destacar que muitas conquistas se deram a partir da adoção do Plano de Qualificação das Maternidades, em 2009.

Em 2009, foi instituído o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e no Nordeste (PQM) como parte integrante do Pacto para a Redução da Mortalidade Infantil e Materna nessas regiões<sup>12</sup> (RIBEIRO et al, 2013).

Ao total, 26 maternidades foram apoiadas pelo PQM nas referidas regiões. No Ceará, fizeram parte a Maternidade-Escola e o Hospital Geral César Cals, escolhidos a partir de determinados critérios técnicos: “Pertencer à rede do SUS, realizar mais de 1.000 partos por ano, dispor de UTI neonatal, ser referência para a formação profissional.” (MELO, 2014, p.38).

Na primeira fase do PQM as diretrizes que norteavam as ações de qualificação das maternidades foram: A) Cogestão; B) Direito ao acompanhante e ambiência; C) Vinculação da gestante ao local de parto desde o pré-natal; D) Acolhimento em rede, e Acolhimento com classificação de risco (MELO, 2014).

Novas personagens entraram em cena, constituindo uma estratégia inovadora no SUS, o apoio institucional na figura dos apoiadores institucionais, que foram contratados:

(...) para conduzirem e apoiarem a implantação do Plano, tendo em vista a complexidade das ações e objetos propostos. (...) [Eles] colaboraram com a implantação do PQM fomentando a qualificação da atenção e da gestão, ativando coletivos, estimulando o trabalho em equipe, realizando rodas de conversa e oficinas de trabalho com os profissionais, além de ações que promovam a articulação das redes de atenção à saúde (MELO, 2014, p.38-39).

Na MEAC, essa primeira fase iniciou-se em dezembro de 2009, com a vinda da apoiadora institucional do Ministério da Saúde que inicialmente realizou diagnóstico da maternidade a partir de indicadores de produção, assistenciais e epidemiológicos; identificou os principais desafios e avanços, e desenhou modelo de atenção e de gestão, construindo o Plano de Ação coletivamente (RIBEIRO et al, 2013).

O PQM, quando foi iniciado, precisava montar um Plano de Ação, esse Plano de Ação é que nos orienta. Esse Plano de Ação é construído numa oficina com a

---

<sup>12</sup> Cabe salientar que desde 2008 o Governo Federal definiu quatro ações prioritárias para essas regiões, visando à redução das iniquidades regionais, a saber: redução do analfabetismo, erradicação do sub-registro civil, fortalecimento da agricultura familiar e redução da mortalidade infantil (MELO, 2014).

participação de todos os representantes da maternidade de todos os setores, de todas as categorias profissionais. A gente faz de forma mais coletiva possível para que todos possam se responsabilizar e não ficar uma coisa só conduzida pela direção (Entrevistado nº 12).

O Programa de Qualificação das Maternidades no Nordeste e na Amazônia Legal, que foi os primeiros passos da Rede Cegonha, onde se começou a ter realmente a introdução da figura do apoiador institucional, construindo o levantamento das condições da nossa instituição, no caso, a MEAC, e se começou a traçar o Plano de Ação coletivamente, as metas, as ações e as diretrizes a serem seguidas nesse Plano de Ação nos orientando a trabalhar através dos incentivos financeiros, das capacitações, do monitoramento, da construção de indicadores para que se pudesse realmente focar nessa melhor condição. Então o PQM foi uma fase inicial, introdutória e, após esse período, houve realmente a configuração e a implementação da Rede Cegonha propriamente dita. (Entrevistado nº 9).

A segunda fase do PQM foi a implantação do Programa Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/11, de 24 de junho de 2011. Nessa fase acrescentaram-se as diretrizes: E) Implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; F) Constituição e/ou fortalecimento de fóruns perinatais; e G) Desenvolvimento e integração do PQM ao conjunto de ações e investimento da Rede Cegonha. Cabe destacar que o Programa Rede Cegonha amplia as ações do PQM para todas as regiões do país, e não apenas à Amazônia Legal e ao Nordeste (MELO, 2014).

Sobre o início do Programa Rede Cegonha na MEAC, cinco entrevistados relataram ter vinculação com o PQM. Outros quatro fizeram vinculação à Política Nacional de Humanização e à tentativa do Governo Federal de redução da mortalidade neonatal.

O Programa Rede Cegonha é um programa nacional do Governo Federal, ele é uma extensão do Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e da Amazônia Legal, que tem uma das propostas reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Como também está garantindo essa rede de assistência à saúde da mulher e do seu bebê, pelo menos, até seus dois anos de vida. Essa rede de cuidados perpassa não só aqui no hospital, mas também em toda a rede de assistência que essa mulher, desde o momento que ela tomou ciência que está gestante, seu acompanhamento do pré-natal, seu encaminhamento para uma atenção especializada, parto e nascimento e pós-alta (Entrevistado nº 5).

Ela [A Rede Cegonha] vem complementar o que antes era chamado de política de governo Parto Humanizado. Têm vários caminhos que ela percorre: ela faz a assistência à saúde da mulher, essa assistência à mulher vai desde o parto ao puerpério; a questão do nascimento que é o cuidado com a criança; o planejamento familiar; e, além dessa atenção voltada, também vem a questão da estruturação dos serviços, novas estruturas para o serviço com financiamento; também tem outra parte que vem para a qualificação dos profissionais. Então ela tenta trabalhar vários mecanismos que podem estar melhorando essa assistência à atenção materno-infantil (Entrevistado nº 3).

Em 2013, a MEAC foi escolhida pelo Ministério da Saúde, junto a cinco outras maternidades, como centro de apoio às boas práticas na atenção obstétrica e neonatal da Rede Cegonha. As outras cinco maternidades são: Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré

(Boa Vista-RR), Hospital Risoleta Neves (Belo Horizonte-MG), Hospital da Universidade Federal do Maranhão (São Luís-MA), Maternidade Balbina Mestrinho (Manaus-AM), e Maternidade Dona Regina (Palmas-TO). Está à frente da tutoria desses centros de apoio a maternidade de referência no Brasil – o Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte-MG).

Essas seis maternidades foram escolhidas por atenderem a critérios tais como:

(...) ser 100% SUS, atender pacientes de risco habitual e alto risco, (...) por oferecer ambiência adequada, acolhimento e privacidade às mulheres e seus acompanhantes, por ter enfermeiros obstetras realizando parto normal, por realizar mais de 1000 partos/ano, por ter implantado o Acolhimento com Classificação de Risco e por realizar assistência humanizada a mulheres vítimas de violência e abortamento (MEAC, 2013b).

Em 2014, como já exposto, a estrutura administrativa e gerencial da MEAC é reformulada com a EBSERH. Um dado relevante colocado por oito dos doze sujeitos pesquisados foi a entrada da EBSERH e/ou a contratação de novos profissionais para suprir a carência há muito tempo sentida pela instituição.

Com a entrada da EBSERH é prevista a contratação de 1.920 novos funcionários. Desse total, 1.293 para a MEAC e 627 para o HUWC. Conforme estudos realizados sobre dimensionamento de pessoal na MEAC, encontrou-se o número de 1.703 profissionais necessários para o funcionamento dessa maternidade (MEAC, 2013a).

No ano de 2014, antes da contratação de novos funcionários pela EBSERH, a MEAC contava com cerca de 960 funcionários apenas, entre estatutários (460 funcionários), celetistas e terceirizados, apresentando um déficit de 56,37% do seu quadro de pessoal. Com a EBSERH, a MEAC já contratou 583 novos funcionários, desde setembro de 2014 até os dias de hoje, um acréscimo de 60,72% de seu quadro profissional.

Foi visível a mudança, expressada na fala dos entrevistados, ora como ampliação do quadro de profissionais, ora como volta à estaca zero no processo de capacitação das ações da Rede Cegonha, como expressado na fala abaixo:

Nós estamos num momento delicado, porque nós estamos recebendo profissionais novos, esses profissionais não têm experiência nem com o Programa Rede Cegonha nem com a própria maternidade, são profissionais de formação geral, são pessoas que precisam passar por treinamento, por sensibilização para poder abraçar a causa. A gente está nesse processo de transição, bem como de preenchimento de vagas (Entrevistado nº 1).

Quanto aos indicadores estratégicos de monitoramento e avaliação da Rede Cegonha na MEAC em 2014, com base em seu Relatório Institucional Assistencial do referido ano, destacam-se os seguintes números:

**1) Acolhimento em rede/vinculação da gestante:** 55.261 atendimentos (porta de entrada – Emergência/Ambulatórios); 164 casos de sífilis congênita; 20 casos de sífilis materna; 61 mães HIV+; 549 internações por abortamento; e mapa de vinculação da maternidade em rede, implantado desde 2012.

**2) Acolhimento com Classificação de Risco – ACR:** construção/validação de protocolos e manuais de ACR; “Vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs; acolhimento a toda urgência e emergência gineco-obstétrica de acordo com a classificação de risco; direito à permanência da mãe durante todo o período de internação do RN de risco (UTI, UCI). Quanto a esse indicador, no site da MEAC há o link do Procedimento Operacional Padrão (POP) da Emergência: EMR 01 Fluxo de Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência.

**3) Direito ao acompanhante:** 80% das mulheres tiveram acompanhante de livre escolha em toda internação e procedimentos (pré-parto, parto e pós-parto). É garantida na MEAC a presença da mãe acompanhante nos espaços de UTI e UCI neonatal e, desde 2010, o direito à visita ampliada.

**4) Boas práticas de atenção ao parto e nascimento:** 53,2% de cesárea; 46,8% de parto normal; menos de 1% de analgesia farmacológica no parto normal; 90% de mulheres receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor; 90% de mulheres com contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida; 80% de mulheres com acompanhante durante todo o período de internação; 8 leitos do Centro de Parto Normal (CPN) com disposição de espaço PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato); 2.297 recém-nascidos registrados na MEAC, serviço implantado desde 2008.

**5) Cogestão:** colegiado gestor; assento no grupo condutor da RC; comitês ou grupos estratégicos locais para condução dos processos; núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento (vigilância ao óbito e outros); participação em Fórum Perinatal Intersetorial; documentos de compromissos e pactuações institucionais acerca dos fluxos (termos de compromissos, contratos e similares) e a ouvidoria.

Quanto a esse indicador, na MEAC existem seis colegiados gestores por unidade e um colegiado gestor ampliado; tem presença ativa nos comitês e fóruns locais e regionais por parte da gestão; conta com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) e com comitês de mortalidade materna e infantil; tem pactuação, desde 2012, quanto à Rede Cegonha; e possui um setor de ouvidoria funcionando em horário comercial.

**Outros números da MEAC,** no ano de 2014, 9.518 internamentos foram realizados, perfazendo uma taxa de ocupação hospitalar de 91,7% (88,2% na clínica obstétrica

no 1º andar; 77,1% nas clínicas obstétricas e ginecológicas no 2º andar; 75,3% na UTI materna; e 107% nas unidades neonatais).

De 3.920 partos em 2014, 1.836 (46,8%) foram partos normais, e 2.084 (53,2%) partos cesáreos. Significa que a proporção proposta pela Rede Cegonha de apenas 15% de partos cesáreos esteve longe de ser alcançada; para a MEAC a meta imposta é de 35%, conforme pactuação com o Ministério da Saúde, na figura do apoiador institucional. Cabe salientar que todos os partos normais ocorreram em posição vertical. Registraram-se 4.038 recém-nascidos, em virtude de partos gemelares. Desse total, 3937 nasceram vivos e 98 natimortos. O número de óbitos não fetais foi de 124, e 10 óbitos de mulheres.

Em quase 90% dos partos normais foi utilizado pelo menos um método não farmacológico para o alívio da dor, como o uso do balanço pélvico (cavalinho e bola de Bobath), deambulação, banho de aspersão, massagens e técnicas de relaxamento. Registrou-se a queda do uso de ocitocina (para indução e condução do trabalho de parto) de 40% em 2012, para 25% em 2014, e do uso da episiotomia (laceração perineal de 2º grau) de 20% em 2013, para 15% em 2014.

**De janeiro a setembro de 2015** os números são aproximados dos de 2014 com pequena ampliação, a saber: 8.692 internamentos, perfazendo uma taxa de ocupação hospitalar de 94,4% (87,7% na clínica obstétrica no 1º andar; 89,6% nas clínicas obstétricas e ginecológicas no 2º andar; 89,6% na UTI materna; e 110,7% nas unidades neonatais). 3.957 partos realizados, sendo 1.835 (46,43%) partos normais, e 2.122 (53,57%) partos cesáreos. Registraram-se 4.068 recém-nascidos, em virtude de partos gemelares. Desse total, 3.971 nasceram vivos, e 97 natimortos. O número de óbitos não fetais foi de 119, e 9 óbitos de mulheres (MEAC, 2015b).

#### 4.3 COLEGIADO GESTOR NA MEAC E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA

Este tópico é imprescindível por ser o norte da pesquisa. Os sujeitos pesquisados tiveram como critério de inclusão a participação no colegiado gestor de ao menos um ano. Ao longo da pesquisa essa diretriz foi sempre pontuada. Pode-se perceber a sua importância na MEAC no contexto de implantação do programa Rede Cegonha.

A cogestão é uma das diretrizes que norteiam a Rede Cegonha, sendo implementada desde o Plano de Qualificação das Maternidades, visão que já vinha sendo discutida na Política Nacional de Humanização por meio da gestão participativa.

A gestão participativa no SUS é um instrumento valioso criado pela Política Nacional de Humanização como uma das formas de operacionalizar a participação social, um dos princípios do SUS, resultando em maior democracia da gestão da saúde (BRASIL, 2007).

Esse novo modo de gerir os espaços de saúde é uma alternativa para os modos de gestão centralizados e verticais, constituindo-se um modelo mais democrático nos processos de decisão. São partes ativas: gestores, trabalhadores e usuários do SUS, garantindo um poder compartilhado.

Dois grupos de dispositivos são adotados para a promoção da gestão participativa no SUS, a saber: o primeiro grupo está vinculado à organização do espaço coletivo de gestão, como conselho de gestão participativa, colegiado gestor, mesa de negociação permanente e contratos de gestão. O segundo grupo se refere à garantia de participação ativa de usuários e familiares nas unidades de saúde, mecanismos como visita aberta e direito ao acompanhante; equipe de referência e gerência com horários abertos; ouvidoria descentralizada; família participante, grupo focal, grupo de pais; e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

Dentre os dispositivos de gestão participativa elencados, teve ênfase, neste tópico, o colegiado gestor, definido como:

Um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. (...) São espaços coletivos deliberativos. (...) Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas. (BRASIL, 2006a, p.11)

Na Rede Cegonha a gestão participativa tem diversas ações. No componente Parto e Nascimento é estimulada a implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Na MEAC, com base nas falas dos entrevistados, essa diretriz já vem sendo trabalhada desde 2003, com o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), que deu base para a formação dos colegiados gestores atuais.

Para a Rede Cegonha a MEAC deu continuidade ou implantou seis colegiados gestores por unidade de cuidado mais o colegiado gestor da Rede Cegonha, totalizando sete colegiados. Com base na fala do entrevistado nº 12, a MEAC se apresenta como exemplo para as demais maternidades do país.

MEAC, por exemplo, para implantar diretrizes da cogestão, (...) tinha a função de implantar o colegiado gestor maior, que a gente implantou, e colegiados por unidade de produção, geralmente a gente implanta dois colegiados só, o colegiado da Obstetrícia e da Neonatologia. MEAC despontou com a proposta muito melhor de

implantar em cada unidade. Hoje são seis colegiados de unidades, além do colegiado ampliado, que é o Colegiado da Rede Cegonha (Entrevista nº 12).

Os colegiados gestores por unidade de cuidado foram implantados na seguinte ordem cronológica: 1) CG da Neonatologia, em março de 2011; 2) CG do Centro Obstétrico, em abril de 2011; 3) CG da Emergência, em maio de 2011; 4) CG de Unidades da Internação, em março de 2013; 5) CG do Ambulatório, em outubro de 2013; 6) CG do Bloco Cirúrgico, em fevereiro de 2014.

