



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO DE RISCO:
DESAFIOS PARA O ACESSO E O CUIDADO DA ATENÇÃO BÁSICA À ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**

FORTALEZA – CEARÁ
2018

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO DE RISCO:
DESAFIOS PARA O ACESSO E O CUIDADO DA ATENÇÃO BÁSICA À ATENÇÃO
ESPECIALIZADA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA – CEARÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Brilhante, Ana Paula Cavalcante Ramalho .
Violência institucional às mulheres com gestação de
risco: desafios para o acesso e o cuidado da atenção
básica à atenção especializada [recurso eletrônico] /
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante. - 2018 .
1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 361 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: Saúde Coletiva..

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Salete Sousa Jorge.

1. Violência Institucional. 2. Acesso. 3. Atenção
Básica. 4. Atenção Especializada. 5. Análise
Institucional. I. Título.

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO DE RISCO:
DESAFIOS PARA O ACESSO E O CUIDADO DA ATENÇÃO BÁSICA À ATENÇÃO
ESPECIALIZADA

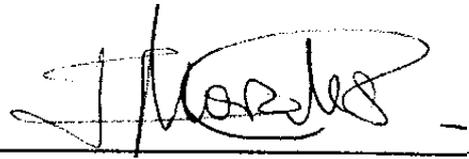
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 14 de junho de 2018

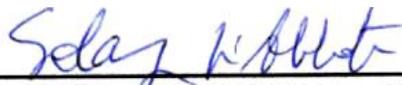
BANCA EXAMINADORA



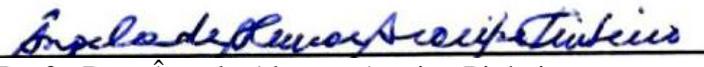
Profa. Dra. Maria Salette Bessa Jorge.
(Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



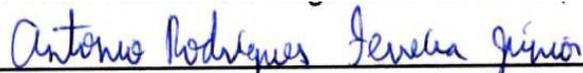
Profa. Dra. Isabel Morales Moreno
1º Membro
Universidad Católica San Antonio- UCAM



Profa. Dra. Solange L'Abbate-2º Membro
Universidade de Campinas- UNICAM



Profa. Dra. Ângela Alencar Araripe Pinheiro
3º Membro
Universidade Federal do Ceará- UFC



Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
1º Suplente
Universidade Estadual do Ceará- UECE



Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
4º Membro
Universidade de Fortaleza- UNIFOR



Profa. Dra. Lúcia Conde- 2º Suplente
Universidade Estadual do Ceará- UECE

Dedico aos trabalhadores e trabalhadoras que lutam no seu cotidiano por melhoria do Sistema Único de Saúde e a todas as mulheres gestantes, em especial às de risco, e aos recém-nascidos que, mesmo antes de nascerem, muitas vezes enfrentam a exclusão e as desigualdades sociais existentes no nosso País.

À minha mãe, Maria Zélia Cavalcante Ramalho, mulher guerreira, amada, que mesmo sentindo falta da minha presença, procurou entender a minha ausência, nunca deixou de me apoiar e colaborar, principalmente com minha família, para que eu conseguisse seguir com mais segurança e tranquilidade. Foi por esse momento que estive muitas vezes tão distante. Te amo muito!

Ao meu pai Deodato Ramalho (in memoriam) que sempre nos incentivou a seguir nos estudos e a lutar por uma sociedade justa, com demonstração e exemplos na sua vida.

Ao meu irmão Domingos Ramalho e minha avó Ivanir (in memoriam), que com certeza estão felizes por esse momento.

Aos meus filhos Igo, Hugo e Izabelle Brilhante, por todo amor, incentivo e compreensão da minha ausência em muitos momentos importantes da vida familiar e social, e principalmente no período do doutorado sanduíche, em que mostraram o quanto são extraordinários. Amo vocês! Ao meu filho Igo, que desde o seu doutorado me incentivou a seguir estudando, pelas discussões, aprendizados, compartilhamentos e ensinamentos da vida acadêmica. Gratidão!

À minha nora Clara Rebouças, por todo o carinho, amor, pela presença permanente em nossas vidas. Você é super especial e amada, presente de Deus.

À minha sogra Rosmilda Brilhante, por seu exemplo de coragem e luta pela vida. Obrigada por sua presença, carinho e compreensão da minha ausência em momentos dolorosos de sua vida.

Aos meus irmãos e cunhados, Paulo Roberto, Giovanna, José Carlos, Isabel Letícia, Flávia, Waldemar, Lilian Cristina, Deodato, Raquel e Lúcia Brilhante pelo amor, compreensão de tantas ausências.

Ao meu irmão Deodato que nos ensina a cada dia a importância da política para a vida das pessoas, que luta pela verdadeira política, a do bem em prol do coletivo. Tenho muito orgulho de você!

Ao meu cunhado Marco Furtado, que nos deixou no início do doutorado. Saudades!

À minha querida Lina, minha eterna gratidão por cuidar tão bem da minha família durante todos esses anos.

A minha turma do doutorado, pelos momentos de aprendizado, pelos encontros, momentos de alegrias, tristezas, sorrisos, choros compartilhados. O apoio e carinho de todos foi fundamental para esta caminhada tão complexa, no meio muitas vezes de tantas tempestades. Turma inesquecível, vivenciamos ao longo desses anos o prazer da amizade e da solidariedade. A vocês: Iko, Sarah, Bruna, Ana, Raquel, Geyse, Márcia, Joana, Sônia, Cynthia, Lidyanne, Fernando, meu muito

obrigada! Boas lembranças e bons momentos que devemos preservar.

Aos Professores do Programa de Pós-Doutorado de Saúde Coletiva por todo o compartilhamento, ensinamentos e amizade, em especial, aos Professores José Wellington, Lúcia Conde, Andréa Caprara, Tereza Magalhães, Helena Sampaio e Ivana Lima Verde.

À Profa. Dra. Silvia Bastos, militante na área da saúde da mulher, guerreira e estudiosa na área, obrigada pelas discussões, aprendizado e compartilhamento.

Às Profas. Dra. Marluce Assis e Ms. Hérica Souza pelos ensinamentos, amizades e carinho.

Aos funcionários da Universidade Estadual do Ceará, Marnessa, Gabriela, D. Maria, Lara, em especial à Mairla que sempre me acolheu tão bem, principalmente nos momentos que mais precisei. Muito obrigada!

Às amigas que sempre estiverem comigo, compartilhando tanta coisa boa da vida, entre elas a verdadeira amizade: Kilma Lopes, Rocineide Ferreira, Vera Dantas, Ozanira Aquino e Juliana. Donato. Gratidão!

À Profa. Dra. Ilse Tigre por todo o apoio, acolhimento e colaboração.

Aos amigos da Secretaria da Saúde do Estado por todo o caminho Lucia Arruda, Fernanda Martins, Fátima Nóbrega, Hosana Tabosa, Tereza Neuman, Lucileide, Harris, Socorro

Luna, Cristina Jorge, Tereza Cristina, Ívina e José Luís.

Aos doutorandos brasileiros que conheci em Murcia- Espanha: Silvana, Ana Paula e Laís. Obrigada pela amizade, compartilhamento e aprendizado.

Às gestoras Ana Geysel Gomes (início do doutorado) e Caroline Souza, pelo apoio, colaboração e compreensão, principalmente nos momentos mais difíceis.

À articuladora da Atenção Básica da SR II, Raquel Nepomuceno (início do doutorado) e Clarisse Evangelista, Coordenadora Regional de Saúde pelo apoio e colaboração.

A todos os trabalhadores da UAPS do Sandra Nogueira, em especial: Nara, Lorena, Lycia e a equipe que compartilho a responsabilização do fazer saúde da família: Nissely, Natasha, Michelle e aos ACS Celiane, Francisco, Felipe, Lucy, Márcia, Nelma, Nilson e Rosilene.

A todos os trabalhadores da UAPS Aida Santos, em especial, Fátima, Leonice, Danielle e Rose.

A minha linda e companheira Cacau que esteve sempre ao meu lado, em especial nas noites acordadas e solitárias por ocasião da escrita da tese.

À minha amiga e mestra querida, Profa. Dra. Fátima Maciel, obrigada pelo incentivo para essa caminhada, aprendizado e amizade. Foi

muito bom reencontrá-la depois de tantos anos após minha graduação.

Às minhas amigas e Professoras Paraenses, que muito me ensinaram e incentivaram a seguir na minha formação na área da Saúde da Família e Materno Infantil. Obrigada por me apresentarem o prazer da docência: Profas. Mrs. Jane Neves, Mrs. Mercês Sovano, Mrs. Suely Fernandes e Profa. Dra. Amira Filgueiras.

Ao Prof. Dr. Álvaro Madeiro por todo o aprendizado e ensinamentos, em especial na área Materno Infantil.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, companheiro, amigo, um grande presente de Deus em minha vida. Obrigada por sua presença sempre, seu apoio, incentivo na realização desse sonho, que hoje se concretiza. Eterna gratidão por toda sua dedicação, compreensão de tantos momentos ausentes, pelas contribuições neste estudo, por meio das discussões, leituras, sugestões e por ter me acompanhado no doutorado sanduíche, mesmo tendo que adiar por um período o seu projeto de vida após aposentadoria. Seu carinho, cuidado de forma presente e/ou à distância foi fundamental, assim como por ter cuidado de tanta gente, em especial de nossos filhos, para que eu pudesse seguir meu caminho de descobertas e aprendizados, na certeza que só vence quem luta. Amo você!

A Deus, por ter concedido a chance de sempre ter sido guiada por caminhos abençoados e cheios de luz.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, por todo o aprendizado, compartilhamento, oportunidades e ensinamentos ao longo do doutorado e desta pesquisa. Eterna gratidão!

Aos membros da Banca de Qualificação e da Defesa Final: Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Junior, Profa. Dra. Ana Kallyne Severo, Profa. Dra. Isabel Morales, Profa. Dra. Solange L'Abbate, Profa. Dra. Ângela Pinheiro, Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, Profa. Dra. Lúcia Conde, obrigada por todas as contribuições que deram para o aprimoramento desta tese.