Percebe-se que os três primeiros foram implantados ainda no PQM e tiveram continuidade com a Rede Cegonha. Por sua vez, os três últimos foram implantados já com a Rede Cegonha, conforme a Figura 10, onde se visualiza a inter-relação entre os colegiados.

**Figura 8 – Gestão Colegiada na MEAC**



Fonte: Melo (2014).

Aos dez profissionais entrevistados (menos o gerente e a apoiadora institucional nesta questão) foi indagado **quando surgiu o interesse em participar desse espaço**. As categorias formadas foram: **convite e interesse próprio**. Seis responderam que foram convidados a participar das reuniões por ser um espaço multiprofissional; os outros quatro relataram que foi de interesse próprio, por acharem imprescindível a participação ativa de todas as categorias profissionais nesse espaço.

A gente foi convidada, um dos quesitos era que o Colegiado fosse bem multidisciplinar, então elas pegaram a representação de cada profissão para chamar, para compor o colegiado. (...) Eu fui convidada, achei interessante, porque é uma oportunidade da gente ter uma voz ativa ali dentro, saber algumas discussões, então de pronto eu quis participar (Entrevistado nº 2).

Na fala do entrevistado percebe-se um dos critérios primordiais para a

implantação de um colegiado gestor: ser multiprofissional. Mesmo que o entrevistado tenha sido convidado, o interesse em continuar participando prevaleceu e ele passou a perceber a importância de os trabalhadores se apropriarem desse espaço. Brasil (2006a) colocou a necessidade de participação de todos os membros da equipe. Quando não possível, de representações que poderiam ser por categorias profissionais.

Quanto à outra categoria – interesse próprio – cita-se a fala do entrevistado nº 5, que expressou que esse espaço deve ser apropriado por todos:

Eu considerava imprescindível à participação de todos os profissionais no colegiado, porque as discussões seriam coletivas, perpassando todas as categorias profissionais e as ações, o trabalho em equipe, tudo ia ser discutido coletivamente, as dificuldades, os problemas, que ações que o grupo todo poderia discutir para poder melhorar os serviços. Inclusive até para o estabelecimento de indicadores da Rede Cegonha. Então, essas discussões são muito importantes, para além do interesse, tem também a necessidade dessa participação. Eu considero importante!

Sobre o **significado desse espaço para os trabalhadores**, as categorias principais foram relacionadas à **participação coletiva de discussões para a tomada coletiva de decisões**.

Porque todos precisam ser ouvidos. Na verdade, as decisões não são tomadas verticalmente, de cima para baixo. As decisões são compartilhadas, elas são discutidas, elas são refletidas coletivamente, e isso repercute diretamente nas ações, nos atendimentos (Entrevistado nº 5).

Cabe salientar que dois entrevistados colocaram que essa participação não era algo sempre harmonioso, com decisões unânimes, mas que era um espaço para a correlação de forças.

É um momento em que se socializa realmente todo esse processo dos aspectos positivos e negativos, no encaminhamento do dia a dia, do cotidiano das ações dos profissionais e está na mesma instância também que os gestores se encontram, de certa forma, muitas vezes, pode acontecer conflito e divergência de ideias, mas aí é nesse plano, nessa arena de conflitos como a gente entende a participação nesses espaços coletivos é que se dão realmente o processo democrático (Entrevistado nº9).

O ambiente hospitalar é, por vezes, centrado na visão biomédica, e esse espaço coletivo de discussões põe em xeque essa visão ao dar vez e voz a todas as categorias que participam do processo de produção de saúde, e não mais do processo saúde-doença, como anteriormente definido. Cada saber tem sua importância. Isso na MEAC é outra postura de gestão, mais participativa, é outro olhar para a construção de práticas democráticas em saúde.

No Brasil, uma boa parte dos estabelecimentos de saúde ainda continua adotando uma gestão centralizadora, burocrática e pouco participativa (BRASIL, 2007). Dinâmica contrária se apresentou na MEAC, que, conforme inúmeras falas dos entrevistados, é modelo

de gestão colegiada para todo o país.

O modelo de gestão da MEAC hoje, de gestão colegiada, ela é modelo para o Ministério da Saúde, para o Brasil todo. O Ministério hoje utiliza a MEAC como exemplo para todas as maternidades do Brasil, em relação à gestão colegiada (Entrevistado nº 12).

A Rede Cegonha traz uma das propostas a implantação do colegiado gestor nas unidades de cada serviço, então, a Maternidade-Escola, a gente reconhece que ela em todas as unidades de serviço tem seu colegiado gestor, que funciona direitinho, ela serve até de modelo para os outros estados em nível de Brasil (Entrevistado nº3).

Fazendo todo um aparato de como funciona os colegiados gestores da MEAC, percebeu-se a importância dos mesmos para a implantação da Rede Cegonha na instituição. Para a indagação de qual a **percepção dos profissionais quanto ao processo de implantação da Rede Cegonha na MEAC**, as categorias citadas em todas as falas remeteram a melhorias e avanços na instituição.

Notou-se que a implantação da Rede Cegonha na maternidade foi relatada a partir de seus pontos positivos. Percebeu-se que os entrevistados viam a Rede Cegonha como um Programa que trouxe para a MEAC **avanços, melhorias, resultados satisfatórios, ações acontecendo efetivamente, maior aceitação/ assimilação pelos profissionais e presença ativa do Ministério da Saúde.**

Em outro momento serão expostos os entraves à implantação desse programa na MEAC. Nesta questão específica percebeu-se o quanto os profissionais abraçaram a Rede Cegonha e estavam envolvidos em suas ações.

Eu avalio que a Rede Cegonha, agora nesse momento, está muito mais bem aceita, muito mais assimilada pela equipe. No começo, a gente tinha mais resistência, muita resistência mesmo, a ponto de a gente dizer “Se está com dificuldade, então pronto, não tem recurso para a Maternidade-Escola” (Entrevistado nº 6).

Eu acho que é um dos hospitais do Brasil que está com este processo mais avançado, tanto é que a gente é escolhida também como um replicador dessas boas práticas, como uma das maternidades de referência do Brasil, eu acho que são duas aqui no nordeste, e a gente é uma delas. (...) Para esses encontros lá em Brasília, nessas reuniões que a gente já foi, nesses cursos, a gente vê os outros locais do Brasil, as outras maternidades, a gente está num nível bem mais avançado, bem situado em relação ao restante do Brasil (Entrevistado nº 7).

Eu acho que ela vem sendo bem trabalhada aqui, eu acho que as coisas estão caminhando e está caminhando bem e o caminho é esse mesmo, não tem como a gente correr mais do que isso não. Eu acho que a gestão está empenhada, tem interesse, a Maternidade abriu as portas realmente para a Rede Cegonha, para o que ela está trazendo de novo (Entrevistado nº 8).

Quando os profissionais se sentem partes da equipe são propositivos e participativos, pode-se dizer que esse lugar de trabalho promove saúde no trabalho e no

trabalhador. Ao contrário, quando o local de trabalho burocratiza e centraliza as decisões, o trabalhador se desgasta, sofre e adocece (BRASIL, 2007). Na MEAC ocorreu o primeiro exemplo em que os trabalhadores foram chamados para ser presença ativa na implantação da Rede Cegonha na instituição. Por isso o processo vem dando certo.

O processo de implantação da Rede Cegonha, como citado nas falas, é uma estratégia inovadora do SUS, facilitado pela presença ativa do Ministério da Saúde na figura do apoiador institucional. Com certeza poderia ser inserido em outras políticas públicas.

As falas demonstraram que a Rede Cegonha é uma política pública palpável que norteia as ações da maternidade, tem metas a serem cumpridas (e muitas!), mas que “não é uma cobrança compulsória, é uma ponte de diálogos.” (Entrevistado nº 4). O Governo Federal impõe metas e a responsabilidade em seu cumprimento é da instituição, mas o Ministério da Saúde dá todo o aparato técnico-metodológico, por meio do apoiador institucional.

Essa função de apoiador é uma coisa nova, antigamente o Ministério jogava as portarias e dizia cumpra-se. Agora não, a gente tem, em algumas situações, a figura do apoiador para orientar a implantação daquelas ações que estão propostas nas Portarias (Entrevista nº 12).

Houve primeiramente a sensibilização do programa para os gestores e trabalhadores de cada instituição; depois houve a formulação do plano de ação construído em equipe a partir de oficinas. Esse plano é (re)avaliado e monitorado na sua execução periodicamente.

Essa questão do apoio institucional, eu acredito que deveria acontecer em toda política pública. Porque, muitas vezes, pensa-se em implantar a política pública, viabilizar recursos, solicitar a questão do cumprimento de ações, mas, muitas vezes, não há o monitoramento, não há aquela aproximação. O apoio institucional vai além de uma supervisão, ele é um acompanhamento dinâmico do processo, onde o apoiador constrói junto essas ações e isso faz a diferença. Porque sem o monitoramento das ações, fica difícil realmente se exigir da instituição o cumprimento de ações. Esse é o diferencial (Entrevistado nº 9).

A capacitação para a implementação das ações da Rede Cegonha – cursos, oficinas e palestras – foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir da interlocução do apoiador institucional, um apoio matricial que foi um supervisor do Ministério da Saúde, e um hospital de referência nacional da Rede Cegonha, o Hospital Sofia Feldmann, de Belo Horizonte-MG.

Na Maternidade, uma das principais ofertas foi, por exemplo, uma visita ao Hospital Sofia Feldmann, em Belo Horizonte, (...) foram quatro pessoas da maternidade, (...) passamos lá dois dias, conhecendo o Hospital, conhecendo a dinâmica de funcionamento, quando volta, a gente monta um plano de ação em cima daquela visita, o que a gente viu legal de lá, o que a gente pode implantar aqui, como é que a gente pode melhorar nossos processos, baseado na experiência que a gente viu

(Entrevistado nº 12).

No Ceará, há seis maternidades/hospitais que são acompanhados pelo apoiador institucional de serviços da Rede Cegonha, a saber: em Fortaleza, Maternidade-Escola, Hospital Geral César Cals, Hospital Geral de Fortaleza, e Gonzaguinha de Messejana; em Sobral, Hospital Regional do Norte (HRN), e Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SESA/CE, 2014). São dois apoiadores institucionais no Estado, um acompanhando as maternidades de Fortaleza, e o outro as de Sobral.

Neste tópico percebe-se que o colegiado gestor, para os sujeitos entrevistados, é uma ferramenta que possibilita a implantação da Rede Cegonha na MEAC. Esse dispositivo de cogestão se apresenta bem trabalhado e fortalecido na instituição pesquisada.

#### 4.4 POSSIBILIDADES E LIMITES DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC

A Rede Cegonha na MEAC está sendo implantada desde 2012. Os **pontos** mais citados pelos sujeitos pesquisados **que facilitam esse processo na instituição** foram: em **primeiro lugar**, com seis citações – **vontade dos profissionais, disponibilidade e interesse dos profissionais, engajamento das pessoas, empenho e dedicação dos profissionais**.

Essa categoria foi colocada repetidas vezes pelos entrevistados, uma prova de que a Rede Cegonha está sendo bem trabalhada na MEAC, pois esse programa acontece não pelas facilidades, mas porque mesmo diante das dificuldades os profissionais se dispõem a implantá-lo, como bem expressa o entrevistado nº 9:

Tem que ter muita disposição para que as coisas não caiam só nas dificuldades, (...) não é uma tarefa fácil, não tem sido fácil, (...) mas também não tem sido um fator de imobilidade (Entrevistado nº 9).

O que facilitou eu acho que é a vontade dos profissionais de fazerem acontecer. São pessoas que tomam aquilo para si. Aqui na Maternidade por ser um ambiente de maternidade, as pessoas normalmente se envolvem muito na causa, elas normalmente abraçam mesmo. (...) Os profissionais que estão aqui são provavelmente os melhores da cidade, passaram por um concurso que foi altamente selecionado, então são pessoas que tanto tecnicamente são preparadas como pessoalmente se envolvem. (...) Eu creio que a Rede Cegonha funciona muito mais porque as pessoas querem do que propriamente de ter condições para isso. Normalmente o que é que acontece a vontade das pessoas faz a condição aparecer (Entrevistado nº 1).

Locais de trabalho onde se percebem espaços verdadeiros de discussão coletiva e tomada de decisão conjunta asseguram “motivação, estímulo à reflexão e aumento da autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a

criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social.” (BRASIL, 2007, p.10). Os profissionais da MEAC, mesmo diante de dificuldades são propositivos, inquietos e buscam soluções conjuntas para os problemas.

A **segunda categoria** mais citada pelos entrevistados, no total de quatro vezes, foi o **apoio institucional do Ministério da Saúde** com os termos: vinda da apoiadora do Ministério da Saúde e presença da representante do Ministério da Saúde.

Eu acho que a vinda da apoiadora do Ministério da Saúde tem ajudado bastante nesse processo, que no começo foi árduo, pois nós tivemos muitas resistências. (...) Eu acho que a participação dessa apoiadora aqui tem contribuído bastante para que realmente o Programa se efetive e esteja acontecendo dentro do hospital (Entrevistado nº 5).

Relatou-se em tópicos anteriores a importância dessa estratégia para a implementação das ações do PQM e da Rede Cegonha.

Em **terceiro lugar** formou-se o termo **colegiado gestor**, categoria-chave nas falas dos entrevistados, citada em três ocasiões para esta questão.

Eu acho que essa questão dos colegiados, porque são multiprofissionais e isso possibilita uma visão mais ampla de todo o contexto de nossa assistência. (...) Eu acho que o ponto mesmo são essas participações, que não é mais aquela coisa que vem de cima para baixo e você tem que aceitar e fazer sem ter o porquê, sem ter o para quê, sem você ser atuante, ser só um subserviente (Entrevistado nº 4).

Hoje o que está facilitando é a presença forte do colegiado, a presença forte da representante do Ministério aqui dentro, a cobrança dos resultados pelo Ministério (Entrevistado nº 8).

Com esse dispositivo forte realmente implantado, são perceptíveis as possibilidades de mudanças de paradigmas, como relatado pelos entrevistados. Os colegiados gestores da MEAC estão efetivados, fazendo acontecer o processo democrático de decisão.

**Por fim**, em três ocasiões, a **disponibilidade da gestão** foi citada.

O gestor atual daqui também dá essa plena liberdade para a gente, de a gente estar tendo essa autonomia no serviço. Todo mundo sabe que se o negócio esquentar pode procurar ele que ele está lá para apoiar e dar a última palavra e dizer “Nós temos que fazer assim”. Então tudo isso é muito bom, a gestão em si aqui (Entrevistado nº 3).

O gestor pode dizer assim “Ah, eu apoio, eu dou todo o meu apoio para fazer”, mas não se envolve. A equipe fica solitária. Ele [o gestor da MEAC] apoia, está junto, cobra, vai lá, manda chamar, acompanha, monitora, porta aberta, senta com a gente, está presente em todas as reuniões que a gente propõe, ele é a pessoa que chega, é pontual, ele é super elogiado no Fórum da Rede Cegonha, no Comitê Estadual, ele é o único diretor de maternidade que está presente em tudo. Ele acompanha tudo mesmo de perto, isso é um diferencial (Entrevistado nº 12).

Nesta categoria, para o processo de gestão participativa, são atuantes todos os sujeitos que fazem o SUS. O gestor, em especial, tem uma função que é a de sensibilização de

sua equipe. Para tanto, o gestor da MEAC aparece como exemplo a ser seguido, participando ativamente do processo de implantação da Rede Cegonha em todas as instâncias de participação.

Os profissionais da MEAC têm consciência de que nem tudo são flores. Tanto que os limites apontados por eles na implantação da Rede Cegonha nesta maternidade são:

**Dois categorias foram as mais citadas, estando na fala de quatro entrevistados: resistência dos profissionais/ falta de adesão dos profissionais e falta de infraestrutura adequada.**

Quanto à primeira categoria, ao mesmo tempo em que a vontade dos profissionais de fazer acontecer o programa foi a categoria mais citada como ponto forte na instituição, o contrário foi a categoria mais citada como ponto fraco. Percebe-se um movimento contraditório, dinâmico.

Eu acho que o ponto fraco é (...) as nossas velhas manias de fazer as mesmas coisas do que já foi feito, a resistência a algumas mudanças propostas, das práticas que são reconhecidamente boas e que nem sempre a gente consegue implementar na prática diária da assistência (Entrevistado nº 4).

As principais limitações é justamente a falta de adesão aos princípios, às vezes, “Ah, vai dar mais trabalho”, “Ah, vai mudar a rotina”. Às vezes, a dificuldade são as pessoas que não têm flexibilidade para mudança, para o novo. Hoje em dia está melhor, estamos ganhando mais adeptos, mas todo início é difícil e, aos poucos, eu acho que vai ganhando mais e mais adeptos (Entrevistado nº 2).

Toda mudança gera também grandes conflitos. Têm aquelas pessoas que têm uma dificuldade em quebrar essas barreiras, pelos seus preconceitos já formados. As dificuldades em aceitar o novo. A Rede Cegonha traz uma série de coisas novas que para algumas pessoas, que já estavam acomodadas no seu dia a dia, na forma de ser, de agir, levam certa inquietação (Entrevistado nº 3).

Esta categoria diz respeito à dificuldade de quebra de paradigmas por parte de alguns profissionais. A Rede Cegonha e os princípios da humanização da saúde são práticas diferentes e opostas ao que uma boa parte dos profissionais estava acostumada a fazer no seu cotidiano profissional. A mudança para o que a Rede Cegonha propõe seria:

(...) alterar a lógica da racionalização técnica-burocrática e da compartimentalização das práticas – isto é, do cartesianismo nos serviços de saúde através dos processos de trabalho – (...) [e] recorrer à construção de uma política de humanização voltada para a valorização dos sujeitos na produção de saúde (RIBEIRO et al, 2013, p. 258-259).

Cabe salientar que a formação acadêmica dos profissionais na área da saúde, principalmente da categoria médica, ainda está vinculada ao caráter tecnicista e mecanicista do saber, centrada na visão do corpo humano como portador de doença (RIBEIRO et al, 2013). A superação de práticas e posturas hierárquicas e centralizadoras é um desafio

constante no ambiente hospitalar da MEAC, uma luta e uma conquista diária.

A outra categoria mais citada foi a falta de infraestrutura adequada.

Hoje o principal limitante, para mim, de uma forma ou de outra, é a infraestrutura física da casa, tem muita coisa que eu gostaria de poder fazer e não posso fazer, porque a estrutura é muito inadequada para muito daquilo que a gente quer que aconteça do ponto de vista de boa prática hoje (Entrevistado nº 11).

A MEAC passa por várias reformas, a saber: 1) construção de uma nova emergência; 2) construção de novas unidades de neonatologia; 3) ampliação da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa)<sup>13</sup>, que passará de cinco leitos para doze; 4) reforma da fachada da MEAC; 5) adequação das enfermarias, que, quando prontas, cada uma contará com quatro leitos e um banheiro; 6) construção do novo banco de leite humano.

Além das reformas atuais, estão previstas intervenções e/ou ampliações do centro cirúrgico, do refeitório, de unidades administrativas e do auditório; e construção da casa da gestante, do bebê e da puérpera.

A MEAC conta com 209 leitos distribuídos em dois andares, dos quais 165 encontram-se ativos. Devido às reformas, 44 leitos estão interditados, conforme as Tabelas abaixo:

**Tabela 11 – Distribuição de leitos no 1º andar na MEAC**

1º ANDAR

Clínica Obstétrica	65 leitos
Neonatologia – 2 Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais	30 leitos
Neonatologia – 2 Unidades de Cuidados Intensivos	21 leitos

Fonte: (MEAC, 2015b).

**Tabela 12 – Distribuição de leitos no 2º andar na MEAC**

2º ANDAR

Clínica Médica – 1 Unidade de Terapia Intensiva Materna	4 leitos
Neonatologia – 1 Unidade de Cuidados Intermediários – Canguru	5 leitos
Clínica Ginecológica	15 leitos
Clínica Mastológica/ Cirúrgica	3 leitos
Clínica Obstétrica	20 leitos
Clínica Médica	2 leitos

Fonte: (MEAC, 2015b).

<sup>13</sup> O Método Canguru, iniciado em 2000, é um modelo de assistência perinatal, direcionado para recém-nascidos de baixo peso. Composto por três etapas: a primeira etapa é iniciada na unidade neonatal, trabalha o estímulo à lactação, a participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido e a adoção, sempre que possível, da posição canguru; a segunda etapa se dá em unidade específica para o Método Canguru, a adoção da posição canguru é enfatizada. A mãe e o recém-nascido devem passar a maior parte do tempo em contato pele a pele; a terceira etapa é iniciada após a alta hospitalar, dando continuidade ao acompanhamento da criança no ambulatório e/ou em domicílio até que ela atinja 2500g (BRASIL, 2011e).

Por sua vez, a maternidade conta com 24 camas assim distribuídas:

**Tabela 13 – Distribuição de camas na MEAC**

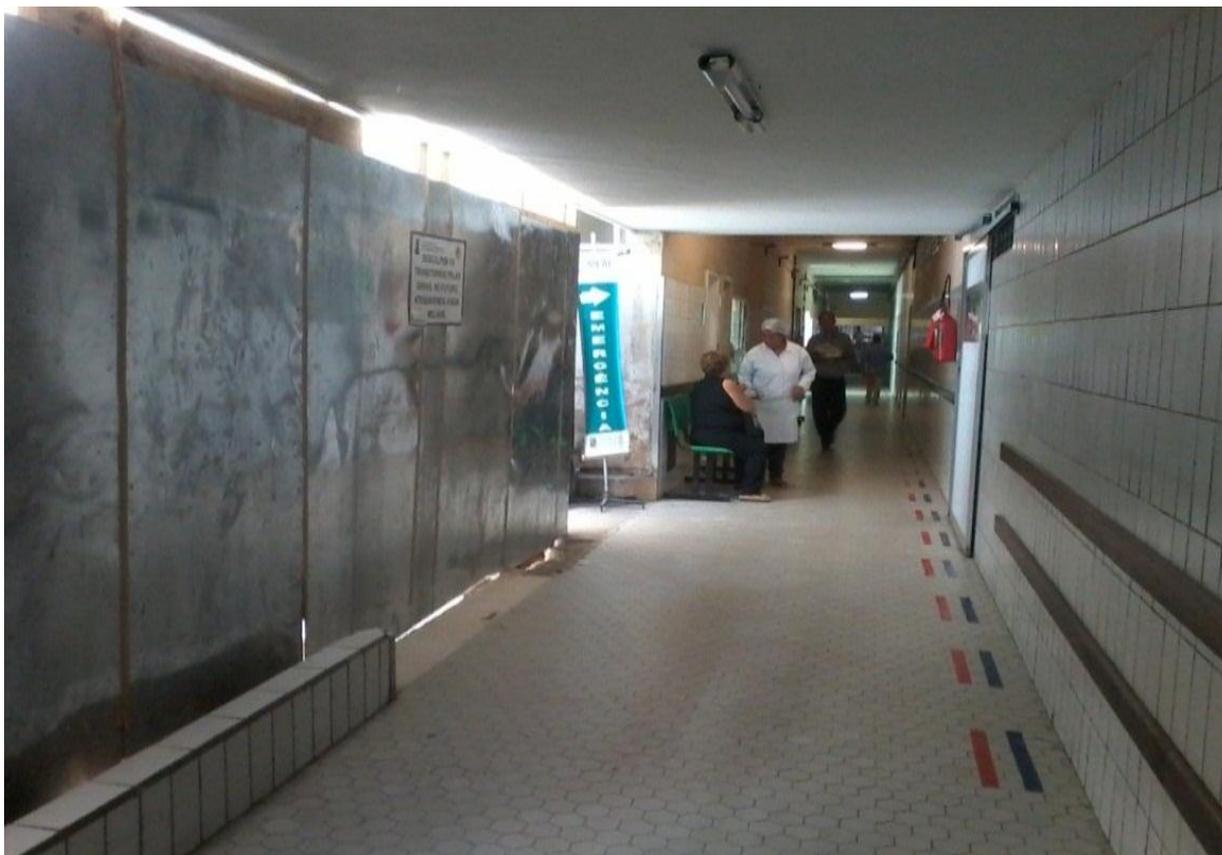
**DISTRIBUIÇÃO DE CAMAS**

Emergência	4 camas
Centro de Parto Humanizado	10 camas
Centro Cirúrgico	6 camas
Sala de Recuperação	4 camas

Fonte: (MEAC, 2015b).

A infraestrutura interfere na qualidade do atendimento à população e na prestação de serviços. Salas de ambulatórios estão temporariamente fechadas sem possibilidade de atendimento, 44 leitos estão desativados. As Figuras abaixo expressam o momento da MEAC, imersa em várias reformas:

**Foto 1 – Corredor de Acesso à Emergência**



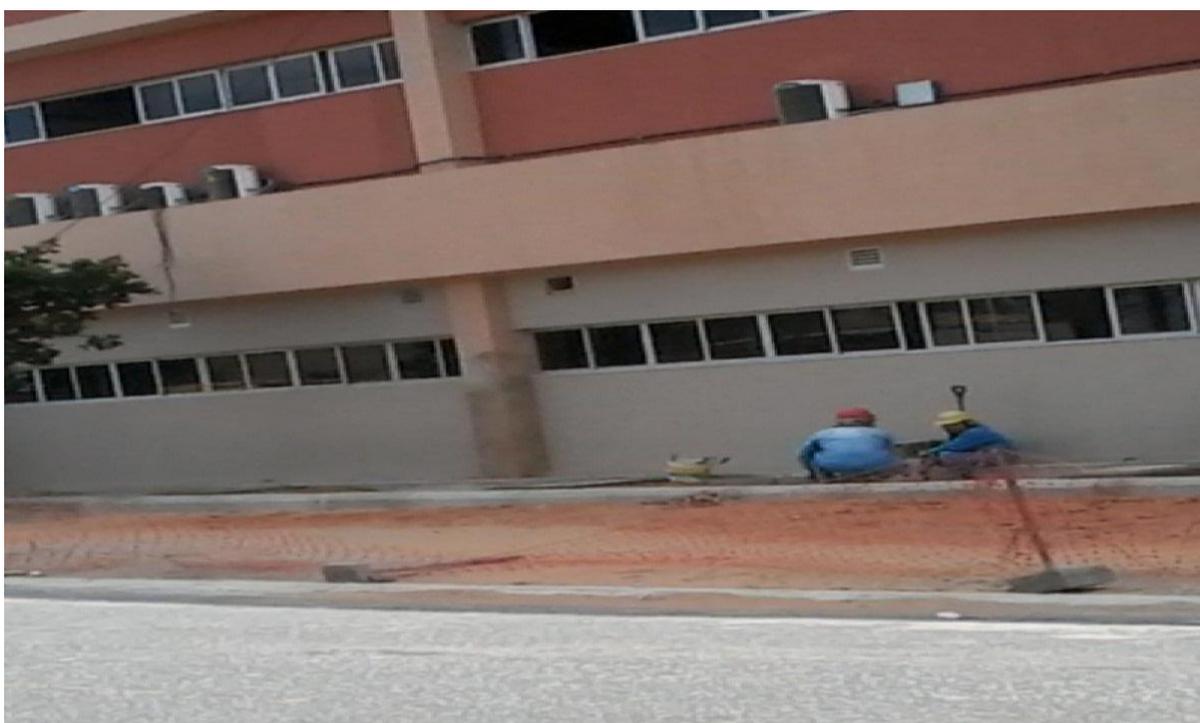
Fonte: Retirada pela autora.

**Foto 2 – Publicização de reformas na MEAC a partir de outdoors em sua fachada**



Fonte: Retirada pela autora.

**Foto 3 – Construção da nova emergência**



Fonte: Retirada pela autora.

**Foto 4 – Reforma do Banco de Leite Humano**



Fonte: Retirada pela autora.

Algumas reformas estão paradas, outras com prazos vencidos. As construtoras abandonaram as obras por conta da atual crise econômica que atingiu também o setor da construção civil. Para a retomada dessas obras por outra construtora são necessárias novas licitações, com conseqüente atraso de finalização.

Ao término das obras, a MEAC ampliará seu atendimento e sua quantidade de leitos, passando dos atuais 209 para 275 leitos. Ativará 220 leitos que já existiam antes das reformas e inaugurará 55 novos leitos, a saber: a UTI Neo passará dos atuais 21 leitos para 30, a UTI Materna de 4 leitos para 10, a UCINCo de 30 leitos para 60 e a UCINCa – Canguru de 5 leitos para 12.

Por sua vez, as camas terão um acréscimo de 12 unidades, passando a contar com 36 ao todo, a saber: o CPN com 10 camas, o centro cirúrgico passará de 6 camas para 8, a sala de recuperação de 4 camas para 8, e a emergência de 4 camas para 10. Essa unidade terá o seu tamanho ampliado em três vezes com a inauguração da nova emergência.

**A segunda categoria mais citada, três vezes, foi a falta de recurso/ clareza de como está sendo gasto o recurso:**

Eu acho que acaba sendo as limitações é o recurso que não vem todo mês como era pra vir, é uma coisa que a gente tem dificuldade também é da clareza de como esse recurso que está vindo, de como ele está sendo gasto. Esse recurso que vem da Rede Cegonha é gasto exatamente para as coisas da Rede Cegonha? (Entrevistado nº 1).

Desde a fusão dos dois hospitais, a gente sofreu alguns problemas aqui e a parte de gerência financeira é uma só (...). São questões que a gente não tem muito conhecimento, como esses recursos estão sendo geridos, como está sendo esse financiamento para cá? O que está indo para lá, o que está vindo para cá. A gente não sabe bem disso (Entrevistado nº 6).

**Por fim**, outro limite exposto pelos entrevistados em duas ocasiões foi a **rede, ou melhor, a falta dela**:

Eu queria dar uma enfermaria para colocar só as pacientes de aborto e óbito fetal, mas hoje eu não posso fazer isso, se eu fizer isso, eu estou negando vaga para uma paciente gestante que está perambulando na cidade inteira, porque não tem vaga para parir. Então a gente meio que acaba misturando isso, e não é bom, não é o que a gente queria, mas essa superlotação força a gente a fazer coisa. Mas assim, por quê? Porque a rede não funciona. Acaba que aqui é a última parada dela, e a gente tem que resolver o problema (Entrevistado nº 9).

Foi apenas na década de 1980, com a Constituição Federal de 1980, que a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. No entanto, o SUS universal, gratuito e de qualidade ainda não foi efetivado. Na década de 1990 aos dias de hoje, vive-se a reforma estatal na saúde. Para Paim (2009), o governo brasileiro além de gastar pouco na saúde, ainda gasta mal. Visualiza-se por conseguinte, o subfinanciamento do SUS, a gestão ineficiente, o desvio de verbas da saúde para outros fins, a corrupção governamental, dentre outros problemas.

Então, apresentados os inúmeros problemas estruturais do SUS, entende-se que, para o pleno funcionamento da rede, há a necessidade de uma organização e integração efetiva da rede e que a MEAC sozinha não consegue suprir as deficiências do sistema. Como os profissionais afirmaram, não adianta a MEAC funcionar plenamente se a rede não funcionar. Esse ponto de atenção não vai conseguir absorver toda a demanda reprimida e termina sendo um ponto de estrangulamento. Como a MEAC é bem vista pela população e pelos outros estabelecimentos de saúde, uma parte considerável de pacientes recorre à MEAC, mas ela não consegue recorrer a ninguém porque os outros pontos de atenção estão aparentemente sem condições de dar um suporte.

Como não há articulação entre os pontos de atenção de modo que a atenção primária exerça o papel de coordenadora, o funcionamento da rede não consegue acessar o serviço.

Diante das possibilidades e dos limites apresentados pelos entrevistados, quando indagados sobre **o que falta para a plena efetivação da Rede Cegonha na MEAC**, duas

categorias foram formadas: **estrutura física adequada e rede organizada e funcionando**.