À Profa. Dra. Solange L'Abbate por me encantar como analista institucional, por suas contribuições, ensinamentos por ocasião de cursos, oficina e discussões no início da elaboração dos resultados deste estudo.

À Profa. Dra. Ângela Pinheiro por todos os ensinamentos, discussões e carinho em diferentes momentos da minha vida acadêmica, em especial na elaboração desta tese. Bons encontros foram realizados nessa trajetória, os quais me levaram a ter ainda mais admiração pela valorosa Professora e ser humana que é. Eterna Gratidão!

À Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, minha querida professora da graduação, que reencontro nesse momento tão importante da minha vida acadêmica.

À Profa. Dra. Isabel Moreles por todo o apoio, colaboração, compartilhamento e acolhida durante o período de minha estadia em Múrcia- Espanha, por ocasião do doutorado sanduíche. Muito obrigada!

A todos os trabalhadores de saúde, gestores e gestantes que contribuíram com este estudo, em especial aos que estiveram durante todos os encontros implicados não somente com a pesquisa, mas com o fenômeno estudado. Vocês foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese. Muito obrigada!

À minha irmã Flavia Maria Cavalcante Ramalho, por compartilhar comigo tantos momentos importantes nas lutas de nossa profissão, do Sistema Único de Saúde, da Saúde Coletiva, e principalmente por suas contribuições na pesquisa de campo deste estudo, nas discussões e diálogos constantes do cuidar do outro, em especial, da gestante. Foi uma linda e prazerosa caminhada ao seu lado. Gratidão!

À Articuladora da Saúde da Mulher do Município de Fortaleza, Léa Dias, por toda contribuição, compartilhamento e colaboração em todas as etapas deste estudo. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Rocineide Ferreira, minha valorosa amiga e minha eterna mestre, que ao longo dos anos tem compartilhado comigo tanto aprendizado. Obrigada por todo o apoio e cuidado dispensados ao longo desses anos, discutindo a complexidade de fazer doutorado trabalhando, o fazer Saúde da Família em tempo de tantos desencontros e principalmente pelas discussões e ensinamentos nos processos vivenciados no doutorado e neste estudo. Eterna Gratidão!

À Universidade Católica de Murcia (UCAM), por meio da Coordenação e Professores do Curso de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação, em especial: Profa. Ms. Maria Dolores Olmo (Lola); Profa. Dra. Carmem Martinez e Prof. Dr. Daniel Guillén, obrigada por toda acolhida e aprendizado.

À Profa. Dra. Adriana Catarina, por todas as contribuições, apoio e acolhimento aos estudantes brasileiros por meio do intercâmbio Brasil- Espanha. Obrigada pelo carinho e ensinamentos dispensados na minha estadia em Múrcia- Espanha, momentos de grande aprendizado.

Ao Grupo Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE, por todo o acolhimento, compartilhamento, amizade em especial à Cybelle, Lídia, Raquel Carvalho, Indara, Cythia, Jamine, Milena e Suellen.

Agradecimento especial à Aline, Roberta, João, Carol e Breno pelo apoio por ocasião da 3ª fase desta pesquisa.

Ao Fernando Pereira, meu colega de turma do doutorado, por todo compartilhamento, amizade, conversas acalentosas, ajudando-me a compreender as muitas coisas que vivenciamos nesse período, onde compartilhamos projetos além dos muros acadêmicos. Gratidão!

Ao Prof. Dr. Geziel, amigo desde o mestrado, por toda colaboração, principalmente na elaboração e discussão dos gráficos da 1ª etapa da pesquisa.

À amiga Ana Cristina Barbosa pela elaboração das figuras desta tese, que contribuíram para uma apresentação mais esclarecedora.

Aos amigos, trabalhadores de saúde e gestores, Vilma Neves, André Bonfim, Adriana Melo, Carmem Cemires e Ivamara de Moraes por todo o apoio e colaboração.

Aos articuladores da saúde da mulher de todas as Regionais de Saúde: Solange Cunha Araújo (SR I), Clelvia Nascimento (SR II), Maria Magda Alves (SR III), Meirelene Xerez Cardoso Rios (SR IV), João Joadson Duarte (SR V), Gilmara Tavares (VI). Obrigada por todas as contribuições e apoio.

Às articuladoras da Atenção Básica e da Área Técnica da Saúde da Mulher da SR VI, Juliana Girão e Gilmara Tavares, por todo o apoio, contribuições para a realização da 3ª etapa da pesquisa. Eterna Gratidão!

Às Coordenadorias Regionais de Saúde de todas as Secretarias Regionais, em especial à Coordenadoria Regional de Saúde da SR VI, Aline Golveia e toda a sua equipe, pela colaboração, carinho e acolhimento dispensado para o desenvolvimento da pesquisa.

À Direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Vanda Belmiro e toda a sua equipe, em especial Luis Carlos Alcântara Weyne e Silvio Carlos Rocha de Freitas, pelo acolhimento, contribuições e apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos pesquisadores do projeto multicêntrico, em especial ao Prof. Dr. Gastão Campos, Profa. Dra. Rosana Onocko, Prof. Dr. Dário Pasche pelas discussões que envolveu a 1ª etapa da pesquisa.

Ao Renato Gatto, doutorando da USP- Ribeirão Preto, que conheci em Salamanca- Espanha, por todo aprendizado, compartilhamento e discussões sobre a Análise Institucional.

À Secretaria de Saúde do Estado do Ceará pela liberação e apoio para realização do doutorado, em especial à Coordenadora Silvia Bonfim. Muito obrigada!

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em especial à Secretária de Saúde, Joana Angélica Paiva Maciel, por todo o apoio dispensado para o desenvolvimento da pesquisa e do meu crescimento profissional, especialmente no momento do doutorado sanduíche.

À Universidade Estadual do Ceará, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão da bolsa de auxílio financeiro para o doutorado sanduíche.

“... Como insistia o inesquecível Paulo Freire, não se pode confundir esperança do verbo esperar com esperança do verbo esperar. Aliás, uma das coisas mais perniciosas que temos nesse momento é o apodrecimento da esperança; em várias situações as pessoas acham que não tem mais jeito, que não tem alternativa, que a vida é assim mesmo... Violência? O que posso fazer? Espero que termine... Desemprego? O que posso fazer? Espero que resolvam... Fome? O que posso fazer? Espero que impeçam... Corrupção? O que posso fazer? Espero que liquidem... Isso não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperar é juntar-se com outros para fazer de outro modo. E, se há algo que Paulo Freire fez o tempo todo, foi incendiar a nossa urgência de esperanças”.

(Mario Sergio Cortella)

RESUMO

A violência institucional está presente nos serviços de saúde, entretanto, é naturalizada, banalizada, silenciosa, silenciada e invisibilizada. Este estudo problematiza a deficiência do acesso nas diferentes dimensões à gestante de risco, entre eles à Atenção Especializada. Seu objetivo geral foi analisar como ocorre a violência institucional e suas implicações nas práticas de cuidados oferecidos pelos trabalhadores de saúde às mulheres em gestação de risco, nas redes de atenção básica e especializada. A abordagem foi qualitativa com complementação de dados quantitativos, e o referencial teórico-metodológico foi o da Análise Institucional proposto por Lourau. O estudo foi desenvolvido em todas as Secretarias Regionais do município de Fortaleza-Ceará e os participantes do estudo foram: trabalhadores de saúde (42), usuários (8) e gestores (30) das duas Redes de Atenção, totalizando 80 participantes. O período da pesquisa ocorreu de março de 2016 a janeiro de 2018. A produção dos dados aconteceu por ocasião de três etapas: A 1ª etapa constituiu-se de análise do estudo multicêntrico “Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”, entre elas, Fortaleza – Ceará, com utilização dos resultados por ocasião da restituição aos participantes do estudo na 3ª etapa. A 2ª etapa realizou-se entrevistas em profundidade com trabalhadores de saúde, gestores e gestantes e a 3ª etapa se deu a partir de uma pesquisa-intervenção, com realização de quatro encontros, com o surgimento de diferentes analisadores: (des)conhecimento do perfil da unidade de referência secundária, inexistência de fluxograma unificado para AB e AE, (des)integração das Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco. Utilizou-se ainda diário de pesquisa nas duas últimas etapas. Dessa forma, realizamos análise coletiva por meio de movimentos instituintes, os quais mobilizou os sujeitos implicados a refletirem e a repensarem o cuidado da gestante de risco nas instituições Atenção Básica e Atenção Especializada. A partir de todo o processo desenvolvido com o coletivo, foi elaborado um fluxograma para utilização na regional do estudo, com pactuação da gestão da sua implantação. Esta pesquisa revelou problemas complexos existentes no modelo de atenção à saúde da mulher na gestação de risco no município. As principais dificuldades reveladas para a produção do cuidado à gestante de risco foram: a deficiência do acesso nas suas diferentes dimensões às Redes de Atenção Básica e Especializada; a existência de peregrinação desde o início do pré-natal, a não regionalização da atenção; a não disponibilização da oferta da atenção secundária para as unidades de saúde; a inexistência de diálogo entre o nível secundário e terciário, a presença de relação de poder-saber entre as Redes de Atenção e entre

a gestão e trabalhador; a inexistência da contrarreferência e de um fluxograma seguro que integre as Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco. Revelou ainda, a existência de violência institucional vivenciada pelos trabalhadores de saúde no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, as diferentes situações vivenciadas pelas gestantes de risco têm ocasionado violência institucional a partir da violação de direito à saúde. Como movimento instituinte na produção do cuidado da gestante por ocasião da intervenção, percebeu-se a integração entre gestores e trabalhadores das Redes de Atenção por meio de diálogo, reflexões e implicação dos sujeitos com a situação revelada, revisitação e questionamentos aos processos implantados nas duas Redes de Atenção com apresentação de propostas para mudanças no fazer-agir na produção do cuidado à gestante. O município tem ainda grandes desafios a serem enfrentados para reversão desse quadro, portanto, há necessidade de ações governamentais mais eficazes que contribuam para redução das iniquidades existentes, melhoria no modelo de atenção que levam à violação do direito à vida.