Estrutura física adequada foi a categoria mais citada pelos entrevistados, em sete ocasiões, e está ligada ao término das reformas e à adequação da ambiência.

Eu acho que falta a gente conseguir terminar essas nossas reformas, para que a gente possa ter os espaços mais adequados. Tanto é que, hoje em dia, a queixa dos usuários está relacionada aos espaços. (...) Eles dizem que poderia ter mais cadeira, deveria ser mais amplo, deveria ter isso, que a gente não está podendo dar agora, porque está tudo em reforma (Entrevistado nº 3).

A ambiência nos serviços de saúde, a partir da PNH, está relacionada ao ambiente físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais voltados para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006a).

O conceito de ambiência abrange três eixos fundamentais: o espaço que visa à confortabilidade (relacionado à morfologia, à iluminação, ao cheiro, ao som, à sinestesia, à arte e à cor de determinado espaço físico); o espaço que possibilita o encontro entre os sujeitos; e o espaço como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho (BRASIL, 2003).

Na MEAC, as reformas físicas estão relacionadas à adequação da ambiência proposta pela Rede Cegonha, visando a um espaço mais confortável e acolhedor para a gestante e seu bebê.

O manual da Rede Cegonha define adequação da ambiência como:

(...) reformas nos espaços físicos de maternidades/ hospitais com o objetivo de qualifica-los para favorecerem e facilitarem os processos de trabalho de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção aos partos e nascimentos, assim como a aquisição de mobiliários e equipamentos adequados para esses locais (BRASIL, 2011d, p.33).

Quanto à segunda categoria – rede organizada e funcionando – este é um problema estrutural do sistema de saúde. Não depende apenas da vontade de quem faz a MEAC, mas de uma integração efetiva entre os pontos de atenção da rede de assistência à saúde materno-infantil, como expressado na fala do entrevistado nº 1:

A rede acaba não existindo, porque a rede só existe quando vem desde a atenção básica, passa pela atenção especializada e volta para a atenção básica, então esse ciclo, essa rede não está acontecendo de forma adequada, como tem que ocorrer.

Neste tópico notou-se que os sujeitos pesquisados percebem a implantação da Rede Cegonha na MEAC como permeada por questões objetivas (estrutura física, recurso financeiro e rede), e subjetivas e inter-relacionais (empenho, dedicação, mas também resistência dos profissionais; presença ativa da apoiadora institucional; importância do

colegiado gestor e disponibilidade da gestão). O que eles consideraram como principal entrave foi a ausência das condições objetivas, como falta de estrutura física adequada e de funcionamento da rede, que se apresenta frágil e pouco eficiente.

#### 4.5 AÇÕES DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC

Neste tópico buscou-se identificar como está a garantia das ações da Rede Cegonha às usuárias da MEAC.

As ações da Rede Cegonha estão organizadas dentro de quatro componentes: 1) Pré-natal; 2) Parto e nascimento; 3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; 4) Sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

No **componente pré-natal** os profissionais entrevistados (retiram-se o gerente e o apoiador institucional desta questão, ficando 10 profissionais) avaliaram que as **ações desse componente na MEAC estão sendo garantidas parcialmente**. Enfatizou-se a análise deste componente nas seguintes ações: acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto.

Quanto à primeira ação, os entrevistados afirmaram que acontece na MEAC, por meio do Ambulatório de Medicina Materno-Fetal (ambulatório responsável pelo acompanhamento de pré-natal para a gravidez de alto risco). Inclusive, desde setembro de 2014, recebe novos profissionais advindos da EBSERH. No entanto, como há limitação de vagas em toda a rede, a oferta de pré-natal na MEAC é pequena para o tamanho da procura, como expresso na seguinte fala:

Do que a gente pode oferecer, está completo. Não se torna completo porque a demanda é muito grande, poucos locais hoje aqui em Fortaleza fazem pré-natal de alto risco. Então a demanda é muito grande, que a gente não consegue atender a todo mundo que chega para a gente. (...) Eu acho que aqui a gente funciona 100%, o problema é que para a rede 100% não é suficiente (Entrevistado nº 7).

Quanto à segunda ação desse componente – vinculação da gestante – em 2012, foi implantado o mapa de vinculação das gestantes nos Centros de Saúde da Família para as maternidades de Fortaleza<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Em Anexo esse Mapa será mais detalhado (Anexo D).

**Tabela 14 – Mapa de vinculação das gestantes dos Centros de Saúde da Família para as maternidades de Fortaleza**

Regional de Saúde	Maternidade de Referência para Risco Habitual	Maternidade de Referência para Alto Risco
SER I	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará 2) Hospital Geral César Cals – HGCC	1) Hospital Geral César Cals – HGCC
SER II	1) Hospital Cura D'ars 2) Hospital Geral de Fortaleza – HGF	1) Hospital Geral de Fortaleza – HGF
SER III	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC	1) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER IV	1) Hospital Cura D'ars 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand 3) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter	1) Hospital Geral César Cals – HGCC 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER V	1) Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição 2) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter	1) Hospital Geral César Cals – HGCC 2) Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC
SER VI	1) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter 2) Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana	1) Hospital Geral de Fortaleza – HGF 2) Hospital Geral César Cals – HGCC

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza.

A vinculação reforça a responsabilidade continuada da atenção básica até o momento do parto, evitando a quebra de responsabilidade da atenção primária na transição da gestação para o momento do parto. Esta transição deve acontecer de forma responsável, sem perda de ligação entre os pontos de atenção e mantendo-se após a alta hospitalar. Desta forma a responsabilidade entre atenção básica e maternidade é compartilhada para garantia da continuidade do cuidado (MELO, 2014, p. 75).

No entanto, conforme as falas dos entrevistados, na MEAC esse direito proposto pela Rede Cegonha não está sendo garantindo efetivamente:

Como eu te falei, às vezes, a gestante faz o pré-natal aqui e não tem como ter certeza que vai parir aqui, então isso aí realmente eu acho que é uma falha da própria rede (Entrevistado nº 1).

Eu sei que acontece a visita das gestantes, principalmente da Regional III, mas também atende uma parte da IV e da V. Tem a visita, mas não tem a garantia 100% que o bebê vá nascer aqui, porque depende se estiver superlotada, se a Emergência está fechada (Entrevistado nº 5).

No **segundo componente Parto e Nascimento**, seis ações foram enfocadas: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru); ambiência; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Para os profissionais entrevistados esse componente **é o que está mais efetivado na MEAC**, por ser seu carro-chefe. A MEAC tem como função primordial: realizar partos. Mesmo percebendo que algumas ações precisam melhorar, como a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, além da ambiência:

Eu acho que aqui [neste componente] nós estamos bem dizer completos. É claro que a gente tem dificuldade na suficiência de leitos, porque a demanda é muito grande, os hospitais por aí fechando e o que nem deveria vir para cá está vindo (Entrevistado nº 1).

Parcialmente, por conta da insuficiência de leitos obstétricos e neonatais, muitas vezes a Emergência fecha porque não tem leito na UTI Neo (Entrevistado nº 8).

Com a exceção da insuficiência de leito, que ainda não tem, mas o que depende das boas práticas, o que envolve os profissionais, nesse sentido já está completamente implantado (Entrevistado nº 10).

Quanto a esse componente, o que mais se enfatizou foi a questão da insuficiência de leitos da rede, que se expressam pela própria deficiência de leitos e pelo fechamento de leitos já existentes, aumentando a demanda para os hospitais/maternidades que funcionam e que, ainda por cima, tiveram que reduzir sua capacidade hospitalar para se adequar a ambiência física exigida pela Rede Cegonha.

Esta insuficiência de leitos da rede rebate na MEAC, que, além disso, passa por reformas para melhorar a ambiência, como expresso nas falas:

Na verdade a demanda é muito grande para pouco leito, São poucos hospitais de referência. Não que a Maternidade não queira atender, se estivesse mais leitos, a Maternidade certamente atenderia, mas como a rede está insuficiente de leitos obstétricos, a maior parte da demanda, não só de Fortaleza, mas do estado vem para a Maternidade e a Maternidade não tem como suprir, suportar toda essa demanda (Entrevistado nº 5).

Eu te falei que a gente está passando por essa reforma da ambiência das maternidades, realmente a gente é pouco eficiente quanto a isso. Não sei te dizer quanto falta para terminar, já faz um tempo, mas creio que está mais perto do que longe (Entrevistado nº 1).

Quanto à ação sobre as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, sete entrevistados relataram que já está sendo plenamente garantida na maternidade. A efetivação desta ação é algo bem almejado pela gestão da MEAC. O Plano de Ação da Rede Cegonha desta maternidade descreve e quantifica essas boas práticas a partir de protocolos, fluxogramas e procedimentos operacionais padrão (POPs). A apoiadora institucional junto à gestão acompanha e monitora os relatórios gerados a partir desses fluxos elaborados.

A gente sempre busca essas práticas. A gente tem o Hospital Sofia Feldman como exemplo para se seguir as boas práticas (Entrevistado nº 3).

Está bem estabelecido. Nós temos protocolos, que sempre seguem as evidências científicas. Muito organizados, todos os nossos protocolos, a maioria está feito os POPs, os fluxogramas (Entrevistado nº 7).

As boas práticas são embasadas por estudos científicos, realizados pela Organização Mundial de Saúde desde 1979, na Europa. O resultado desses estudos foi publicado em 1996, e classificou as práticas relacionadas à atenção ao parto em quatro categorias, a saber: **categoria A** – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; **categoria B** – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; **categoria C** – práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela; **categoria D** – práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (NAGAHAMA, 2007).

Sobre as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento adotadas pelos profissionais da MEAC cita-se a fala de um entrevistado:

Outros indicadores que foram construídos tocante ao parto, propriamente dito, e ao nascimento, e aí uma série de indicadores construídos desde a viabilização do contato pele a pele no imediato parto, na situação do pós-parto imediato; corte tardio do cordão umbilical; a viabilização desse acompanhante na cesárea; evitar a episiotomia; vários e vários entendimentos; essa questão do alívio não-farmacológico da dor; viabilizar que muitos partos sejam feitos realmente por uma enfermeira obstetra, no intuito de reduzir cesárea e por conseguinte, das cesáreas desnecessárias, que não tenham a indicação necessária para aquele parto, para aquela situação; e tantos outros indicadores importantes nesse contexto e muitas dessas metas foram pensadas, estão sendo avaliadas no seu alcance (Entrevistado nº 9).

Estes indicadores já foram expressos neste capítulo, tópico 4.2, quando se descreveu o lócus da pesquisa.

Três ações desse componente foram relatadas por todos como já efetivadas, a saber: garantia de acompanhante – mesmo que o direito de o pai pernoitar ainda não seja garantido; realização de acolhimento com classificação de risco, e implementação de colegiado gestor.

Quanto à garantia de acompanhante, percebe-se que a não garantia de o pai pernoitar está vinculada a falta de ambiência física das enfermarias, que hoje passam por reformas. Mesmo assim, os entrevistados colocam esse direito como já efetivado:

Elas têm direito a esse acompanhante e de livre escola, no entanto o pai ainda não pode pernoitar com a mãe (Entrevistado nº 1).

Quanto à realização de acolhimento com classificação de risco:

O acolhimento com classificação de risco que favoreça, hoje em dia, as pacientes não mais atendidas porque chegou por ordem de chegada, mas sim pelo grau de gravidade, tempo de espera. Embora que, às vezes, espera até mais um pouco, porque depende muito de quem chegou de gravidade, de como é que está a demanda, de como é que está a casa em termos de lotação. Então, todas essas situações têm melhorado bastante (Entrevistado nº 3).

Com base nos entrevistados, essa ação segue as prerrogativas da Rede Cegonha. No entanto, os usuários, por vezes, têm que esperar um pouco mais para serem atendidos, pois a demanda é maior do que a capacidade de atendimento da MEAC.

Quanto à implementação do colegiado gestor, esta ação é tida pelo Ministério da Saúde como modelo nacional. Os colegiados gestores da MEAC, implantados desde 2011, estão bem estruturados, são atuantes e apresentam a diretriz da cogestão como acontecendo de fato. É tanto que em vários tópicos desta dissertação, esta ação é pontuada:

Os colegiados gestores implantados aqui na Maternidade funcionam muito bem. Inclusive outras maternidades já vieram aqui para saber como isso funciona. Foi uma coisa que funciona tão bem, que hoje em dia ninguém quer deixar de fazer. Porque viu que essa comunicação melhora e o funcionamento das coisas melhora (Entrevistado nº 1).

Em relação ao **terceiro componente puerpério e atenção integral à saúde da criança**, enfatizou-se a ação de promoção do aleitamento materno. Todos os entrevistados **avaliam positivamente essa ação**, que acontece antes mesmo da iniciativa da Rede Cegonha. A maternidade é reconhecida nacionalmente, desde 1993, como Hospital Amigo da Criança, e em 2014 conquistou o título de Banco de Leite Humano Padrão Ouro (MEAC, 2015b).

Aqui a gente sempre teve, antes da Rede Cegonha já era um dos nossos pontos fortes. Nosso Banco de Leite foi sempre muito ativo, sempre foi referência (Entrevistado nº 7).

O Banco de Leite Humano (BLH) da MEAC foi fundado em 23 de março de 1988. É o primeiro do Estado do Ceará e tem como objetivos: “Trabalhar questões relacionadas ao aleitamento materno e realizar o controle de qualidade do leite humano ordenado doado, visando posteriormente à distribuição às unidades neonatais da instituição.”

(MEAC, 2015b, p. 80).

**O quarto e último componente da Rede Cegonha é o pior avaliado** entre os entrevistados, por depender da integração da rede. Das ações do componente **Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação** foram enfatizadas: implantação do modelo “Vaga Sempre”, com elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Cinco entrevistados, a metade dos que responderam esta questão, avaliaram esse componente como não efetivo, por entenderem a necessidade de uma rede efetiva a depender de todos os níveis de organização administrativa do país (União, Estado Distrito Federal e Municípios). Infelizmente, isso não se apresenta, como expresso na fala:

Essa parte eu diria que muito ainda tem que ser construído, porque não depende só da Maternidade-Escola, depende da rede estruturada e organizada (Entrevistado nº 3).

Quanto à primeira ação, os profissionais sabem da existência do modelo “Vaga Sempre”, no entanto nem sempre é possível garanti-la. Inúmeros são os problemas que acarretam esse ineficiente modelo, a saber: rede desestruturada e desorganizada; fechamento de hospitais e maternidade que compõem a rede; déficit de leitos obstétricos e neonatais, principalmente de UTI-Neonatal; enfraquecimento da atenção primária, que deveria coordenar a rede. Esses problemas são colocados ao longo desta pesquisa.

Para essa primeira ação, citam-se falas que expressam que a MEAC convive com superlotação, não conseguindo garantir que suas gestantes vinculadas tenham acesso a porta de entrada, sempre que precisem de assistência à saúde.

Tem a implantação do modelo Vaga Sempre, mas nem sempre tem a vaga. Tenta-se sempre ter, para não ter que voltar nenhuma gestante, mas com a deficiência da rede de atenção à mulher no momento do parto (Entrevistado nº 5).

Difícil de fazer com a desorganização da rede, é praticamente impossível, vaga sempre, agora vou dizer sempre que a gente pode a gente dá vaga sempre. (...) Inclusive nós temos trabalhado com a capacidade da sala de parto acima do limite, nós temos oito leitos, normalmente a gente está muito mais do que o limite. É uma frequência grande a gente está trabalhando com lotação na sala de parto acima do normal, isso inclusive interfere um pouco no nosso processo de humanização de assistência à paciente, porque anteriormente era uma paciente por apartamento com acompanhante e tudo, muitas vezes a gente tem colocado duas pacientes, com paciente no corredor (Entrevistado nº 7).

A gente não tem vaga sempre, ao contrário, é vaga zero. Como não temos vaga sempre, acaba afetando a vinculação da gestante, não podemos garantir que ela vá ter o bebê aqui (Entrevistado nº 6).