Palavras-chave: Violência Institucional. Acesso. Atenção Básica. Atenção Especializada. Análise Institucional.

ABSTRACT

Institutional violence is present in health services, however, it is naturalized, banalized, silent, silenced and invisible. This study problematizes the deficiency of the access in the different dimensions to the pregnant woman of risk, among them the Specialized Attention. Its general objective is to analyze how institutional violence occurs and its implications in the care practices offered by health workers to women in risk, in the basic and specialized care networks. The approach is qualitative with complementation of quantitative data, and the theoretical-methodological reference is the Institutional Analysis proposed by Lourau. The study was carried out in all Regional Secretariats of the city of Fortaleza-Ceará, and the study participants were: health workers (42), users (8) and managers (30) of the two Care Networks, totaling 80 participants. The study period ran from March 2016 to January 2018. The data was produced in three stages: The first stage consisted of an analysis of the multicenter study "Survey on the Functioning of Basic Health Care and Access to Specialized Attention in Brazilian Metropolitan Regions ", among them, Fortaleza - Ceará, using the results on the occasion of the restitution to the participants of the study in the third stage. The second stage was conducted in-depth interviews with health workers, managers and pregnant women, and the third stage was based on an intervention research, with four meetings, with the appearance of different analyzers: (dis) knowledge of the profile of the secondary reference unit, lack of a unified flowchart for AB and AE, (dis) integration of care networks that care for pregnant women at risk. A research diary was also used in the last two stages. Thus, we performed a collective analysis through instituting movements, which mobilized the subjects involved to reflect and rethink the care of the pregnant woman at risk in the institutions Basic Attention and Specialized Attention. From the whole process developed with the collective, a flow chart was prepared for use in the study region, with the agreement of the management of its implementation. This research revealed complex problems in the model of women's health care in the gestation of risk in the municipality. The main difficulties revealed for the production of care for pregnant women at risk were: the lack of access in their different dimensions to Basic and Specialized Care Networks; the existence of pilgrimage from the beginning of prenatal care, the non-regionalization of care; the non-availability of secondary care to the health units; the lack of dialogue between the secondary and tertiary level, the presence of a power-knowledge relationship between the Care Networks and between the management and the worker; the lack of counter-referral and a secure flow chart that integrates the care networks that care for pregnant women at risk. It also revealed the

existence of institutional violence experienced by health workers in the daily life of health services. In this way, the different situations experienced by pregnant women at risk have caused institutional violence based on the violation of the right to health. As an institutional movement in the production of care for the pregnant woman at the time of the intervention, the integration between managers and workers of the Care Networks was observed through dialogue, reflections and involvement of the subjects with the revealed situation, revisiting and questioning the processes implanted in the two Attention Networks with proposals for changes in make-to-act in the production of care for pregnant women. The municipality still has great challenges to be faced to reverse this situation, so there is a need for more effective government actions that contribute to reducing existing inequities and improving the care model that leads to the violation of the right to life.

Keywords: Institutional violence. Access. Primary Care. Specialized Care. Institutional Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Etapas da pesquisa.....	95
Figura 2 -	Esquema da dialética institucional.....	101
Figura 3 -	Dispositivos da Análise Institucional utilizados na pesquisa.....	113
Figura 4 -	Mapa de Fortaleza e as Secretarias Regionais.....	122
Figura 5 -	Equipamentos de Saúde da Rede Pública no município de Fortaleza	123
Figura 6 -	Equipamentos de Saúde na Secretaria Regional VI.....	124
Figura 7 -	Analisadores no Pré-Natal de Risco trabalhados nos encontros com trabalhadores e gestores das Redes de Atenção e Especializada.....	229
Fluxograma 1 -	Percurso da Gestante da Atenção Básica à Atenção Especializada, Fortaleza, 2018.....	145
Fluxograma 2 -	Acesso da Gestante de Risco em duas unidades da Atenção Terciária.....	238
Fluxograma 3 -	Percurso da Gestante de Risco da Atenção Básica à Atenção Especializada na SR VI.....	277
Fluxograma 4 -	Percurso da Gestante de Risco da Atenção Básica à Atenção Especializada na SR VI. Fortaleza, 2018.....	292
Quadro 1 -	Distribuição dos Óbitos Maternos em Fortaleza, segundo a classificação preconizada pela CID-10, em série histórica de 2004 a 2016.....	83
Quadro 2 -	Síntese do Plano de Análise.....	120
Quadro 3 -	Relação das Unidades Básicas de Saúde da Regional VI (3ª Fase).....	125
Quadro 4 -	Relação dos sujeitos participantes do estudo (2ª fase).....	125
Quadro 5 -	Relação das Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo por Secretaria Regional.....	125
Quadro 6 -	Sujeitos/ Participantes da Pesquisa por Rede de Atenção (3ª Fase)...	126
Quadro 7 -	Pactuações para acompanhamento do processo de implementação das ações para institucionalização do fluxo a ser percorrido da Gestante de Risco da AB à AE.....	279

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Idade da Gestante de Risco segundo o Hospital de Referência. Fortaleza, 2016.....	135
Gráfico 2 -	Escolaridade das Gestantes de Risco atendidas por unidades de referência. Fortaleza, 2016.....	136
Gráfico 3 -	Escolaridade das Gestantes de Risco e início do pré-natal. Fortaleza, 2016	137
Gráfico 4 -	Gestantes acompanhadas na AB e AE por Unidade de Referência. Fortaleza, 2016.....	141
Gráfico 5 -	Acesso das gestantes aos exames pelo SUS/ Planos de Saúde. Fortaleza, 2016.....	152
Gráfico 6 -	Gestante atendida na AE segundo Trimestre Gestacional. Fortaleza, 2016.....	161
Gráfico 7 -	Taxa incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de mães residentes em Fortaleza, segundo ano de diagnóstico, 2007-2016.....	166
Gráfico 8 -	Tempo de espera do encaminhamento da Atenção Básica e a primeira consulta na Atenção Especializada da Gestante de Risco. Fortaleza, 2016.....	168
Gráfico 9 -	Acesso da Gestante de Risco à AE segundo o tempo de espera por Unidade de Referência. Fortaleza, 2016.....	169
Gráfico 10 -	Início do Pré-Natal da Gestante de Risco na Atenção Básica com o número de consultas na Atenção Especializada. Fortaleza, 2016.....	171
Gráfico 11 -	Profissionais que encaminharam a Gestante de Risco da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Fortaleza, 2016.....	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Atenção Especializada
AI	Análise Institucional
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Atenção Terciária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COMDICA	Conselho Municipal Direitos da Criança e do Adolescente
DESP	Demanda Espontânea
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MC	Mediação de Conflitos
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PMMB	Projeto Mais Médico para o Brasil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção a Saúde

SESA	Secretaria Estadual da Saúde do Ceará
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SRs	Secretarias Regionais
SR VI	Secretaria Regional VI
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAM	Universidade Católica de Múrcia- Espanha
UECE	Universidade Estadual do Cear

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	26
1.1	PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO.....	26
1.2	INÍCIOS E IMPLICAÇÕES: CONSTRUINDO ALGUMAS POSSIBILIDADES DE ENCONTROS E REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA VIOLAÇÃO DE DIREITO.....	28
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	GERAL.....	31
2.1.1	Específicos	31
3	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	33
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	33
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DO CUIDADO.....	38
3.2.1	Organização da Estratégia Saúde da Família.....	38
3.2.2	Acesso às Redes de Atenção e os desafios para as mulheres com gravidez de risco.....	42
3.3	VIOLÊNCIAS E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	56
3.3.1	Violência, violência política e estrutural: caminhos complexos diante de uma sociedade desigual.....	56
3.3.2	A violência institucional à mulher com gestação de risco e sua invisibilidade... 	67
3.3.3	Atenção à Gestação de Risco, desafios atuais e seu enfrentamento.....	78
4	MÉTODO.....	94
4.1	CAMINHOS PERCORRIDOS.....	94
4.1.1	Análise institucional	95
4.1.2	A Análise institucional nas práticas e a socioclínica.....	102
4.2	A CAMINHADA E SEUS MOVIMENTOS DE TRANSFORMAÇÃO	113
4.2.1	Pesquisa Multicêntrica realizada em regiões metropolitanas brasileiras, entre elas Fortaleza – Ceará	113
4.2.2	Pesquisa-Intervenção	118
4.3	O CENÁRIO DO ESTUDO.....	120
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	126

4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	129
5	ANÁLISE E INTERVENÇÃO.....	130
5.1	RESTITUIÇÃO DA PESQUISA MULTICÊNTRICA DA GESTAÇÃO DE RISCO E A IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA X GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE.....	130
5.1.1	Atenção à Gestante de Risco e ao acesso à Atenção Especializada.....	144
5.1.2	As inquietações dos sujeitos no momento da restituição: como me sinto?.....	183
5.2	ANALISADORES DA ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	228
5.2.1	(Des) Integração das redes de atenção à Gestante de Risco e (des) conhecimento da unidade de referência secundária: questionando o instituído.....	231
5.2.2	Revisitando o instituído no caminhar da gestante e propondo mudanças a partir de movimento instituinte: dialogando com os pares.....	250
5.2.3	Trilhando caminhos para melhoria do acesso das mulheres com gestação de risco nas redes de atenção à saúde: revisitação da proposta do fluxograma final, validação e pactuações.....	278
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES.....	297
	REFERÊNCIAS.....	310
	APÊNDICES.....	333
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHER COM GRAVIDEZ DE RISCO.....	334
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADOR DE SAÚDE QUE ATENDEM OU ACOMPANHAM MULHER COM GRAVIDEZ DE RISCO.....	336
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	337
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	338
	APÊNDICE E - RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE COLABORARAM COM A PESQUISA.....	340
	APÊNDICE F - FICHA PARA ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES DE RISCO ENCAMINHADAS POR UNIDADE.....	341
	APÊNDICE G - MOMENTOS DOS ENCONTROS.....	342
	APÊNDICE H - CASOS DE VIOLÊNCIA INSTUCIONAL.....	344
	APÊNDICE I - PROGRAMAÇÃO DO SEMINÁRIO ENTRE AS DUAS REDES DE ATENÇÃO.....	345

ANEXOS	346
ANEXO A - MAPA DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES PARA O PARTO: DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA AS MATERNIDADES DE FORTALEZA	347
ANEXO B - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE.....	349
ANEXO C - FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE DE RISCO DA ATENÇÃO BÁSICA À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS.....	351
ANEXO D - PARECER DA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DE FORTALEZA.....	353
ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.....	354
ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA.....	358

1 INTRODUÇÃO

“Minha vida não é guiada por uma certeza originária, senão por aquela de lutar corpo a corpo com a incerteza”.

(Edgar Morin)

1.1 PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO

O nosso interesse por esse tema é muito antigo, pois logo após o término da graduação em enfermagem iniciamos a vida profissional no interior do estado do Maranhão, com atuação na atenção e, posteriormente, na gestão.

Na atenção, inicialmente como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde - UBS e supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, em seguida Estratégia Saúde da Família - ESF, e na gestão como Secretária Municipal de Saúde de uma cidade do Maranhão, ocasião em que atuamos como Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Portanto, nesses diferentes espaços vivenciamos, em diferentes momentos, situações complexas de violência institucional à mulher com gestação, em especial a que se encontra com gestação de risco.

No ano de 1998 após transferência da família para a cidade de Belém-PA, diferentes funções foram oportunizadas na Secretaria Municipal de Saúde daquela capital. Inicialmente, como Assessora Técnica da Atenção Básica, contribuindo na implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF desse município, a qual foi denominada na época, Programa Família Saudável.

Em seguida, na Coordenação Distrital da ESF de dois distritos administrativos (em momentos diferentes), posteriormente na Coordenação Geral da Atenção Básica e no último ano da gestão municipal, ou seja, 2004, na Direção do Departamento de Ações em Saúde - DEAS (Atenção Básica e Atenção Especializada), ocasião em que contribuimos com a implantação do Programa Nascer Bem em Belém.

A partir dessas experiências, percebeu-se a complexidade da atenção e da gestão, diante dos nós críticos vivenciados pelos gestores, trabalhadores e usuários quanto ao acesso nas suas diferentes dimensões aos serviços de saúde, em especial à Atenção Especializada, principalmente às mulheres com gestação de risco.

Nesse mesmo período, surgiu a oportunidade de atuarmos na docência na Universidade Estadual do Pará - UEPA como professora substituta, na disciplina estágio supervisionado na Atenção Básica. Assim, foi possível vivenciar ao longo da vida profissional, a gestão, atenção, controle social e a formação.

No ano de 2005, ao retornar para Fortaleza, atuamos na Assessoria Técnica da Estratégia Saúde da Família, em seguida na Área Técnica da Criança e do Adolescente, onde mais uma vez ocorreu uma aproximação com a Área Técnica da Saúde da Mulher na área da gestão, ocasião que também atuamos como membro do Comitê de Mortalidade Materna e do Comitê de Mortalidade Infantil do município (2005 - 2012) e membro do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), contribuindo, também, no grupo de trabalho (GT) de Políticas Públicas do referido Conselho.

No ano de 2007, ao ingressar no Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, tendo como orientador Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite foi possível uma maior aproximação com a temática violência por meio da participação da pesquisa multicêntrica sobre violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Mackenzie.

Este estudo muito contribuiu na nossa atuação na temática seja na área da gestão e na formação naquele período, pois contribuímos na implementação de Políticas Públicas voltadas para a prevenção da violência contra o idoso, mulher, criança e adolescente, onde nos possibilitou coordenar um projeto de formação e elaboração de material técnico com outros colaboradores na área da violência doméstica.

Esse projeto foi desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde e as Redes de Atenção Básica, Saúde Mental, Hospitalar, Urgência e Emergência do município de Fortaleza no período de 2008 a 2010, com articulações Intersetoriais, principalmente com a Secretaria de Educação, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente - COMDICA, Conselhos Tutelares, Secretaria de Assistência Social, Fundação Criança Cidadã, Secretaria da Saúde do Estado por meio da área da criança e outros.

Após a conclusão do mestrado no ano de 2009, já servidora pública municipal, assumimos a Coordenação da Política Municipal de Educação Permanente, onde contribuímos na formação dos profissionais de saúde do município, em especial da Atenção Básica e dos Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade, em especial nas questões relacionadas à violência.

No ano de 2010, ao assumirmos o concurso estadual, contribuímos em diferentes processos também de formação, entre eles, o Projeto QualiSUS, com atuação como facilitadora dos conselheiros de saúde sobre as Redes de Atenção, em especial a Rede Cegonha, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) clínico e neonatal, esse último com certificação do Ministério da Saúde.

No ano de 2014, retornamos à Atenção, como enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, vivenciando no cotidiano das atividades desenvolvidas na atenção à saúde da mulher, durante a realização do pré-natal diferentes situações-limites enfrentadas por nós trabalhadores de saúde da AB no município do estudo, gestores das unidades e gestantes em relação ao acesso, principalmente à atenção especializada quando encaminhada pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

O território que atuamos é caracterizado como um dos bairros mais violentos de Fortaleza, uma população pobre, com presença de diferentes situações de risco e vulnerabilidade, entre elas, tráfico de drogas, gravidez na adolescência, exploração sexual contra criança e adolescente e outras. Portanto, situações presentes na vida de muitas gestantes que atendemos na Atenção Básica.

Diante desse contexto, como integrante do “Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem”- GRUPSFE coordenado pela Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, tivemos a oportunidade de participar do projeto “Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras” que tem como objetivo analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Portanto, novamente trouxe uma possibilidade de nos aproximar ainda mais do fenômeno a partir da realidade do município nas duas Redes de Atenção, ou seja, Atenção Básica e Atenção Especializada.

Nesse sentido, torna-se possível buscar desvelar a violência institucional em relação às mulheres com gestação de risco, muitas vezes obscura, e invisível. Com tais experiências, e com as dificuldades encontradas no cotidiano, surgiram várias reflexões, inquietações e os seguintes questionamentos: Quais os cuidados oferecidos pelos trabalhadores de saúde às mulheres em gestação de risco nas redes de atenção básica e especializada no município de Fortaleza? Qual o modelo de atenção à saúde à gestante de risco na rede municipal de Fortaleza? Como os trabalhadores de saúde, gestores e gestantes de

risco percebem a violência institucional na rede de atenção à saúde? Qual o percurso da gestante de risco nas Redes de Atenção Básica e Especializada? Como ocorre a relação entre as Redes de Atenção que atendem às mulheres com gestação de risco e as intervenções produzidas para resolubilidade dos nós críticos? Quais os fluxos e contra fluxos (formais e reais) das mulheres em gestação de risco da atenção básica para atenção especializada?

1.2 INÍCIO E IMPLICAÇÕES: CONSTRUINDO ALGUMAS POSSIBILIDADES DE ENCONTROS E REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA VIOLAÇÃO DE DIREITO

“que pensam transformar as estruturas e destruir as instituições através de sua implicação vigorosa na intervenção que conduzem. Aparentemente, eles se preparam para uma vocação de mártir, pois tornam-se insuportáveis para todos os grupos com os quais colaboram”.

(Enriquez, 2011, p. 234)

A violência institucional contra as mulheres no ciclo gravídico puerperal traz um rompimento no compromisso da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, o qual garante cuidados e assistências especiais à maternidade e à infância. Nesse sentido, torna-se necessário refletir sobre a qualidade nos serviços prestados às mulheres em processo de parturição, a despeito dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito social fundamental (ABUJAMRA; BAHIA, 2009; PIOVESAN, 2009; UNESCO, 2005; CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2004; ONU; 1948).

Essa forma de violência reflete a precariedade dos recursos materiais e humanos, a fragmentação na linha de cuidado nas redes de atenção à saúde, a deficiência na garantia da atenção integral durante o pré-natal. A atenção básica está no processo de organização no sentido de se constituir como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, entretanto, ainda é necessário que ocorra muitas mudanças para que de fato seja consolidado o seu lugar no modelo de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em relação a atenção à gestante de risco, nos deparamos com sérias dificuldades em relação à desarticulação das redes de atenção, principalmente no momento em que necessita ser encaminhada da Atenção Básica para a Atenção Especializada.

Percebe-se, então, a violação de direitos da mulher com gestação de risco permanentemente, pois existe deficiência na garantia da continuidade da atenção. Essa

violação de direito muitas vezes não é percebida, principalmente pelas gestantes, familiares e trabalhadores de saúde, muitas vezes silenciando diante do não atendimento de sua necessidade.

Verifica-se que, quando as mulheres são capazes de reconhecer direitos, violações e tomam conhecimento da existência de instrumentos capazes de produzir alguma reparação sentem-se fortalecidas para o exercício de sua cidadania. A apropriação pelas mulheres de instrumentos internacionais como a Convenção de Belém do Pará exerce um papel fundamental, uma vez que para a efetiva fruição de direitos é necessário seu reconhecimento (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2004).

Nesse sentido, percebe-se a violação dos direitos da mulher e da criança quando não são garantidos os princípios básicos que norteiam a Constituição Federal de 1988, os princípios do Sistema Único de Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política Nacional da Saúde da Mulher e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) recentemente implantada por meio da Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.

O Brasil possui legislações para garantir a atenção integral à saúde da mulher e da criança, muitas delas revolucionárias, como Estatuto da criança e do adolescente – ECA e Lei Maria da Penha, porém não são efetivamente garantidas e efetivadas. Nesse sentido, existe uma grande preocupação com o sistema de saúde brasileiro, pois apesar de grandes avanços na área da criança e da mulher, ainda não se tem garantido uma atenção humanizada, qualificada, integral e universal.