Uma das consequências do ineficiente modelo “Vaga Sempre” é a peregrinação das gestantes no momento do parto: “Mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde são com frequência obrigadas a percorrer diversos serviços para obter atendimento às intercorrências da gestação ou por ocasião do trabalho de parto.” (MELO, 2014, p.13).

Para Melo (2014), a peregrinação das gestantes está relacionada com a forma de organização da rede de saúde materno-infantil. Inúmeros são os gargalos, a saber: falta de orientação no pré-natal, quanto à maternidade vinculada para o parto; falta de orientação no pré-natal sobre os sintomas do parto, fazendo as gestantes procurar atendimento em horário não oportuno, antes ou passado muito tempo do trabalho de parto; falta de um sistema de regulação de leitos e de referência e contrarreferência; carência de leitos neonatais, pois “a lotação de unidade neonatal restringe o atendimento na porta de entrada das maternidades e gera a peregrinação de mulheres em caso de partos de risco.” (MELO, 2014, p.33).

A segunda ação desse componente está relacionada à Central de Regulação. Em 2008, por meio da Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nessa política, o Complexo Regulador é composto por até quatro estruturas denominadas de Central de Regulação, a saber: Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Internações Hospitalares, Central de Regulação de Urgências, e Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (BRASIL, 2008).

O Complexo Regulador nessa política é definido como uma estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ser estadual, regional ou municipal. Uma de suas atribuições é fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas nas unidades de saúde (BRASL, 2008).

No Sistema Estadual de Saúde do Ceará, o Complexo Regulador é dividido em 4 frentes: Central de Regulação Estadual, responsável pelo acompanhamento e avaliação do sistema; Centrais Macrorregionais<sup>15</sup> e Microrregionais<sup>16</sup>, responsáveis pelo gerenciamento, operacionalização e regulação; e Centrais Municipais, responsáveis pela captura de dados e pelo registro do sistema (SESA/CE, 2010).

Em nível de responsabilidade estadual no Ceará, o Complexo Regulador fica a

---

<sup>15</sup> O estado do Ceará é composto por 5 macrorregiões de saúde, a saber: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/ Jaguaribe e Cariri (SESA/CE, 2010). O Plano Diretor de Regionalização do Ceará(PDR/2010) configura as regiões de saúde (Macro e Micro) a partir dos seguintes parâmetros: a) contiguidade intermunicipal, b) infraestrutura de transporte, c) deslocamento da população aos serviços de saúde, d) economia de escala, e) disposição política para pactuações em saúde (PONTES et al, 2013).

<sup>16</sup> As 22 microrregiões de saúde do Ceará foram apresentadas no Capítulo 3, tópico 3.5.

cargo da Secretaria Estadual de Saúde, implantando em 2001 o *software* UNISUS, composto por dois módulos: Módulo Ambulatorial (agendamento de consultas e exames) e o Módulo Hospitalar (transferências hospitalares). Funciona 24 horas com uma equipe composta de coordenador, médico regulador, supervisor e videofonistas (SESA/CE, 2008).

Em Fortaleza, fica a cargo da Central Integrada de Regulação de Fortaleza. É importante frisar que para uma maior agilidade nos processos regulatórios cada unidade de saúde (ambulatorial ou hospitalar) deve ter um setor responsável pela regulação. Na Maternidade-Escola foi implantado um setor de regulação interna, que atua inter-relacionado com as Centrais de Regulação do município e do Estado. No entanto, conforme as falas os sujeitos pesquisados, ainda se apresenta incipiente esse componente da Rede Cegonha:

Essa questão da regulação de leitos, da central de leitos é algo que tem que ser trabalhado muito. Não é uma perspectiva só da instituição. (...) Até por conta dessa questão, criamos um núcleo de regulação interna, mas a rede em si é muito fragilizada em relação a isso. A central de regulação é praticamente ineficiente. Então a gente tem trabalhado numa conduta de estimular potencialmente essa regulação, que ela possa ocorrer de fato, mas ela não tem ainda ampliado para um plano efetivo o seu objetivo, ainda têm muitas lacunas (Entrevistado nº 9).

Hoje a gente avançou muito. Criou-se o setor de regulação [interna] e ela tem trabalhado muito em cima disso aqui. Mas infelizmente ela sozinha não consegue, porque o problema da questão de falta de vaga é geral (Entrevistado nº 8).

No sistema de governança da Rede Cegonha o sistema logístico é um dos componentes da estrutura operacional (MENDES, 2011). Nesse sistema as Centrais de Regulação de Leitos têm papel fundamental para a sua efetividade e eficiência. Infelizmente não é o que se apresenta na Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará.

Neste tópico nota-se que as ações do programa Rede Cegonha na MEAC estão sendo garantidas parcialmente à sua população usuária. As ações do componente Parto e Nascimento tiveram as melhores avaliações, porém as ações do componente Sistema Logístico foram as menos efetivas. Por sua vez, as ações do componente Pré-natal estão parcialmente efetivadas. Por fim, a ação do componente Puerpério foi bem avaliada, lembrando que era uma ação já garantida antes da Rede Cegonha.

#### 4.6 ARTICULAÇÃO DA MEAC COM OS OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA

Um ponto-chave para a plena efetivação da Rede Cegonha é a articulação entre os níveis de atenção, questão que será analisada neste tópico.

Um das definições de rede de atenção à saúde é a integralização de diferentes densidades tecnológicas (primária, secundária e terciária), por meio de ações e serviços de saúde, com vista à integralidade do cuidado e à atenção contínua de qualidade, responsável e humanizada, articulada por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. O intuito é incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Quando indagados sobre a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção da rede materno-infantil municipal e estadual, 50% dos sujeitos pesquisados responderam que a **Rede Cegonha não funciona** nesses níveis.

Alguns entrevistados relataram ações de articulação da rede, como a criação dos fóruns e encontros da Rede Cegonha e a participação conjunta de capacitações para os profissionais sobre as prerrogativas desse programa. No entanto, foi frisado pelos entrevistados o ineficiente funcionamento da rede, conforme fala a seguir:

A gente está inserida numa rede, essa rede está muito desmantelada e a gente sofre muito com isso, como aquela sensação que eu vi um dia desses numa foto, como se a gente estivesse numa Ferrari, andando numa estrada de terra carroçal cheio de atoleiro. A gente não consegue tirar do carro o que é para a gente tirar, porque a rede não ajudou a gente. A gente está inserida numa coisa que não ajuda a gente (Entrevistado nº 7).

À medida que a rede é fragilizada, ela não se estrutura da forma adequada, ela é ineficiente, ela é ineficaz. Isso de certa norma reverbera nas nossas ações (Entrevistado nº 9).

Para esta categoria utilizou-se também a técnica de observação participante, a partir de reuniões do colegiado gestor da emergência de agosto de 2015, e do colegiado gestor do ambulatório de agosto de 2015.

A reunião do colegiado gestor da emergência se centrou na pauta sobre a superlotação que acarretou o fechamento da emergência dessa maternidade e a ineficiência do órgão responsável pela regulação de leitos.

Foi discutido na reunião que devido à falta de funcionamento da rede, a emergência da MEAC sente esse problema por ser a porta de entrada. Por não ter leitos, muitas vezes de UTI neonatal, o atendimento nesse setor é interrompido, fechado literalmente. A reunião foi centrada na solução desse problema.

Os profissionais entendem que a emergência deve ser uma porta aberta e que todas as gestantes devem ser acolhidas e classificadas, mas a partir do momento em que não existem leitos disponíveis na MEAC, acolhê-las significa o risco de não conseguir transferi-las para outro hospital, por significar que a MEAC passa a ser responsável sanitário por elas, e

como os outros hospitais também estão superlotados a situação de transferência é ainda mais complicada. Acolhê-las seria pôr em risco mãe e bebê, mas não acolhê-las também os expõe ao mesmo risco. Um problema e tanto para a Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará! Problema que não se apresenta esporadicamente, mas, ao contrário, é frequente.

A solução encontrada se deu a partir de duas frentes: reorganização interna e estímulo ao setor de regulação de leitos. A reorganização interna, como dar prioridade para atendimento a puérperas e recém-nascidos com possíveis altas para liberar leitos; socializar os fluxos e protocolos com toda a equipe, principalmente com a categoria médica, responsável por internar e dar alta às pacientes; e regular internamente os leitos, se possível, transferindo pacientes de um setor para outro da MEAC. O estímulo ao setor de regulação de leitos se daria com a colocação mais frequente de pacientes para transferência na Central de Regulação para potencializar esse setor quase que subutilizado e ineficiente.

A reunião do colegiado gestor do ambulatório foi centrada na grande quantidade de consultas extras diárias (sem marcação prévia de consulta), na referência e na contrarreferência da rede e na construção de processo de trabalho do setor, que passa por uma reestruturação. No ambulatório é sentido o esgotamento da rede quando o número de consultas e exames disponibilizados pela MEAC à população usuária do SUS é insuficiente, bem como quando não se tem retorno da contrarreferência para a atenção primária.

As soluções encontradas foram dar prioridade à marcação de consultas extras diariamente a partir de uma quantidade preestabelecida para mulheres vindas do interior, com diagnóstico de câncer e quando nervosas por algum motivo; e articular com o centro cirúrgico a marcação de consultas de revisão de cirurgia. Quanto ao segundo ponto, foi apreciada e aprovada a confecção de um fluxo – ficha de contrarreferência<sup>17</sup>. Quanto ao último ponto, foi proposta a construção de um manual de funções e atribuições de cada categoria profissional para ser socializado em cada setor do ambulatório.

Percebe-se que as pautas dessas reuniões foram sintetizadas na seguinte fala:

Para mim, o foco ainda de fragilidade da MEAC é o atendimento na Emergência, por conta da superlotação, por conta da fragilidade, do fechamento da porta; e a relação dela com a rede básica, isso a gente precisa fortalecer (Entrevistado nº 12).

Outra categoria dentro das mais citadas foi a **criação/participação em fóruns e encontros da Rede Cegonha**, em quatro ocasiões, levando o **segundo lugar**, apresentadas

---

<sup>17</sup> No ambulatório da MEAC, a ficha de contrarreferência se constitui de um formulário das equipes de referência, em especial à categoria médica, com dados pessoais e de saúde da usuária, que informam o motivo da contrarreferência, se é para a continuidade do cuidado na atenção básica ou para outros pontos de atenção, como algum serviço especializado da Rede Cegonha ou fora dela, como encaminhamento para outras políticas.

como um avanço.

Os Fóruns Regionais da Rede Cegonha, que não existiam, hoje o estado do Ceará tem dezesseis Fóruns Estaduais, os Fóruns são momentos excelentes para que os profissionais, os gestores e os usuários sentam para discutir aquilo que é importante para todos, conseguem discutir isso de forma coletiva, pactuações, compromissos e que isso antes não existia, esses eu considero serem grandes avanços (Entrevistado nº 12).

Um ganho para a articulação da Rede Cegonha foi a criação desses espaços coletivos de discussão. Antes do programa, no Estado do Ceará não existiam esses espaços. No Ceará foram instalados 16 fóruns regionais da Rede Cegonha (SESA, 2014). Apenas a Rede Cegonha de Caucaia ainda não tem instalado esse fórum, a saber:

**Tabela 15 – Fóruns Regionais da Rede Cegonha no Estado do Ceará**

FÓRUNS REGIONAIS DA REDE CEGONHA

1º Quixadá	12 de junho de 2013
2º Crato	16 de junho de 2013
3º Canindé-Tauá	11 de julho de 2013
4º Juazeiro do Norte	30 de julho de 2013
5º Fortaleza-Cascavel	02 de agosto de 2013
6º Itapipoca	07 de agosto de 2013
7º Russas – Aracati: Limoeiro do Norte	13 de agosto de 2013
8º Icó	14 de agosto de 2013
9º Iguatu	15 de agosto de 2013
10º Acaraú	09 de setembro de 2013
11º Maracanaú-Baturité	10 de outubro de 2013
12º Sobral	12 de novembro de 2013
13º Camocim	10 de dezembro de 2013
14º Brejo Santo	12 de dezembro de 2013
15º Crateús	08 de abril de 2014
16º Tianguá	10 de abril de 2014

Fonte: (SESA/CE, 2014).

Com a instalação do Fórum Fortaleza-Cascavel, no mesmo mês, inúmeros outros foram instalados, visualizando a importância dessa rede em nível regional. Destaca-se também que muitas dessas regionais instalaram seus fóruns em datas próximas de regionais vizinhas: Quixadá (12/06/13) e Canindé-Tauá (11/07/13); Icó (14/08/13) e Iguatu (15/08/13); e Sobral (12/11/13) e Camocim (10/12/13). Percebe-se a influência que as regionais de saúde vizinhas exercem umas sobre as outras e como sofrem os problemas em reciprocidade.

Sobre a Rede Cegonha de Caucaia, que infelizmente não tem instalado o seu fórum, o entrevistado nº 12 fala dos seus rebatimentos para Fortaleza.

Caucaia, por exemplo, é um grande problema para o município de Fortaleza, porque lá só tem uma maternidade de vinte e oito leitos, que não dá conta dos dez municípios vizinhos que têm que mandar para Caucaia e além da população de

Caucaia, que é a segunda maior população do estado, eles não estão dando conta, então sobra tudo para a responsabilidade de Fortaleza, que não é adequado, sobrecarrega os serviços daqui, cai a qualidade por conta da sobrecarga, isso é um grande problema.

Em **terceiro lugar**, citadas em três ocasiões cada, seis categorias se formaram: **1) necessidade de integração com os pontos de atenção da rede; 2) oferta de cursos pela MEAC para os outros pontos de atenção; 3) falta de atenção da gestão estadual e municipal com a rede; 4) necessidade de melhorar a atenção primária à saúde; 5) fechamento de leitos e/ou hospitais; e 6) peregrinação da gestante no momento do parto.**

Para a categoria necessidade de integração com os pontos de atenção da rede, essa integração se dá a partir da realização de cursos de capacitação em conjunto.

Eu sei que há programações em conjunto, eu participei, por exemplo, de uma reunião que a gente teve que era César Cals, HGF e Maternidade-Escola, foi bem enriquecedor (...), mas eu acho que deveria ter mais integração mesmo, troca de experiências e etc. Eu acho que eu vejo pouco isso. Eu acho que a gente tem esse papel de ser o Centro de Referência a essa atenção humanizada (Entrevistado nº 4).

Outra categoria que se formou foi a oferta de cursos pela MEAC para outros pontos de atenção. Ao mesmo tempo em que alguns sujeitos entrevistados consideraram que a MEAC, por ser o Centro de Referência da Rede Cegonha no Nordeste, precisa se integrar mais com os outros pontos, outros entrevistados consideraram a contento essa integração a partir da disponibilização de cursos:

A gente tem participado oferecendo cursos, chamando pessoas para participar desses cursos, dando oportunidade para as pessoas virem conhecer o serviço. A Maternidade-Escola é reconhecida como uma maternidade de ensino e pesquisa, ela é reconhecida pelo Ministério da Saúde como sendo uma referência para visitação como modelo de assistência humanizada ao parto e aí as pessoas vêm aqui, a gente tem um grupo que se organiza, faz uma visita e explica tudo como funciona (Entrevistado nº 3).

Nessas duas categorias percebeu-se a importância de um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: garantia de educação permanente, a partir da valorização do trabalhador e da oferta de capacitação e treinamento profissional (BRASIL, 2003).

Paim (2009, p.91) expõe que “para alcançar os objetivos planejados, o HumanizaSUS oferta a gestores diversos dispositivos à humanização. Além disso, desenvolve e oferece cursos, oficinas e seminários, certifica e divulga experiências bem-sucedidas de humanização no SUS”.

Quanto à falta de atenção da gestão estadual e municipal, os entrevistados colocaram que para a efetivação da Rede Cegonha no Estado é necessária uma maior atenção

dada pelos gestores, e isso não se tem percebido.

A gestão pública municipal, de uma maneira geral, não tem tido uma atenção à saúde, isso, de certa forma, reverbera no campo da nossa atenção. A gente vê o desmonte da saúde de uma maneira geral, isso repercute, nós em âmbito federal estamos trabalhando ativamente, mais a gente não sente que a rede está sendo fortalecida. Então isso prejudica (Entrevistado nº 9).