Esta pesquisa faz parte do estudo multicêntrico realizado em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Com participação de pesquisadores e grupos de pesquisa de sete Universidades: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que tem como objetivo analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental. Nesta pesquisa, estudamos o acesso das mulheres em gestação de risco à atenção especializada no município de Fortaleza.

Portanto, esse tema tem grande relevância em virtude da magnitude do fenômeno e da deficiência de estudos relacionados à violência institucional experienciada pelas mulheres com gestação de risco atendidas na Estratégia Saúde da Família, pois vivenciam dificuldade no acesso nas diferentes dimensões, entre eles a Atenção Especializada, assim

como pela necessidade de maior conhecimento e compreensão do fenômeno, pois tem configurado um desafio, também, para os gestores e trabalhadores de saúde que lidam diariamente com esse problema.

Sendo assim, este estudo poderá contribuir na implementação das políticas públicas da saúde da mulher, em especial no período gestacional com garantia de seus direitos quanto à atenção integral, humanizada, resolutiva, bem como dar visibilidade ao fenômeno que, na realidade, é muito mais que a garantia do acesso à gestante de risco à consulta especializada, mas a necessidade de lutas e a não naturalização do problema.

Nesse sentido, gestores, trabalhadores de saúde, controle social poderão, a partir de suas reflexões e implicações, ressignificar o seu papel na atenção à saúde, inclusive em relação à questão ética, e criar movimentos inovadores na gestão, na atenção, no controle social, para provocar transformações a partir da responsabilização em relação ao direito à saúde, em especial ao da mulher na condição de gestação de risco.

Assim, diante da situação vivenciada pela gestante de risco ao acesso aos serviços de saúde, em especial Atenção Especializada, percebe-se a presença da violência institucional, onde, segundo o Ministério da Saúde, configura como um tipo de violência exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange desde abusos cometidos em virtude das relações de poderes desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2011).

Essa forma de violência inclui ainda as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento e as longas esperas, o desrespeito ao direito de não discriminação, de uma assistência efetiva e resolutiva, atendimento realizado de maneira mecânica, sem vínculo, afeto e respeito pela pessoa que o recebe (BRASIL, 2001; VENTURA 2009; PEDROSA et al 2011). Embora esse estudo tenha ocorrido no serviço público, essa forma de violência também pode ser vivenciada no serviço privado.

O pressuposto desse estudo é que apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos, em especial com a implantação da Rede Cegonha no município de Fortaleza, o modelo de atenção à saúde da mulher com gestação, em especial à de alto risco, ainda é alicerçado num modelo de atenção biomédico, fragmentado, desarticulado, com deficiência no acesso e com a presença de violência institucional.

Dessa forma, estabelecemos as seguintes pretensões para este trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar como ocorre a violência institucional e suas implicações nas práticas de cuidados oferecidos pelos trabalhadores às mulheres em gestação de risco, nas redes de atenção básica e especializada, no município de Fortaleza.

2.1.1 específicos

Descrever o modelo de atenção à saúde da mulher em gestação de risco na rede municipal de Fortaleza;

Discutir sobre “nas práticas de cuidado”, aspectos que apontem para inovações que favoreçam um cuidado ético às mulheres em gestação de risco;

(Des)velar a relação entre as redes de atenção que atendem às mulheres em gestação de risco e as intervenções produzidas para resolubilidade dos nós críticos;

Compreender: como os trabalhadores de saúde, gestores e às mulheres em gestação de risco percebem a violência institucional na rede de atenção à saúde;

o percurso da gestante de risco nas Redes de Atenção Básica e Especializada;

Elaborar fluxograma que favoreça a gestante de risco um caminhar seguro entre as Redes de Atenção Básica e Especializada com responsabilização de todos os sujeitos implicados no cuidado.

Para responder a esses objetivos, organizamos a escrita da tese em cinco seções, conforme a seguir.

A seção 1 refere à escolha do referencial teórico-conceitual, onde discutimos sobre o Sistema Único de Saúde e a Construção das Redes de Atenção à Saúde no cenário brasileiro e do município do estudo a partir da reorganização da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção.

Para discutir a temática violência, ao longo da segunda seção, apresentamos as suas diferentes formas, entre elas a violência institucional como violação de direitos à mulher durante o período gestacional, em especial à com gestação de risco.

Dessa forma, foi necessário trazer algumas considerações sobre poder, violência política, estrutural e simbólica, principalmente a partir da realidade atual do Brasil, em virtude das fortes ameaças e retrocessos das políticas públicas.

O referencial teórico-metodológico que norteou a pesquisa, encontra-se na segunda seção, onde apresentamos os principais conceitos da Análise Institucional, a utilização da análise de papel e socioclínica a partir da 3ª etapa da pesquisa, que consistiu na realização da pesquisa intervenção.

A utilização do método análise institucional na pesquisa intervenção contribuiu para momentos de diálogo entre as duas Redes de Atenção, trazendo a possibilidade de mudanças a partir da revisitação do instituído, por meio de movimento instituinte de um fazer coletivo dos sujeitos implicados no processo, entre eles a pesquisadora.

Na terceira seção, realizamos a análise do acesso da gestante de risco nas Redes de Atenção Básica e Especializada, a partir do desenvolvimento de três etapas da pesquisa. Para a realização da pesquisa-intervenção, iniciamos com a restituição da pesquisa multicêntrica “Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”, entre elas a de Fortaleza - Ceará.

O conceito de restituição proposto por Lourau (1993) foi considerado como um contraponto com o de devolução. Acreditamos que a utilização desse dispositivo contribuiu para a discussão dos resultados e maior implicação dos sujeitos nas análises desenvolvidas pelo coletivo. Ressaltamos que a restituição consistiu em um processo permanente da pesquisa.

Por último, tecemos as considerações finais do estudo como finalização de uma etapa, pois trouxe possibilidades para o seu desenvolvimento em outras regionais de saúde. Dessa forma, sinaliza outros movimentos instituintes na produção do cuidado da gestante para amenizar a violação de direitos à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”.

(Bertold Brech)

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e suas circunstâncias”.

(Paulo Freire, 1979)

A Reforma da Saúde implantada, a partir dos anos de 1980, no Brasil, acontece em meio à crise da previdência social, às mudanças políticas e econômicas do país, à abertura democrática e à inclusão dos usuários (PAIM, 2011). Para o autor (2011), a luta dos que protagonizaram o movimento da Reforma Sanitária, foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

A Constituição brasileira estabelece, no seu Artigo 196, que a saúde é um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para proteção e recuperação da saúde. O Artigo 198, refere à questão dos serviços públicos, no que tange ao dever de integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituirá um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No ano de 1990, a regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS deu-se por meio da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8142/90, as quais reafirmam as diretrizes previstas na Constituição Federal e estabelecem uma série de princípios, dentre os quais se destacam os seguintes:

- a) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b) a integralidade da assistência, a ser buscada por intermédio da articulação das ações e serviços e de acordo com as necessidades das pessoas;
- c) a participação da comunidade;
- d) a descentralização político-administrativa, dando ênfase à regionalização e à hierarquização da rede de serviços de saúde, e ao financiamento tripartite, mediante a participação da união, estados e municípios (BRASIL, 1990).

O processo de descentralização pressupõe a corresponsabilização entre as três esferas de governo, possibilitando o fortalecimento de redes regionalizadas e hierarquizadas, baseadas nas especificidades de cada território, como estratégia de organização do sistema (FERLA et al., 2006).

O tema das RAS não é uma discussão nova para o Brasil, entretanto, a revisitação à Constituição Federal e os esforços dedicados pelos entes federais têm sido prioritário para implantação e/ou implementação das Redes de Atenção, com objetivo de melhor atender à população de forma descentralizada e regionalizada.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RASs) foram incorporadas por meio da Portaria nº 4.279, em 2010, e pelo Decreto nº 7.508, de 2011, que estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.508, incorpora oficialmente as RASs (BRASIL, 2010a; 2011).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010 a).

As redes formadas no SUS são móveis e não fixas. Por questões operativas, podem ser alteradas, constantemente, mesmo aquelas consensuadas nos Colegiados. Por isso, esse espaço deve ser bem compreendido pela administração pública, de modo a dar legitimidade política e jurídica às suas decisões (SANTOS; ANDRADE, 2007).

As redes, assim, têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; com crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY; OUVRENEY, 2007).

Nesse sentido, a gestão eficaz das redes implica trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os

decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (MENDES, 2011). Para que as RAS possam constituírem-se em elementos verdadeiros de mudança das práticas sanitárias, terão que estruturar modelos de atenção à saúde inovadores, superando os modelos tradicionais que não são coerentes (MENDES, 2014).

No intuito de garantir mudanças na gestão do SUS de modo a potencializá-lo, é necessário que se estabeleça a responsabilidade macrossanitária, mediante a regionalização do sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessária a definição das competências de cada ente federado, de forma que se construam planos regionais definindo as responsabilidades que caberiam a cada município, estabelecendo compromissos de cofinanciamento entre eles (CAMPOS, 2007).

Sendo assim, com a integração e a regionalização das redes de atenção efetivamente seria alcançado um dos grandes desafios do SUS, no que se refere à integralidade da atenção, e, portanto, maior otimização dos recursos que são escassos para atender às necessidades da população.

A regionalização, no contexto da descentralização, pressupõe novas centralidades, novos arranjos de gestão, com formação de redes de cooperação federativa por meio das quais gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade se articulem e estabeleçam relações de compartilhamento de informações e recursos para solução dos problemas de interesses comuns. Ou seja, espaços de exercício das tecnologias de relações, onde todos são sujeitos do processo (BRASIL, 2006a).

No entendimento de Andrade e Santos (2008), não basta aglutinarem-se serviços para compor uma rede, pois ela requer uma estrutura compatível com sua finalidade, para que os serviços sejam otimizados e, conseqüentemente, diminuídos os custos, reduzidos os desperdícios; e aperfeiçoando-se a gestão, com todos os gestores compartilhando poder num patamar de igualdade.