Mendes (2011) expressa que para o funcionamento efetivo da rede é necessário que os gestores do SUS, nas três instâncias federativas, tomem a atenção primária à saúde como prioridade, no entanto não foi isso que foi visualizado nas falas dos entrevistados.

Foi tanto que a categoria acima citada reverberou na formação de outra categoria – necessidade de melhorar a atenção primária à saúde, de responsabilidade do gestor municipal.

Dentro do quadro das redes de atenção à saúde a atenção primária desponta como ponto fundamental, vista como coordenadora/ordenadora da rede, porta de entrada do SUS e responsável por organizar os fluxos e os contrafluxos entre os diferentes pontos de atenção, visando à continuidade do cuidado (MENDES, 2011).

Na Rede Cegonha, por conseguinte, os postos de saúde são os responsáveis pela captação da gestante, pela realização de pré-natal e de exames. Caso seja uma gestação de alto risco são responsáveis pelo referenciamento da gestante para um serviço especializado e pela sua vinculação e visita antecipada ao local onde será realizado o parto.

A atenção secundária e/ou terciária é responsável pelo parto e nascimento, por acolher essa gestante no trabalho de parto, oferecendo um atendimento humanizado, individualizado e acolhedor. Caso seja necessário um serviço que oferte leitos de alto risco, a gestante é colocada na Central de Regulação de Leitos e transferida. Na alta, a puérpera e seu recém-nascido são contrarreferenciados para a atenção primária para a continuidade do cuidado.

Pela fala dos entrevistados, essa linha ideal de cuidado à gestante não está sendo garantida pelas fragilidades de articulação da rede:

As articulações com as unidades básicas de saúde são um pouco fragilizadas, elas são muito difíceis (Entrevistado nº 3).

Atualmente, o sistema de saúde se apresenta fragilizado, sucateado, e a Rede Cegonha não se mostra diferente. Os sujeitos pesquisados relataram os problemas do fechamento de leitos e/ou de hospitais nos últimos anos, ocasionando a superlotação.

A superlotação é ponto X nessa questão, uma instituição sozinha não vai dar conta. Muitas vezes, por falta de leito, a gente tem que fechar as portas, quando uma UTI

neonatal está superlotada são pontos de estrangulamento que parecem ser centrados numa instituição, mas não é. Ela é decorrente de todo um aspecto da ausência de leitos, do fechamento de hospitais. Há uma semana e poucos dias, fechou um grande hospital de referência na questão da maternidade e em seu lugar foi feito um arranjo em outro hospital. Isso impacta, a gente não tem observado o movimento contrário que é de criação de novos leitos, só a redução (Entrevistado nº 9).

O que atrapalha realmente a gente é essa questão que a gente não consegue dar uma humanização boa para esse volume grande que a gente tem aqui de fazer a assistência, pacientes que provocam em cima da gente. A gente tem colocado duas pacientes em um apartamento só, quando era para ficar só uma. A gente tira a privacidade da paciente, do acompanhante, a gente coloca paciente em corredor, é paciente em cadeira de rodas, às vezes. Tudo isso interfere no que a Rede Cegonha preconiza (Entrevistado nº 7).

Uma notícia divulgada no site Globo.com, em setembro de 2015, expressou esse problema de superlotação. A foto da notícia mostrou três recém-nascidos compartilhando o mesmo berço em um hospital de referência da Rede Cegonha em Fortaleza. Adiante também foi relatado que a sala de parto com capacidade para dez gestantes estava com 21. Essa questão da superlotação compromete a qualidade do atendimento, sobrecarrega os profissionais e aumenta o risco de infecção para as mulheres e para os recém-nascidos.

Quanto à quantidade de leitos, o SESA/CE (2014) afirma que são necessários 312 para Gestantes de Alto Risco (GAR). Existem 290 leitos, sendo 240 em Fortaleza (82,8% do total), e 50 leitos no interior (17,2%), um déficit de 22 leitos.

Quanto à quantidade de 416 leitos neonatais existentes no Estado, a Tabela 16 mostra a sua distribuição:

**Tabela 16 – Quantidade de Leitos Neonatais Existentes no Estado do Ceará, Número Necessário e Déficit**

LEITOS NEONATAIS NO CEARÁ	Necessários	Existentes	Déficit
UTI – Neonatal	222	154	68
UCINCo – Cuidado Intermediário Convencional	222	221	1
UCINCa – Canguru	111	41	70

Fonte: (SESA/CE, 2014).

Fortaleza é o local onde mais se concentram esses leitos. Do total de 416 existentes, 289 leitos estão na Capital do Estado:

**Tabela 17 – Leitos Neonatais em Fortaleza**

LEITOS NEONATAIS EM FORTALEZA	
UTI – Neonatal	103
UCINCo – Cuidado Intermediário Convencional	166
UCINCa – Canguru	20

Fonte: (SESA/CE, 2014).

Dos leitos neonatais existentes nem todos são habilitados, ou seja, nem todos recebem recurso financeiro do Governo Federal. Dos 154 leitos de UTI neonatal apenas 60 são habilitados. Dos 221 da UCINCo existentes, 51 são habilitados; e dos 41 leitos da UCINCa apenas 9 são habilitados. É um recurso que poderia ser agregado às receitas das maternidades, mas que não é pelo fato de os leitos não serem habilitados. Assim, perde a maternidade e perdem os usuários do sistema de saúde.

Por fim, e vinculada a todos esses aspectos relatados, está a peregrinação da gestante no momento do parto. Este é um fenômeno que, infelizmente, ainda acontece em grande proporção não só em Fortaleza, mas em nível regional e nacional.

Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, o índice de peregrinação das gestantes no Nordeste foi de 25,1%, no Brasil esse índice foi de 16,2%. Em Fortaleza, com base na pesquisa de Melo (2014), o índice chegou a 21%.

A peregrinação da gestante, muitas vezes, está relacionada à falta de leitos de UTI neonatal. Como visto, o Estado do Ceará possui uma deficiência de 139 leitos neonatais, sendo 68 leitos de cuidados intensivos (alto risco). A peregrinação inicia quando a maternidade de risco habitual não quer acolher para depois referenciar essa gestante de alto risco por não ter leito de UTI neonatal. Prevendo receber um recém-nascido que precise desse cuidado ou estando a maternidade de alto risco com superlotação na UTI Neo a gestante fica sem acolhimento (MELO, 2014).

A gestante peregrina pela cidade ou por outros municípios até encontrar maternidade com leito de UTI Neo disponível, uma situação que pode agravar ainda mais a sua condição e elevar o risco de mortalidade materna e neonatal.

Nesta pesquisa os sujeitos percebem uma rede fragilizada e desorganizada, sendo, por conseguinte, citada a ocorrência de peregrinação de gestantes, a saber:

A gente ainda enfrenta muito problema na qualidade do pré-natal, a gente ainda enfrenta muito problema na vinculação da gestante, ela ainda não tem a garantia de parto na maternidade vinculada, porque, muitas vezes, ela chega e a maternidade está lotada, muitas maternidades não garantem a responsabilidade sanitária, elas não acolhem e elas [as gestantes] voltam da porta, às vezes, é o guarda que dá a notícia de que a maternidade não está atendendo, e aí, elas peregrinam, o índice de peregrinação em Fortaleza é muito alto (Entrevistado nº 12).

Embora citado apenas por um entrevistado, um problema que compromete o atendimento é que muitos municípios cearenses não realizam parto, mesmo quando assumiram o compromisso sanitário de realizá-lo. Desse modo recai a sobrecarga sobre os municípios vizinhos:

No Ceará, a gente tem problemas crônicos, como por exemplo, municípios que foram pactuados para fazer e não fazem partos, acaba sobrecarregando os municípios vizinhos, os municípios polos ou até mesmo Fortaleza (Entrevistado nº 12).

Conforme a SESA-CE (2014), 163 municípios assumiram o compromisso de realizar parto (88,6% do total de municípios). Apenas 21 não assumiram essa responsabilidade (11,4%), mas houve uma crescente falta de responsabilidade com esse compromisso assumido pelos gestores municipais em 2012, chegando em 2014 a atingir o triplo de 2012. Em 2014, 63 municípios não realizaram partos, a saber:

**Tabela 18 – Municípios do Estado do Ceará x Realização de Parto**

MUNICÍPIOS x REALIZAÇÃO DE PARTO	2012	2013	2014
Municípios que realizaram partos	144 (78,3%)	136 (73,9%)	121 (65,8%)
Municípios que não realizaram partos	40 (21,7%)	48 (26,1%)	63 (34,2%)

Fonte: (SESA/CE, 2014).

Quanto aos ganhos na assistência à saúde materno-infantil no Estado do Ceará, cita-se a construção de seis Centros de Parto Normal (CPN), no total de 28 novos leitos, fora da regional de Fortaleza, principalmente no interior do Estado, a saber: Tauá, com três leitos já habilitados; e em processo de habilitação, todos com cinco leitos: Crateús, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Maracanaú e Tianguá (SESA/CE, 2014).

No interior do Ceará, foram implantados seis Centros de Parto Normal, isso melhorou muito a qualidade da assistência, hoje, por exemplo, tem mulher lá em Crateús parindo num quarto PPP, isso é muito gratificante para gente que está nisso. Quando é que se ia imaginar uma mulher numa cidadezinha lá no interior desse tamanho com uma qualidade de assistência ao parto fantástica. Reduziu bastante cesárea lá, hoje a gente evita de mandar mulher, que antes a gente mandava para Sobral, por outras questões, hoje a gente está evitando, diminuiu mais a demanda para Sobral, porque o município tem resolvido (Entrevistado nº 12).

O Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade de atendimento humanizado ao parto e ao nascimento da maternidade/hospital que visa à promoção de um parto normal que respeite a autonomia, a dignidade e a privacidade da mulher, bem como a sua fisiologia. Busca proporcionar o parto menos medicamentoso possível. O CPN é gerido por uma enfermeira obstetra e pode ser intra ou peri-hospitalar, localizado dentro da maternidade/hospital ou com ligação funcional à maternidade/hospital, respectivamente (BRASIL, 2011d).

É importante que a ambiência dos Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares transmita a sensação de conforto e aconchego; dessa forma, a inclusão de elementos como cores harmônicas, conforto luminosos, térmico e acústico favorecem essa

proposta, assim como acesso às áreas externas/ jardins. (...) esse local deve ser pensando de forma a possibilitar o acolhimento e autonomia da mulher e todos os momentos do parto (BRASIL, 2011d, p.27).

Outro ganho são as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em Quixadá e Sobral, as duas em processo de habilitação (SESA, 2014). Essas casas são unidades de cuidado peri-hospitalares, por conseguinte deverão estar vinculadas a uma maternidade/hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco, no intuito de acolher, orientar, cuidar e acompanhar gestantes, recém-nascidos e puérperas (BRASIL, 2011d).

Por fim, outro ganho para o Ceará foi o município de Maracanaú<sup>18</sup> se tornar pioneiro no Estado na realização de parto normal humanizado na água, a partir da inauguração do primeiro leito PPP com banheira em seu Centro de Parto Normal, em 25 de setembro de 2015. Em nível nacional é o terceiro município a adotar esse procedimento, atrás de Belo Horizonte-MG e Rio de Janeiro-RJ. O parto normal humanizado na água traz benefícios<sup>19</sup> tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Para a mãe, proporciona o relaxamento muscular profundo e o alívio da dor, por conseguinte é um método natural de controle da dor; para o recém-nascido proporciona menor choque térmico e melhor adaptação à vida extrauterina, sendo uma experiência menos traumática de nascer.

Neste tópico percebe-se que a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção da Rede Cegonha é frágil para a implantação desse programa na instituição. A ação deve ser prioritária por parte da gestão, pois é a partir da integralização da rede que os sujeitos participantes irão começar a visualizar o SUS que se quer ter.

#### 4.7 RESULTADO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA RECE CEGONHA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NA MEAC

Todos os sujeitos pesquisados, ao longo de suas falas, avaliaram positivamente a implantação da Rede Cegonha na MEAC, mesmo que nem tudo seja perfeito, mas melhorias já são sentidas com o programa na instituição pesquisada.

Nesta questão, as categorias formadas como melhorias trazidas para a MEAC com a Rede Cegonha foram: **1) vinculação da assistência prestada à política de humanização;**

---

<sup>18</sup> Notícia divulgada pelo site do município em questão: [www.maracanau.ce.gov.br](http://www.maracanau.ce.gov.br). Este leito PPP conta com uma banheira com capacidade para 450 litros e com temperatura de 38° C. A gestante em trabalho de parto tem o acompanhamento de uma equipe composta por: obstetra, neonatologista, enfermeira obstetra e técnica de enfermagem, sendo garantida a presença de um acompanhante de sua livre escolha.

<sup>19</sup> Informações retiradas do site do Instituto Nascer: [institutonascerc.com.br/parto-na-agua/](http://institutonascerc.com.br/parto-na-agua/).

**2) envolvimento, sensibilização e assimilação da Rede Cegonha pelos profissionais; 3) efetivação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; 4) respeito à família/ aproximação da família junto à gestante e ao bebê; 5) protagonismo, autonomia e empoderamento das mulheres; e 6) discussão entre os diferentes saberes em prol de uma solução conjunta.**

A categoria citada por oito entrevistados foi a possibilidade de a Rede Cegonha humanizar a assistência à saúde materno-infantil na MEAC, a partir da adoção das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Os entrevistados relataram que a Rede Cegonha na MEAC efetiva os princípios da humanização no SUS:

Trazer a possibilidade de um parto humanizado numa perspectiva diferenciada do cuidado na atenção a essa mulher, isso realmente traz um aspecto muito positivo, muito se alcançou, claro que tem muito a que se alcançar ainda, mas sem dúvida nenhuma foi um divisor de águas no modo de atender, no modo desse cuidado ampliado, no modo de entender o cuidado centrado na família e na viabilização de direitos (Entrevistado nº 6).

Eu acho que com essa postura de humanização colocada, não só colocada, eu acho que reforçada pela Rede Cegonha, a gente conseguiu muita coisa (Entrevistado nº 8).

Brasil (2003) apresenta a humanização como diretriz política transversal que perpassa todo o SUS na sua implementação. O eixo da atenção incentiva o protagonismo dos sujeitos e enfoca um cuidado à saúde humanizado, acolhedor e responsável.

Em segundo lugar – o envolvimento, a sensibilização e a assimilação da Rede Cegonha pelos profissionais; e a efetivação das boas práticas – foram citados seis.

O primeiro foi algo sempre pontuado pelos sujeitos pesquisados, sendo relacionado também com a vontade dos profissionais de “fazer acontecer” esse Programa na instituição. Os entrevistados colocaram que a Rede Cegonha na MEAC está consolidada e que é recebida de braços abertos.

Muita gente criticava, tinham pessoas que não acreditavam nesse trabalho, mas agora as pessoas estão absorvendo melhor. (...) Eu acho que a implantação hoje está muito mais consolidada, porque as ações estão acontecendo de uma forma muito mais espontânea, no sentido de não está sendo forçação de barra (Entrevistado nº 6).

A mudança de paradigma aos poucos é sentida na MEAC, a partir da cogestão. Os profissionais passaram a se sentir corresponsáveis pela produção em saúde. Essa mudança é fruto da PNH, que tem como um dos princípios norteadores a valorização dos profissionais (motivação, autodesenvolvimento e crescimento profissional) e o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional.

Quanto à efetivação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a Maternidade-Escola, por ter base no segundo componente Parto e Nascimento, é imprescindível efetivar essa ação. É seu carro-chefe: realizar partos, que, conforme a Rede Cegonha, devem ser humanizados. É bem trabalhado esse quesito na instituição, também por conta de todo o panorama nacional ao ser escolhida pelo Ministério da Saúde como um dos seis Centros de Apoio às Boas Práticas, além das próprias usuárias que estão buscando parir no SUS:

A implantação das boas práticas na MEAC, lá as boas práticas estão efetivadas, estão garantidas. Claro que a gente tem alguns deslizos, um plantão ou outro, mas pelos indicadores da maternidade, ela é muito boa em relação a isso e a gente já utiliza a MEAC como referência. (...) Tanto é que ela foi escolhida como centro de apoio, passou por um processo seletivo, hoje ela é uma das referências para o Ministério da Saúde (Entrevistado nº 12).