Carvalho (2005) aponta que não se fará rede regionalizada sem recursos que garantam os serviços oferecidos entre os municípios, o que significa que cada município e estado devem assumir, minimamente, a responsabilidade sanitária sobre seus cidadãos. Nesse sentido, a regionalização é fundamental para a organização e integração dos serviços de saúde com objetivo de garantir um dos princípios do SUS que é a integralidade da atenção, portanto, a garantia dos direitos previsto na legislação do País.

Entretanto, essa realidade ainda está distante, principalmente no que se refere à garantia do acesso com qualidade, de forma resolutiva, em tempo oportuno, sem violação de

direitos, situação provocada pelos serviços de saúde, quando não garante essa atenção, em especial à mulher no ciclo gravídico puerperal, pois nessa condição seu tempo de espera é muito curto e compromete a sua vida e a do recém-nascido por ocasião da demora na atenção.

A questão crucial parece residir na estrutura de poder e no papel que desempenha o Estado brasileiro, que ainda não se viu forçado a racionalizar a oferta de ações e serviços de saúde com qualidade e efetividade para toda a população (PAIM, 2008).

Campos (2007) propõe uma gestão colegiada, onde para o autor todos participam, ninguém decide sozinho, isolado, ou, ainda, em lugar dos outros, mas sim de modo compartilhado, solidário, comprometido, negociado e consensuado. Entretanto, os gestores criam um lugar protegido para operacionalizar a gestão das organizações cujas relações de poder estão presentes durante o processo.

Corroborando com o que Campos traz, Foucault refere que compartilhar o poder no que se refere à tomada de decisões, significa compreender a dimensão de poder na qual “as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social, o que não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental que domina até o menor elemento da sociedade, mas que há, a partir dessa possibilidade de ação sobre a ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 247).

Desse modo, implantar as redes de atenção, efetivar a regionalização traz a necessidade de compartilhamento do poder, não se pode dar resposta a essa necessidade emergencial da população usuária do SUS sem a responsabilização de todos, inclusive sem pensar prioritariamente no sujeito, de forma responsável.

Para Foucault (1995), o poder funciona e se exerce como rede de dispositivos ou mecanismos a que ninguém escapa. Complementa que o poder não existe; existem, sim, relações de poder e este se exerce e se disputa. Portanto, no momento do compartilhamento nas diferentes instâncias, seja nas Comissões Intergestoras Regionais - CIR, Comissões intergestoras bipartite e/ou tripartite, todos exercem poder igual, embora se evidenciam disputas.

Seguindo esse raciocínio, ao resgatar a história das políticas públicas no nosso País, e, em especial, a da saúde, é possível correlacionar as verdades constituídas, às práticas e subjetividades evidenciadas por Foucault (1995), associando as mudanças de modelos de atenção à saúde, as quais foram sendo construídas a partir das disputas dos movimentos sociais, de grupos hegemônicos, e da força do próprio Estado.

Nessa perspectiva, este estudo traz a importância e a necessidade de maior integração das principais redes de atenção que atuam diretamente na atenção à gestante, em

especial a de risco, ou seja, a rede de Atenção Básica e Especializada, no intuito de provocar reflexões para mudanças efetivas na construção coletiva de ações necessárias para o enfrentamento dos problemas vivenciados por esse grupo, assim como pelos trabalhadores de saúde e gestores dessas redes de atenção.

Merhy (2002), em suas teses sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, reforça a afirmação de que o trabalho em saúde (centrado no trabalho vivo) não pode ser totalmente capturado pelo trabalho morto, aquele representado pelos equipamentos e pelos saberes tecnológicos estruturados.

Para o autor (2002), seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de intervenção mais estratégicas operam em ato, nas relações, nos encontros de subjetividade, que vão além dos saberes estruturados e que contemplam liberdade na escolha do modo de produção do cuidado.

Portanto, as tecnologias utilizadas na micropolítica do trabalho no espaço de gestão precisam ser refletidas, repensadas, ressignificadas, para que possam contribuir nas mudanças necessárias para processo de trabalho e, conseqüentemente, na organização da atenção à saúde. Nesse sentido, é fundamental que todos os atores envolvidos possam ser incluídos nas discussões e pactuações, em especial os trabalhadores de saúde e usuários, para que de fato possam enfrentar o debate das situações-limites vivenciadas no cotidiano dos territórios.

Dessa forma, para que isso aconteça, depende também do modo como “as cabeças estão sendo fabricadas” (MERHY, 2006, p. 96), pois esse fator interfere na micropolítica do processo de trabalho, na medida em que elas se colocam como forças resistentes às mudanças, o que, por si só, demonstra a complexidade na invenção de lógicas do fazer saúde que se contraponham ao já instituído.

As intervenções em nível de micropolítica devem ser entendidas como o agir cotidiano dos usuários e trabalhadoras de saúde, das relações que estabelecem entre si e no cenário em que se encontram (MERHY, 2002). Dessa maneira, significa mapear as forças e instituições que atravessam o fazer cotidiano dos trabalhadores de saúde a partir da cristalização existentes no modelo de atenção à saúde e propor mudanças para um novo cuidado compartilhado.

Por essa razão, o processo de trabalho instituído pode ser interrogado, questionado e trazer inquietações. Para Merhy (2006), é possível repensá-lo de maneira a olhar como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato, ao mesmo tempo em que se vislumbram diferentes possibilidades de construir linhas de fuga capazes de operar com ferramentas que

rompam com a lógica estabelecida, na perspectiva de interferir sobre as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, e seus modelos de gestão.

Dessa maneira, gestores, trabalhadores de saúde e usuários necessitam apostar no encontro com o outro, na corresponsabilização das ações e processos, na construção coletiva para o enfrentamento dos desafios do SUS, principalmente no momento atual que se encontra o país, onde a cada dia vivencia-se a violação dos direitos do cidadão, entre eles o acesso às políticas públicas.

Para Miranda (2013, p.3), “a instituição de segmentos de (quase) mercado tende a relativizar e parcializar direitos humanos, sociais e civis; tende a reduzir as políticas públicas, de natureza e propósitos sociais, ao viés procedimental (policy) e ao conformismo de consumo”.

Para o autor ainda (2013), o agenciamento com transferência de prerrogativas e responsabilidades do Direito Público para Direito Privado, dentre outras questões substanciais, tende a reificar o direito humano e social em direito de consumo e procedimentos; tende a intercambiar princípios e valores éticos-societários, de acessibilidade a bens e serviços com direcionalidade redistributiva, pelo mínimo denominador de valores de uso (i) mediato e de troca (mercadorias).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DO CUIDADO

“Se não buscarmos o impossível, acabamos por não realizar o possível”.

(Leonardo Boff)

3.2.1 Organização da Estratégia Saúde da Família

A reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família é guiada pelos princípios organizativos do SUS, como estratégia para expansão e qualificação do sistema de saúde brasileiro. Busca ampliar a resolubilidade e a mudança na situação de saúde das pessoas de forma efetiva.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em todo o País como um importante modelo de atenção para a reordenação da atenção. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua

(BRASIL, 2017b). Nas últimas décadas, tem aumentado o número de países com investimento na Atenção Primária à Saúde. .

Estudos apontam que países orientados pelo modelo da Atenção Primária têm melhores indicadores de saúde, incluindo: saúde da criança (menores taxas de baixo peso ao nascer, redução da mortalidade infantil); detecção precoce de cânceres tais como o cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma; menor mortalidade precoce devido a causas preveníveis; e maior expectativa de vida (STARFIELD, 2001; SHI, et al, 2004). Sendo assim, nas últimas décadas, tem aumentado o número de Países com investimento na Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família traz uma mudança no foco da atenção individualizada, fragmentada, centralizada na figura de um profissional, para uma atenção familiar, no território definido, valorizando a singularidade, riscos e vulnerabilidades existentes em cada região. Portanto, propõe uma atenção integral por meio de um trabalho multiprofissional.

Para Fausto e colaboradores (2014) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), a ESF tem atributos fundamentais para garantir uma atenção integral como, o primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar.

Entretanto, Starfield (2002) aponta que a acessibilidade, a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, assim como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são fundamentais para que a Atenção Primária à Saúde seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde.

Desse modo, a Rede de Atenção Básica é composta pelas práticas de autocuidado, com abordagem multiprofissional, focando na continuidade assistencial, formando o sistema integrado. São compreendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde que garante a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde até o mês de junho de 2018, o Brasil contava com 43.691 equipes cadastradas no sistema, 42.652 implantadas, e estão presentes em 5.498 municípios, correspondendo a uma cobertura populacional de 121.313.472 pessoas (62,54%). Para a estratégia de agente comunitário de saúde a cobertura é de 66,35% (BRASIL, 2018). Por isso sua expansão em todo o território nacional tem contribuído e promovido equidade em saúde.

No Estado do Ceará a Estratégia Saúde da Família está implantada em 100% dos municípios Cearenses, ou seja, nos 184 municípios. Conforme o Ministério da Saúde no mês de junho de 2018 são 2.553 equipes credenciadas, 2.417 equipes implantadas com 14.832 Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2018).

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará no ano de 2016 realizou concurso com base local para médicos, enfermeiros e dentistas para atuarem na Saúde da Família e, na época, Fortaleza foi um dos municípios a aderir ao chamado do Estado. Após a convocação dos profissionais, ocorreu a seleção pública dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atualmente todos estatutários. O referido concurso teve grande contribuição com a expansão da ESF e despreciação do trabalho naquele período.

Essa decisão por parte do governo municipal foi fundamental para a consolidação da ESF no município, pois até então, as equipes eram contratadas via cooperativa, com precarização no trabalho, exceto dentista, pois até aquele período não existia equipes de saúde bucal. Entretanto, desde esse período não ocorreu mais nenhum concurso público no município para essa área.

Atualmente, de acordo com a competência de janeiro de 2018, o município de Fortaleza possui 380 equipes completas, dessas, 223 equipes são compostas por médicos(as) do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), correspondendo a 57% das equipes completas do município.