A gente está vendo a sociedade mudar, a gente está vendo as mulheres se empoderarem, as mulheres procurarem parir no SUS, porque o SUS está ofertando uma assistência melhor do que a rede privada. Agora, por conta dessas últimas medidas da ANS [Agência Nacional de Saúde], a rede privada está aprendendo com o SUS como fazer parto humanizado, de forma mais humanizada, com maior respeito e mais dignidades para as mulheres e para os bebês. (Entrevistado nº 12).

Essa categoria já foi definida no tópico sobre as ações da Rede Cegonha na MEAC. Cabe salientar que as recomendações devem ser adotadas “por todos os serviços que atendem ao parto. A não adoção de práticas cientificamente comprovadas e protetoras para a vida das mulheres e bebês (...) significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando em risco desnecessário mulheres e bebês.” (BRASIL, 2011d, p.24).

Em terceiro lugar, citado em cinco oportunidades, os entrevistados fizeram a relação da Rede Cegonha na MEAC com a garantia do respeito à família/e da aproximação da família junto à gestante e ao bebê.

Esse direito subjetivo foi sentido na MEAC a partir da implantação da Rede Cegonha. Um direito construído a partir da sensibilização dos profissionais quanto a esse preceito da humanização.

Hoje os profissionais estão bem cabeça aberta para isso, e tudo flui melhor - trazer a família para mais próximo, aliar o pai e a mãe no cuidado do seu bebê prematuro, para poder essa criança ter um cuidado melhor quando sair do hospital (Entrevistado nº 1).

Acho e afirmo que sem dúvida nenhuma. Se você for pensar, há poucos anos não se tinha a perspectiva do acompanhante, não se tinha a perspectiva do pai, que não era considerado nem visita, poder estar, apesar de isso ter sido uma construção, quebra de resistência, mas esse olhar faz toda uma diferença. Isso foi possível muito graças ao incentivo da Rede Cegonha (Entrevistado nº 9).

Eu avalio muito positivamente essa implantação, porque nós tivemos várias

melhorias, (...) uma questão de garantir a presença do acompanhante 24 horas, a permanência do pai, a aproximação dessa família junto a essa mulher, a essa criança e a visita ampliada (Entrevistado nº 5).

A inclusão da família no processo de cuidado à saúde possibilita a autonomia dos sujeitos e o fortalecimento/estritamento de vínculos afetivos e solidários (RIBEIRO et al, 2013). Todos os sujeitos envolvidos ganham com essa inclusão: a paciente, a família e os profissionais de saúde.

Por fim, citados quatro vezes, o protagonismo, a autonomia, e o empoderamento das mulheres; e a discussão entre os diferentes saberes em prol de uma solução conjunta.

A primeira categoria foi um dos princípios norteadores da PNH, que é a construção do protagonismo e autonomia dos sujeitos.

Para mim a Rede Cegonha é uma grande possibilidade das mulheres mudarem, das mulheres terem acesso à informação, das mulheres tomarem de conta o parto que são delas (Entrevistado nº 12).

Qual é o grande legado dessa política? É trazer para esta família, para esta mulher, em especial, que vem procurar nossos serviços, que vem parir, a dignidade no momento tão importante da vida que é o parto, o parto na perspectiva de um direito ampliado, o parto na perspectiva dela ser sujeito das suas ações, dela ser protagonista naquela cena (Entrevistado nº 9).

A Rede Cegonha possibilita o parto humanizado que oferece à mulher “a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico para se transformar em experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas.” (NAGAHAMA, 2007, p.168).

A segunda categoria – discussão entre os diferentes saberes em prol de uma solução conjunta – é uma importante ferramenta de cogestão, conforme as falas abaixo:

Eu acho que existe uma integração maior entre as equipes hoje em dia. O processo, a liberdade de fala, então se abriu muito mais oportunidade para que os profissionais pudessem falar e expor seus problemas e ali sai uma discussão e ali sai uma tomada de decisão, coisas que antes já viam de cima e enfiava pela goela adentro, como a gente falava antigamente. Hoje em dia, tudo que vai chegando de novo, tudo é discutido nos colegiados para que depois seja implantado (Entrevistado nº 3).

Hoje a gente vê nas maternidades os profissionais se sentando para discutir de forma conjunta, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, todo mundo junto numa roda, discutindo um problema de todos e antes isso a gente não via. As reuniões, por exemplo, aconteciam por equipes “nas caixinhas”, reunião dos médicos, reunião dos enfermeiros, reunião das assistentes sociais, e havia pouco diálogo e hoje a gente consegue ver um diálogo maior, os profissionais se sentem mais co-responsabilizados diante dessas ações (Entrevistado nº 12).

Eles [os colegiados gestores] têm liberdade de ação, é um processo de cogestão. Logicamente, uma cogestão com responsabilidade, tudo é repassado, é dividido, é pactuado, e os resultados têm sido muito satisfatórios (Entrevistado nº 11).

Brasil (2006) expõe que o trabalho em grupo a partir da gestão democrática em saúde potencializa as soluções ao ampliar diferentes visões sobre um determinado problema, além de que:

(...) aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar (...) potencializar propostas inovadoras (BRASIL, 2006a, p.17).

Por fim, com base nas falas dos entrevistados, percebe-se que a Rede Cegonha trouxe melhorias e mais credibilidade à MEAC perante os usuários.

É engraçado que uma mulher que tem plano de saúde, tem nível superior, vem aqui porque quer saber como é ter parto normal e ela não pode ter com o médico pré-natalista dela do plano de saúde, porque ele vai cobrar taxa administrativa de parto normal, então ela vem ter aqui. O que isso significa para a gente? Significa que a Maternidade-Escola está tendo maior credibilidade perante a sociedade. Aí ela tem esse bebê, ela tem todos os indicadores das boas práticas, ela vai está ali tendo essa oportunidade de não estar tendo um parto cheio de medicação. São coisas que só qualificam o atendimento a essa mulher (Entrevistado nº 6).

Houve com certeza. Tanto é que a gente escuta muito isso das próprias pacientes que elas são bem assistidas, foram bem atendidas. (...) A gente recebe muitos elogios pelos papezinhos dos atendimentos lá da Emergência, da Internação, dos Ambulatórios. Então, eu considero que houve muita coisa boa e que está sendo retratado pela fala das próprias pacientes (Entrevistado nº 5).

Os sujeitos pesquisados avaliaram a implantação da Rede Cegonha a partir de sua vivência profissional. O Ministério da Saúde percebeu o avanço desse programa na instituição ao torná-la Centro de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e um polo replicador das ações da Rede Cegonha. Por sua vez, a referida maternidade tem credibilidade perante a sociedade, que a vê como referência em assistência ao parto, em Fortaleza e no Ceará.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa levanta cinco hipóteses, as quais foram confirmadas em parte. A primeira hipótese foi confirmada parcialmente. Afirmou-se que a Rede Cegonha é uma proposta de cuidado à saúde materno-infantil, e que na MEAC se dá a partir da garantia de plena estrutura física (adequação da ambiência) e da construção de princípios humanos (humanização do parto e nascimento e empoderamento da mulher no momento do parto).

Nessa primeira hipótese apenas se confirmou a segunda característica, ou seja, a construção de princípios humanos. No tópico em que os sujeitos pesquisados avaliaram a implantação da Rede Cegonha na MEAC, a adoção de uma assistência humanizada no parto e nascimento, a efetivação das boas práticas e o empoderamento das mulheres no momento do parto foram vistos como melhorias trazidas por esse programa para a MEAC.

Por sua vez, a primeira característica da hipótese não se confirmou, pois a adequação da ambiência na MEAC é um processo em construção, ao ser visualizada a não finalização das reformas em sua estrutura física. É tanto que essa característica é citada pelos sujeitos pesquisados como um entrave à implantação da Rede Cegonha na maternidade.

A segunda hipótese afirmou que profissionais participantes dos colegiados gestores não percebem a implantação da Rede Cegonha na MEAC. Porém, aconteceu o contrário, os sujeitos pesquisados proporcionaram informações significativas para esta pesquisa. Foi graças a eles que se pôde trazer tantas informações sobre o programa na instituição.

A terceira hipótese, que trata das possibilidades e dos limites da implantação da Rede Cegonha na MEAC, foi confirmada em parte. O item sobre as possibilidades foi confirmado. A MEAC é de fato uma referência na assistência ao parto e nascimento e já adotava algumas prerrogativas mesmo antes da instituição desse Programa, como: o Banco de Leite Humano (criado em 1988), o Método Canguru (iniciado em 2000), e o Centro de Parto Normal (inaugurado em 2007).

Por sua vez, o item sobre limites do programa foi confirmado em parte. A demora característica do serviço público, os problemas de repasse de verbas federais e a concretização das reformas foram situações confirmadas, bem como a dificuldade na quebra de paradigma para a construção de novas práticas na saúde por parte de alguns profissionais. No entanto, a ideia de que a gestão coparticipativa seria incipiente não foi confirmada.

A cogestão na MEAC, a partir de seus colegiados gestores, é tida como um modelo de bom funcionamento para todo o Brasil. Lá os dispositivos de cogestão estão sendo

bem trabalhados e fortalecidos. Os sujeitos pesquisados relataram sempre essa experiência como exitosa e que fazia a diferença na gestão democrática, a partir da coanálise, codecisão e coavaliação da produção em saúde.

A quarta hipótese também foi confirmada em parte. As ações da MEAC quanto à Rede Cegonha são garantidas parcialmente às usuárias. Porém, errou-se quando se disse que acompanhantes do sexo masculino não poderiam acompanhar as pacientes no pós-parto. Esse direito passou a ser garantido a partir deste ano, no entanto só no período entre 7h e 21h, não podendo pernoitar. Percebeu-se que, aos poucos, novos direitos propostos pela Rede Cegonha estão sendo garantidos e/ou ampliados.

É uma construção. O pai que antes não era considerado nem visita em potencial, hoje, com a Rede Cegonha, já pode ser considerado acompanhante. Com isso a relação de vínculos é modificada. Antes se enfatizava o binômio mãe-filho, hoje começa a ser utilizado o trinômio mãe-filho-pai.

A quinta e última hipótese foi confirmada, ou seja, aquela que aborda a fragilidade de articulação da Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará e a credibilidade da MEAC perante a população usuária. A primeira dimensão foi expressa pelos sujeitos pesquisados como um fator limitante para a implantação da Rede Cegonha na MEAC e aquilo que falta para a plena efetivação desse programa na instituição. Alguns pontos citados mostraram uma rede ineficiente e desorganizada, tais como: incipiente regulação de leitos e insuficiência de leitos obstétricos e neonatais no Estado. Conforme SESA/CE (2014), há um déficit de 22 leitos obstétricos e 139 leitos neonatais, ocasionando a superlotação das maternidades. Isso interfere no processo de humanização do parto e nascimento.

Por fim, na segunda característica desta hipótese ratificou-se a conceituação da sociedade em geral, do poder público e da sociedade civil, em relação à MEAC. Todos a conceituam como maternidade de referência no trato do parto e nascimento em nível municipal e regional.

Esta pesquisa buscou conhecer e analisar o processo de implantação desse novo programa federal na MEAC. Avaliando essa implantação percebeu-se, por meio das falas e dos relatórios institucionais, que esse processo está sendo bem conduzido pela instituição. Isso fica claro na percepção positiva por parte dos sujeitos pesquisados e da boa avaliação e do efetivo monitoramento de seus indicadores estratégicos. Apesar das dificuldades encontradas no ambiente público, no que concerne ao repasse de recursos, ao atraso no andamento de obras/reformas e à fragilidade e ineficiência da rede, esse Programa é bem avaliado.

O “segredo do sucesso” da MEAC são seus profissionais, considerados um diferencial para a implantação da Rede Cegonha pelo empenho, motivação, dedicação e sensibilidade da equipe. É claro que essas qualidades não são percebidas em todos os profissionais. Necessita-se ainda de uma conscientização por parte de alguns deles que não se envolveram com a causa. Isso é uma conquista diária de sensibilização constante nas propostas que a Rede Cegonha traz.

Mesmo assim, considera-se que a proposta da Rede Cegonha na MEAC já se encontra assimilada por seus profissionais, ao contrário de resultados de pesquisas anteriores, como os de Ribeiro et al (2013) e Batista (2014). Visualiza-se que seus profissionais, em parte, já abraçaram os princípios da Rede Cegonha e há envolvimento da gestão, que se mostra aberta, ativa e participativa.

Considera-se que os grandes entraves para a plena efetivação da Rede Cegonha na MEAC são o término da adequação da ambiência, ou seja, o término das reformas e o funcionamento mais pleno da rede. Estes entraves são um problema estrutural do SUS, pois se apresenta no país a reforma estatal, que na saúde se expressa pela redução do financiamento (e aí as reformas nunca acabam) e pela desvalorização do público como ineficiente, ineficaz e direcionado aos pobres (rede desorganizada)

A Rede Cegonha veio como uma proposta de qualidade no trato à assistência à saúde da mulher e da criança, mas que devido aos problemas estruturais do sistema, ainda não se efetivou plenamente.

Quanto à significação da Rede Cegonha como rede de cuidados à saúde materno-infantil a partir da interligação de pontos de atenção (primário, secundário e terciário), considera-se que não adianta apenas um ponto de atenção ser bem trabalhado. Esse ponto não vai conseguir suportar toda a demanda, até porque cada ponto de atenção é responsável por determinadas ações que dão continuidade ao cuidado. Todos os pontos de atenção precisam interagir e se comunicar para que as usuárias possam transitar pela rede. Portanto, a MEAC precisa que a Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará se efetive para ser plenamente implantada.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Marta Oliveira. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste**. Dissertação Universidade de Brasília, 2013.

BATISTA, Lorena Loiola. **PROGRAMA REDE CEGONHA: um estudo sobre a percepção dos profissionais da sua implementação na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC**. Monografia apresentada ao Curso de graduação em Serviço Social da UECE, Fortaleza, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2008 – (Biblioteca básica de serviço social; v 2).

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. Brasília: DF, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha, Brasília: DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 1988

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160p.

\_\_\_\_\_. **Portaria 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde: 2011b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru (Manual Técnico).** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Mulher: Um diálogo aberto e participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: Gestão Participativa: cogestão.** 2ª ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 20p.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (material de apoio).** 3ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, março de 2004b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.263, de 12 e janeiro de 1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Base de Ação Programática,** Brasília: Ministério da Saúde, 1984 (Série B: Textos Básicos de Saúde, vol 6).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Elizabete [et al] (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed., São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético-**

**político do Serviço Social: elementos para o debate.** In: \_\_ BRAVO, Maria Inês Sousa [et al], (organizadoras). **Saúde e Serviço Social** – 3ª ed – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

\_\_\_\_\_. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes [et al.]. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** Revista do Serviço Público, Brasília 65(2): 227-244, abr./jun., 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso [et al.]. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: Limites da prática profissional.** Rev. Anna Nery Ver Enfermagem – jan-mar; 13 (1): p.154-160, 2009.

COHN, Amélia. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil.** In: \_\_ LAURELL, Ana Cristina (org). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.** – São Paulo: Cortez, 1995.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO ESTADO DO CEARÁ (CIB/CE). **Deliberação nº 18, de 03 de fevereiro de 2012.** Homologa o Plano Estadual de estruturação da Rede Cegonha para o período de 2012 a 2014. Fortaleza: CIB/CE, 2012.

COSTA, Liduína Faria A. da. **O público e o privado na política de saúde: panorama atual do SUS e o serviço social.** In: \_\_ COSTA, Liduína Farias A. da; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde.** Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003. p. 33-54.

COSTA, Ana Maria. **O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para um debate.** Anais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP. 1986. Disponível em: <<<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf>>>. Acesso em 10 out. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1988.** Brasília: CNS, 1998.