No que se refere aos demais vínculos empregatícios estão presentes diferentes formas de contratação, ou seja, servidores públicos, médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB, seleção pública, e por meio de Recibo de Prestação de Serviço (RPA), estes sem nenhum vínculo empregatício. No que se refere as enfermeiras(os), das (os) 460 profissionais, 73% são servidores, os demais são seletistas, ou RPA. O número maior de enfermeiras(os) é devido às equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que totalizam 80 equipes.

Dessa forma, no momento atual percebe-se o baixo percentual de equipes completas por servidor público. Segundo o Ministério da Saúde, na competência janeiro de 2018, Fortaleza tem uma cobertura de 50,93%. Portanto, apesar do aumento de cobertura das equipes, existe precarização do trabalho na saúde, pois os maiores números de equipes são compostos por médicos do PMMB. Sendo assim, torna-se necessário enfrentar o desafio de acabar com a precarização do trabalho por meio de concurso público e implantação de uma política de carreira no SUS que contemple a formação, plano de cargo, carreira e salário para o trabalhador do Sistema de Saúde do País.

No intuito de resolver a questão emergencial de acesso à atenção básica e melhorar a qualidade e a humanização na atenção por meio de vínculo com o paciente e a comunidade, o governo brasileiro lança dois importantes Programas. No ano de 2011, o PROVAB com o objetivo de consolidar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, aumentar a qualidade do serviço de saúde e desenvolver o provimento e a fixação de profissionais de saúde em áreas prioritárias, com incentivo de uma pontuação adicional de 10% na nota de exames de residência.

No ano de 2013, o PMMB com o objetivo de fixar médicos brasileiros ou estrangeiros na Rede de AB nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades. Esse Programa se consolida em meio às resistências dos grupos de mídia e das entidades representativas dos médicos brasileiros. Na grande mídia, o programa é criticado pelo viés ideológico e de forma caricaturada dada a grande participação de profissionais cubanos em torno de (79%) (SOUSA, 2015).

Entretanto, os profissionais brasileiros tiveram prioridade no preenchimento das vagas, porém devido a não adesão inicialmente, que foram ocupadas por médicos de outros países. Embora toda a crítica naquele período, em especial das entidades médicas, o enfrentamento do governo a essa oposição foi importante, pois nos dias de hoje o maior número desses profissionais presentes nas equipes da ESF são de médicos brasileiros.

Ao revisitar o Plano Municipal de Saúde - PMS (2013-2017) consta como meta para até o ano 2017 o aumento de cobertura da ESF para 60%, assim como realização de concurso público para complementar as equipes, e para as novas equipes a serem implantadas (FORTALEZA, 2013), entretanto, finalizou o prazo sem nenhuma dessas realizações.

Por ocasião do PMS de 2018-2021 a SMS refere fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado exclusivamente por meio da Estratégia de Saúde da Família, com ampliação e qualificação para esse período da ESF para 67%, 69%, 71%, 71%, respectivamente (FORTALEZA, 2018). Nesse Plano foi incluído a questão de seleção pública, ou seja, referem realização de concurso público/seleção pública, sendo assim, poderá ainda persistir com a precarização do trabalho.

A Estratégia Saúde da Família foi adotada pelo Município de Fortaleza para reorientação do modelo de atenção à saúde, configurando teoricamente em sua principal porta de entrada no sistema de saúde. É consenso o fato de que uma rede de atenção básica organizada é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde, como também potente indutora do acesso, da integralidade, equidade e participação social para o modelo de atenção integral à saúde.

Foram utilizados os princípios da equidade para selecionar as microáreas que seriam cobertas inicialmente pela ESF, sendo priorizadas as de risco 1, uma vez que o Município não tem uma cobertura de 100% da população (FORTALEZA, 2006). Assim, a cobertura da ESF naquele ano foi definida de acordo com a classificação de risco adotada pela Defesa Civil e Secretaria Municipal de Saúde, conforme abaixo:

- Risco 1: risco maior, sem infraestrutura urbana e risco social muito alto.
- Risco 2: risco alto, mas com alguma infraestrutura urbana.
- Risco 3: risco social moderado com infraestrutura presente.
- Risco 4: ausência de risco.

A proposta de que a coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde seja feita a partir da rede de atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família parte do diagnóstico da falência dos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde caracterizada pela descontinuidade dos cuidados, a fragmentação da atenção à saúde e a ainda estratégica posição ocupada pelo hospital na produção dos cuidados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Desses, a longitudinalidade tem maior relevância por compreender o vínculo do usuário com o serviço de saúde e/ou com o profissional.

A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Em relação ao profissional de saúde deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento desses indivíduos.

Nesta pesquisa utilizamos Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família como sinônimos.

3.2.2 Acesso às Redes de Atenção e os desafios para as mulheres com gravidez de risco

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

(BRASIL, 1988)

O Sistema Único de Saúde (SUS) exige, na organização dos serviços de saúde no Brasil, a existência de uma rede de atenção à saúde articulada que possibilite o acesso universal, integral, equânime, e o mais próximo dos usuários. Esse acesso deve ser assegurado em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade para maior resolutividade das necessidades dos usuários no tocante à saúde (BRASIL, 1990).

Na última década, o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente devido à crise econômica, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação (KOPACH et al, 2007; KNIGHT et al, 2005).

O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional, pois envolve diferentes aspectos como políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. Para Assis e colaboradores (2003), ainda se vivencia no Sistema Único de Saúde um acesso “seletivo, focalizado e excludente”.

Acesso e acessibilidade implicam em retirar barreiras, sob quaisquer formas, físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, organizativas, viárias, que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente (SANTOS & ANDRADE, 2012). Para os autores, existe um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e os serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, o SUS conta com efetivas deficiências em relação à garantia ao acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde de forma integral, resolutiva e humanizada, pois ainda são muitos desafios existentes para que efetivamente o SUS possa garantir o que está previsto nas legislações, principalmente pelo subfinanciamento e agora mais do que nunca, com o “congelamento” do recurso para essa área. Por outro lado, as desigualdades sociais sempre são reproduzidas na forma de se garantir direitos, além de interferir nas condições de saúde da população.

No ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional-EC nº 95/2016 que altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, conforme Art. 106 “Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos Arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” (BRASIL, 2016c).

Sendo assim, com o cenário apresentado pelo Novo Regime Fiscal, a partir do exercício de 2018, os recursos mínimos aplicados nas áreas da saúde e da educação, “duas áreas estratégicas da atuação do Estado brasileiro que buscam assegurar acesso universal a

dois dos mais importantes direitos sociais fundamentais, passam a ser uma mera atualização monetária dos recursos (corrigida pela inflação do exercício anterior medida pelo IPCA)” (VIEIRA JUNIOR, 2016, p. 30).

O baixo financiamento da saúde, para Santos e Andrade (2012), refere as questões de ordem técnico-administrativas que negam o necessário instrumental ao administrador público no manejo dos meios compatíveis com os fins que lhe são impostos; os processos organizativos do SUS que tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços à regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada em níveis de complexidade tecnológica crescente.

No ano de 2017, o Governo Federal lançou uma série de alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b). Apesar de diferentes movimentos contrários a uma série de alterações na nova PNAB que afeta o SUS, foi aprovada e traz prejuízos em especial no que se refere à sua integralidade, financiamento, incentivo à implantação de quaisquer outros modelos na atenção básica, com possibilidade de financiar com o Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável) equipes tradicionais de Atenção Básica e outras.

Outra questão muito complexa nessa portaria está relacionada ao papel do ACS, inclusive com redução do número desse profissional, onde restringe sua atuação somente a áreas com risco e vulnerabilidades. Portanto, essas alterações prejudicam a implementação da ESF no país como modelo estruturante da atenção, contrária ao que acontece em vários países do mundo, onde a Atenção Primária à Saúde tem estado como prioridade e com maior fortalecimento.

Apesar de referir à população adscrita por equipe, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c), onde cada equipe é responsável por até 2.000 a 3.500 pessoas, traz uma ressalva quanto à existência de outros arranjos de adscrição, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território.

Entretanto, apresenta um grande equívoco nessa recomendação, pois nesse caso os municípios poderão ter outras interpretações. Outro retrocesso foi também em relação ao financiamento, pois em nenhum momento foi referido novos recursos.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes e a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP levantaram várias

discussões e discordância quanto a essa reformulação da PNAB, por exemplo, em relação ao financiamento, pois com sua utilização para a atenção básica tradicional, e sem perspectivas de recursos adicionais, existe possibilidade do financiamento dessas novas configurações de atenção básica seja desviado da Estratégia Saúde da Família, portanto, um grande retrocesso (ABRASCO, 2017).

Para essas instituições, a reformulação soma-se outras questões críticas do financiamento da atenção básica decorrentes do fim dos blocos de financiamento do SUS, e não ocorreu um debate aprofundado com a sociedade. Dessa forma, a PNAB/2017 prejudicará o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica, não garantindo sua prioridade nos governos municipais. Nesse sentido, mais uma ameaça aos avanços e conquistas ocorridos ao longo dos anos, em especial na Atenção Básica do nosso País.

Percebe-se, então, que discutir acessibilidade é complexo, diante de inúmeros problemas ainda enfrentados pela população em relação à garantia do direito à saúde pelo SUS, uma vez que mesmo diante de tantos avanços não consegue de forma efetiva cumprir a legislação do País por meio da Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90, e outros instrumentos legais sem que ocorra a violação dos seus direitos, e no momento atual ainda mais presente, com todos os retrocessos impostos à população brasileira pelo governo atual do Brasil.

Para Assis e Abreu de Jesus (2012) as desigualdades de acesso se encontram como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente. Para os autores ainda (2012), apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, é possível construir a consciência cidadã, derrotar o conformismo social por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade e, finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população.

As dimensões de análise por serem múltiplas e de caráter sócio, econômico e cultural, configuram-no como norteador na construção de políticas públicas. “As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular” afirmam Abreu de Jesus e Assis (2010, p. 84).