DATASUS. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.** Disponível em: <<[svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw](http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw)>>. Acesso em 17 mai. 2013.

\_\_\_\_\_. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.** Disponível em: <<[svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw](http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw)>>. Acesso em 17 mai. 2013.

DIÁRIO DO NORDESTE ONLINE. **Municípios captaram só 6% para Rede Cegonha.** Publicado em 07 mar. 2013. Disponível em: <<<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadeenos/cidade/municipios-captaram-so-6-para-rede-cegonha-1.213417>>>. Acesso em 31 jan. 2015.

DINIZ, Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva. vol.10, p. 627-637, 2005.

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social.** Sociedade em Debate. Pelotas: EDUCAT, 38, 2008.

FERREIRA, Tereza Cristina Alves. **Registro Civil de Nascimento.** In: Revista da MEAC (maternidade-Escola Assis Chateaubriand: 50 anos de crescimento). Ano 2, nº 02, jan. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANI, Mirian di. **Rede Cegonha: da concepção à implementação.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Brasília, 2013.

GLOBO.COM. **Foto denuncia berço “compartilhado” por três bebês em hospital do Ceará.** Publicado em 14 set. 2015. Disponível em: <<<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2015/09/foto-denuncia-berco-compartilhado-por-tres-bebes-em-hospital-do-ceara.html>>>. Acesso em 14 set. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 3ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2007.** Disponível em: <<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/tabela1\\_1\\_10.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_10.pdf)>>. Acesso em: 08 set. 2013

INSTITUTO NASCER. **O que é parto na água?** Disponível em:<<<http://institutonascerc.com.br/parto-na-agua/>>>. Acesso em 14 nov. 2015.

MALUF, Marina; ROMERO, Mariza. **A sublime virtude de ser mãe.** Projeto História, São Paulo, v.25, dez., 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa Qualitativa: instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX.** Campinas, SP: [s.n], 2000. Tese de doutorado pela Universidade Estadual de Campinas.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC. **Produção Assistencial Estatística da MEAC – janeiro a setembro de 2015.** Fortaleza: MEAC, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Relatório Institucional Assistencial de 2014.** Fortaleza: MEAC, 2015b.

\_\_\_\_\_. **Plano de Reestruturação da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará.** Fortaleza, MEAC: 2013a.

\_\_\_\_\_. **MEAC é escolhida como Centro de Apoio da Rede Cegonha. Publicado em 05 mai. 2013.** Disponível em: <<  
www.huwc.ufc.br/noticias.php?acao=exibir&id=1509>>. Acesso em 24 mai. 2013. 2013b.

MELO, Adriana Lopes Lima. **Perfil de mulheres com dificuldade de acesso hospitalar no momento do parto em Fortaleza-CE, no contexto da Rede Cegonha.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Filgueira, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde.** 3ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MINAYO, Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital.** Projeto História. São Paulo, v.25, dez., 2002

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida. **A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto: uma avaliação da qualidade.** Campinas, SP [s.n], Tese de doutorado. 2007.

NUNES, Silvia Alexim. **A medicina social e a questão feminina.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, v.1, n.1, 1991.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”.** In: \_\_. COSTA, Liduína Farias A. da; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde.** Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003. p. 17-32.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington, DC: OMS, OPAS, 2010. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, nº 4).

OSIS, Maria José Martins Duarte. **PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 14 (Supl. 1): p. 25-32, 1998.

\_\_\_\_\_. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** Campinas, SP: [s.n], 1994. Dissertação de mestrado pela Universidade Estadual de Campinas.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva, TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA. Revista Saúde Pública, 40 (N-Esp): 73-78, 2006.

PINTO, Marina Barbosa. **Precarização do trabalho docente: competitividade e fim do trabalho coletivo.** In: PEREIRA, Larissa Dahmer. ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de (Orgs). **Serviço social e educação.** 2 ed, - Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. – (Coletânea Nova de Serviço Social).

PONTES et al. **Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará.** Anais do 2º Congresso Brasileiro de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde – Universalidade, Igualdade e Integralidade de Saúde: Um projeto possível. Belo Horizonte/MG, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACANAÚ. **Hospital Municipal de Maracanaú é pioneiro no Nordeste na realização do parto na água.** Publicado em 23 set. 2015. Disponível em: << <http://www.maracanau.ce.gov.br/noticia-saude/item/14769-hospital-municipal-de-maracanau-e-pioneiro-no-nordeste-na-realizacao-do-parto-na-agua>>>. Acesso em 11 nov. 2015.

RAICHELIS, Raquel. **Articulação entre os conselhos de políticas públicas – uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, Ano XXVII, mar. 2006, n.85, p.109-116.

RIBEIRO, Edilene Maria Vasconcelos. **Serviço Social efetiva direitos sociais.** In: Revista da MEAC (Maternidade-Escola Assis Chateaubriand: 50 anos de crescimento). Ano 2, nº 02, Jan. 2015.

RIBEIRO, Edilene Maria Vasconcelos [et al.]. **Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará.** Revista Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. v.37. n.97. p.251-260. abr./jun. 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry... [et al], colaboradores. **Pesquisa Social: métodos e técnicas** – São Paulo: Atlas, 1999.

SCOTT, Joan. Gênero: **Uma categoria útil para análise histórica.** Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ – SESA/CE. **Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna.** Fortaleza: SESA/CE, 09 de junho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Rede Cegonha no Ceará: Plano Estadual 2012 – 2015.** Fortaleza: SESA/CE, 2014.

\_\_\_\_\_. **Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna**. Fortaleza: SESA/CE, 06 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna**. Fortaleza: SESA/CE, 26 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Ceará começa a receber recursos para Rede Cegonha**. Publicado em 28 jun. 2012. Disponível em: <<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/454100ceara-comeca-a-receber-recursos-para-rede-cegonha>>>. Acesso em: 31 jan.2015.

\_\_\_\_\_. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Publicado em 04 mai. 2010. Disponível em: <<[www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao](http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao)>>. Acesso em 20 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Central de Regulação**. Publicado em 01 set. 2008. Disponível em: <<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-de-servicos/central-de-regulacao>>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

SILVA, Sílvia Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), p. 2753-2762, 2011.

SINTUFCE (Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais do Ceará). **Programa de reestruturação deve investir cerca de R\$ 30 milhões em HUs**. *Jornal do Sintufce*. Fortaleza, Ano XIII – maio/2010, p. 04.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013, 133p.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas**. In: Villela, Wilza; MONTEIRO, Simone (Orgs). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo, SP: Abrasco/UNFPA, 2005.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DO COLEGIADO GESTOR DA MEAC

**Roteiro de entrevista: Profissionais do Colegiado Gestor da MEAC**

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Profissão:

Cargo:

Vínculo empregatício:

Tempo de serviço na saúde:

Tempo de serviço na MEAC:

Local de atuação na MEAC:

Tempo de participação no Colegiado Gestor:

Colegiado Gestor específico de participação:

PERGUNTAS:

- 1) Inicialmente, quando surgiu o interesse em participar do Colegiado Gestor? Por quê?
- 2) Qual o significado desse espaço para os trabalhadores?
- 3) Como você vê a atual situação da assistência à saúde materno-infantil e a influência da Rede Cegonha neste quadro?
- 4) O que você entende desse Programa?
- 5) Como você avalia que a Rede Cegonha está sendo implantada na MEAC?
- 6) Que pontos você considera como principais facilitadores para a plena efetivação da Rede Cegonha na MEAC? E os maiores limitadores?
- 7) Sobre as ações de atenção da Rede Cegonha na MEAC avalie a sua efetividade para a garantia dos direitos das usuárias atendidas nesta instituição:
  - Ações do componente Pré-natal, como: acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.

( ) Sim, completamente

( ) Sim, parcialmente

( ) Não efetivo

Justifique sua resposta.

- Ações do componente Parto e Nascimento: como: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru); ambiência das maternidades; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.
- (  ) Sim, completamente      (  ) Sim, parcialmente      (  ) Não efetivo

Justifique sua resposta.

- Ações do componente Puerpério e atenção integral à saúde da criança, como: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos.
- (  ) Sim, completamente      (  ) Sim, parcialmente      (  ) Não efetivo

Justifique sua resposta.

- Ações do componente Sistema logístico: transporte sanitário e regulação, como: implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).
- (  ) Sim, completamente      (  ) Sim, parcialmente      (  ) Não efetivo

Justifique sua resposta.

- 8) Como está se dando a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção da Rede Cegonha? Como a MEAC auxilia na melhoria na Rede Cegonha de Fortaleza e no Ceará?
- 9) O que considera que falta para a plena efetivação da Rede Cegonha na MEAC?
- 10) Você considera que houve melhoria na assistência à saúde da mulher e da criança na MEAC?

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTOR DA MEAC

**Roteiro de entrevista: Gestor da MEAC**

## DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Profissão:

Cargo:

Vínculo empregatício:

Tempo de serviço na saúde:

Tempo de serviço na MEAC:

Tempo de serviço no cargo:

## PERGUNTAS:

- 1) Como você vê a atual situação da assistência à saúde materno-infantil e a influência da Rede Cegonha neste quadro?
- 2) O que é este Programa?
- 3) Como foi o processo de implantação da Rede Cegonha na MEAC? Pode detalhar?
- 4) Como se deu a articulação da MEAC em nível regional e estadual para a implantação da Rede Cegonha? Como está hoje?
- 5) Quais as ações/ obras/ reformas atuais desenvolvidas pela MEAC?
- 6) Que pontos você considera como principais facilitadores para a plena efetivação da Rede Cegonha na MEAC em nível de gestão? E os maiores limitadores?
- 7) Como é o relacionamento entre a MEAC e o Ministério da Saúde? Considera satisfatória essa relação? Como poderia melhorar?
- 8) Num futuro próximo (para o biênio 2015-2016), quais as próximas ações a serem iniciadas na MEAC? Tem-se uma meta a ser alcançada para esse período?
- 9) Você considera que houve melhoria na assistência à saúde da mulher e da criança na MEAC?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA: APOIADOR INSTITUCIONAL DO PROGRAMA REDE CEGONHA NA MEAC

**Roteiro de entrevista: Apoiador Institucional do Programa Rede Cegonha na MEAC**

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Profissão:

Cargo:

Vínculo empregatício:

Tempo de serviço na saúde:

Tempo de serviço no Ministério da Saúde:

Tempo de serviço no cargo:

PERGUNTAS:

- 1) Como você vê a atual situação da assistência à saúde materno-infantil e a influência da Rede Cegonha neste quadro?
- 2) O que é esse Programa?
- 3) Quais as funções e as atribuições do Articulador Institucional do Ministério da Saúde na Rede Cegonha? Ele surgiu devido a qual necessidade?
- 4) O articulador institucional do Ministério da Saúde fica responsável por acompanhar quantas instituições de saúde participantes da Rede Cegonha? Como se dá a organização desses acompanhamentos?
- 5) Na MEAC, desde quando se tem esse profissional? Como é o acompanhamento na MEAC?
- 6) Que ações/ atividades são desenvolvidas na MEAC pelo articulador?
- 7) Como o articulador faz a mediação entre o Ministério da Saúde e a instituição?
- 8) Como avalia que está sendo o processo de implantação da Rede Cegonha na MEAC?
- 9) Quais pontos considera como principais facilitadores na implantação da Rede Cegonha na MEAC? E os maiores limitadores?
- 10) O Ministério da Saúde impõe metas para as instituições de saúde que aderem à Rede Cegonha? Para a MEAC, quais são?
- 11) Quais os pontos mais críticos da Rede Cegonha na MEAC que merecem uma atenção especial por parte do articulador institucional?
- 12) Como você avalia a Rede Cegonha na MEAC? Em Fortaleza? No Ceará? Houve melhoria na assistência à saúde materna-infantil?

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO** que se refere à dissertação de **Gleiciane Viana Gomes**, matrícula 052014, no Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo como professora orientadora **Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne**, professora titular da referida IES.

Os objetivos deste estudo: Conhecer o processo de implantação do Programa Rede Cegonha na sua relação com a melhoria da assistência à saúde materna e infantil na MEAC; Averiguar a percepção do Colegiado Gestor sobre a implantação do Programa Rede Cegonha na MEAC; Analisar as possibilidades e as limitações da implantação do Programa Rede Cegonha nesta Maternidade, em nível de sua gestão; Identificar como as ações de atenção à saúde do Programa Rede Cegonha estão sendo garantidos às usuárias atendidas nesta Maternidade; e Conhecer a articulação da MEAC com os outros pontos de atenção do Programa Rede Cegonha em Fortaleza e no Ceará.

Para tanto, a pesquisa terá como técnica de coleta de dados a observação simples, com suporte no diário, bem como entrevista estruturada, com a utilização de gravador, caso seja permitida pelos sujeitos pesquisados, que serão profissionais participantes do Colegiado Gestor na MEAC, gestores/ diretores da referida instituição e apoiador institucional do Ministério da Saúde na MEAC.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Não será cobrado nada; não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para mais informações.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias. Uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito pesquisado. Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com Gleiciane Viana Gomes (085) 3282-3766/ 98761-3603, e-mail: gleicivianad@hotmail.com. O Comitê de Ética

em Pesquisa da MEAC situa-se na Rua Coronel Nunes de Melo, s/n Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, telefone: (85) 3366-8569.

Eu \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ confirmo que Gleiciane Viana Gomes explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza-CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

---

(Assinatura do voluntário)

---

(Assinatura do pesquisador)

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ MEAC

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO NORDESTE BRASILEIRO.

**Pesquisador:** Gleiciane Viana Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46017315.1.0000.5050

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.173.471

**Data da Relatoria:** 06/08/2015

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa de natureza quanti-qualitativa, de tipo documental, bibliográfica e de campo, este através de observação simples, com suporte no diário de campo, e entrevista estruturada. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais da MEAC participantes de Colegiados Gestores, a saber: CG dos Ambulatórios; CG do Centro Obstétrico; CG da Emergência; CG da Internação; CG da Neonatologia; e CG do Banco de Leite Humano; também serão sujeitos: gestores/diretores da MEAC e profissional do Ministério da Saúde, que acompanha o Programa Rede Cegonha na MEAC. A amostra consta de profissionais de saúde de nível superior participantes do Colegiado Gestor, no mínimo há dois anos, com pelo menos um profissional de cada categoria multiprofissional (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.173.471

Fonoaudiologia,

Medicina, Nutrição, Psicologia, Terapia

Ocupacional e Serviço Social, conforme Resolução 287, de 8/10/98, do Conselho Nacional de Saúde ; de gestores/diretores da MEAC, pelo menos um; e do Apoiador Institucional do Ministério da Saúde na MEAC. Serão excluídos desta pesquisa, os demais servidores técnicos de nível médio e de apoio (setor de zeladoria, de segurança e de portaria e de recepção), bem como os profissionais de nível superior que não se enquadram nesta amostra ou que estejam de licença ou de férias no período de coleta dos dados da pesquisa de campo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer o processo de implantação do Programa Rede Cegonha na sua relação com a melhoria da assistência às saúdes materna e infantil na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza-CE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Um dos riscos desta pesquisa é o constrangimento do sujeito pesquisado. Para tanto, conforme os preceitos éticos da Resolução do CNS nº466/2012, o sujeito pesquisado tem o direito de decidir ou não de participar da pesquisa.

Benefícios:

É indiscutível a relevância acadêmica e social desta pesquisa na medida em que proporcionará acúmulo e disseminação do tema, servindo como meio de consulta bibliográfica sobre o Programa Rede Cegonha e a atual configuração da assistência à saúde materna e infantil, através de estudo na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante por se tratar de um estudo que levanta os benefícios da implantação a rede cegonha para a MEAC, e dará aos gestores uma ideia de como os profissionais que fazem a rede cegonha vivenciam a execução desta política.

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

Todos os termos obrigatórios para a execução da pesquisa foram apresentados e estão adequados às normas vigentes.

**Recomendações:**

Atendidas

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.173.471

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

Recomendamos a aprovação

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 06 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**

**Maria Sidneuma Melo Ventura  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br