Para os autores Travassos & Martins (2004, p. 191) “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o

uso de serviços de saúde”. Portanto, esse conceito é diferenciado entre os autores e muda ao longo de tempo e depende do contexto.

Para Donabedian (1973) existem duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, e indica que essas dimensões se interrelacionam. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico.

Em relação à acessibilidade geográfica, refere à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. Apesar de atributos dos indivíduos (sociais, culturais, econômicos e psicológicos) não fazerem parte do conceito de acessibilidade de Donabedian, a relação destes com o uso de serviços é mediada pela acessibilidade, isto é, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços.

Nesse estudo será utilizado o conceito de acessibilidade discutido por Giovanella e Fleury (1995), pois ampliam esse olhar ao adotarem quatro dimensões explicativas na abordagem teórica: a política, a econômica, a técnica e a simbólica, na tentativa de articular o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada, culminando em quatro modelos teóricos: a dimensão econômica – modelo economicista – é referente à relação entre oferta e demanda; dimensão técnica – modelo sanitarista-planificador – relativo à planificação e organização da rede de serviços; dimensão política – modelo sanitarista-politicista – relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e a dimensão simbólica – modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Giovanella e Fleury (1995) referem-se, também, às dimensões específicas do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Portanto, ao discutir acesso a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, torna-se necessário de forma permanente a avaliação da realidade de cada serviço de saúde por meios de reflexões, diálogos com utilização de processos de cogestão, com protagonismo dos trabalhadores de saúde, controle social e gestores no que se refere a garantia do acesso a mulher nessa condição.

A cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política. O exercício compartilhado de governo implica em coparticipação de sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais em todas as etapas do processo

de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados.

Espaço coletivo é o lugar organizacional em que ocorrem encontros entre sujeitos com distintos interesses e papéis institucionais, construindo oportunidade para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes. O método Paideia propõe-se a construir ativamente espaços com essas finalidades, integrando-os em sistema de gestão participativa segundo vários planos (CAMPOS, et al, 2014).

Esse modelo de gestão mais aberto às diversas tensões políticas– permeável à influência tanto de seus agentes quanto daqueles que se presumem ser os seus principais interessados, os usuários, surgiu com objetivo de superar os principais obstáculos à implantação do sistema público de saúde- fragmentado do trabalho, individualismo, corporativismo, centralismo gerencial (PASSOS et al, 2013).

No município de Fortaleza, a partir da implantação da Política Municipal de Humanização no ano de 2005, o dispositivo cogestão muito foi vivenciado pelos trabalhadores de saúde e gestores, nos diferentes níveis, ou seja, na gestão e na atenção, como um elemento estratégico da gestão desse período, garantindo assim, maior implicação dos sujeitos, assim como possibilidades de negociar desejos e interesses.

Estudo realizado por Pontes (2014) referiu a insatisfação dos usuários e trabalhadores de saúde em relação a não existência desses momentos de cogestão a partir do ano de 2013, uma vez que o diálogo com os sujeitos fazia parte da realidade dos serviços.

Nesse sentido, diferentes indagações podem-se fazer, entre elas a questão da redução da mortalidade materna e infantil, em especial no componente neonatal precoce. Como reduzir mortalidade materna e infantil sem garantir o acesso com qualidade? Como responsabilizar a equipe sem avaliação, discussão e estratégias para o enfrentamento da situação? Essas questões levantadas são algumas de muitas que tem levado a insatisfação de todos os sujeitos implicados, pois a realidade não dialoga com os princípios da Política Nacional de Humanização, aliás política essa pouco desenvolvida e discutida na gestão atual.

Corroborando com essa questão, Viellas e colaboradores (2014), referiram que pesquisa de âmbito nacional evidenciou boa cobertura da atenção pré-natal no Brasil, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões. Entretanto, no que se refere à qualidade do acesso, ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente (VIELLAS, et al, 2014; BRASIL, 2013).

Para Abreu de Jesus e Assis (2010), a dimensão política do acesso, aliada aos seus aspectos de consciência cidadã e organização popular, reflete a intenção de se fazer uma revolução pacífica na relação oferta/demanda e uma indução à constituição de redes assistenciais capazes de dar conta do passivo social em saúde instalado no país, tendo a integralidade como eixo condutor das práticas de saúde e como paradigma assistencial predominante no momento do planejamento dos serviços.

O acesso no que esse estudo se refere inclui atender às necessidades da gestante para uma atenção adequada, não somente a consulta, ou seja, como tratamento prescrito, exames e outros.

Nessa perspectiva, a pesquisa realizada em quatro cidades brasileiras em relação ao acesso à atenção especializada revelou que, em Fortaleza, parte considerável das gestantes não tem garantido acesso a medicamentos pelo SUS, o que demonstra severas restrições às gestantes que têm por opção não usar ou usar parcialmente e/ou bancar as expensas da família com aquilo que é um direito (PESQUISA ACESSUS, 2016).

No ano de 2003, o Governo Federal implantou a Política Nacional de Humanização- PNH, com objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2013c).

Nesse ponto de vista, foram elencadas como principais prioridades da PNH: construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, à etnia, à orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010a).

Uma das diretrizes da PNH é a “Valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde” e relaciona-se com as demais, em especial, a que aponta para os processos de Cogestão/Gestão Participativa.

Nesse contexto, se constrói as ações/intervenções de Mediação de Conflitos - MC no campo do SUS, configurando-se como práticas de Análise e (Co)gestão de Conflitos.

Inserida dessa forma na PNH/SUS, a MC tem se constituído como uma estratégia de prevenção de violências e resolução pacífica de conflitos, na medida em que contribui para a retomada do diálogo entre sujeitos discordantes/em disputa, compondo o conjunto de práticas e valores de uma Cultura de Paz e Não Violências (BRASIL, 2010a).

Campos (2007) refere elementos da MC no campo do Direito, da Assistência Social, da Psicologia, dentre outras, onde busca-se dialogar com metodologias desenvolvidas por profissionais da saúde, por meio do Método da Roda e Paideia, a Análise Institucional e as Oficinas de Autogestão. O termo Paideia é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito Paideia, educação integral (CAMPOS et al, 2014).

O Método Paideia/Método da Roda busca-se o efeito Paideia: que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações (CAMPOS et al, 2014).

Logo, a PNH coloca-se como uma “política” que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de diferentes dispositivos: acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão (BRASIL, 2010).

Propõe um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Ela se afirma como política pública de saúde com base em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos (PASSOS, 2006).

Com a implantação da Política de Humanização no País, por meio de diferentes estratégias para sua implantação como formação dos trabalhadores, apoio institucional em determinado período em muitos municípios do País, sua transversalização em todas as discussões e outros, contribuiu para discussões e/ou implantação dos dispositivos acolhimento, saúde do trabalhador na saúde, cogestão e outros.

Sendo assim, a violência institucional em muitos momentos foi discutida, em especial no que se refere ao trabalhador, como assédio moral. Entretanto, ainda está presente

nos serviços de saúde, não somente em relação ao trabalhador, mas também ao usuário, principalmente no que refere à violação dos direitos.

Pesquisa realizada sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo revelou que as gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que essas experiências ocorrem de maneira frequente, revelando uma banalização desta violência (AGUIAR & OLIVEIRA, 2010; AGUIAR et al, 2013; RODRIGUES et al, 2017).

No município de Fortaleza, no início da gestão de 2005-2008, foi implantada a Política Municipal de Humanização - PMH, com diferentes movimentos nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, com a realização de oficinas para todos os trabalhadores e gestores, implantação de colegiados, rodas de gestão, acolhimento, inicialmente nas unidades de saúde e outros. Esse momento foi muito potente e ao mesmo tempo desafiador, pois estavam sendo nomeados os profissionais da ESF, e com movimentos de mudança do modelo de gestão e atenção.

Destarte, com a implantação da PMH, o acolhimento foi um dos dispositivos fundamentais para a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, com um dos objetivos o acesso universal da população, vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde, trabalho em equipe com mobilização de outros campos de conhecimentos que contribuíram para um acolhimento com responsabilização e compromisso com o outro.

Portanto, a ESF tem um grande potencial no fortalecimento das relações, dos vínculos e dos afetos entre os próprios trabalhadores de saúde, assim como entre os trabalhadores de saúde e a comunidade.

Contudo, a implantação/implementação do acolhimento em muitos municípios, em especial o deste estudo, encontra-se sendo realizada de forma contraditória a proposta da PNH, uma vez que não garante escuta qualificada, formação de vínculos e outros componentes importantes que o dispositivo propõe.

Corrobora com essa discussão, estudo realizado no ano de 2014 no município de Fortaleza, o qual revelou que as mudanças implantadas pela gestão daquele período, trouxe prejuízo no vínculo entre os profissionais da ESF e a população adscrita, descaracterização da ESF, sobrecarga de trabalho, insatisfação dos trabalhadores e outros.

O acolhimento é fundamental nos serviços de saúde, pois contribui no fortalecimento do vínculo, o qual para Santos e colaboradores (2008, p. 465), vínculo consiste em “uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos

conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde”.

Nessa lógica, o vínculo permite, a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e o seguimento correto das orientações terapêuticas pelos usuários (SÁ et al, 2007). Na gestação de risco por exemplo, esse vínculo é percebido quando ao ser referenciada para atenção especializada, retorna para dar continuidade do pré-natal com a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Campos (2007), para que o vínculo se caracterize como algo satisfatório, os sujeitos devem acreditar que as equipes de saúde têm alguma potência, como a capacidade de resolver problemas de saúde. É importante que as equipes deixem claro quais são as suas diretrizes, explicitem seus valores e compromissos; assim, com o fortalecimento do vínculo é possível realizar uma clínica de melhor qualidade, ou uma clínica ampliada, em que exista responsabilização dos profissionais pelas necessidades dos usuários, entendendo que a doença entra na vida dos sujeitos, mas não os reduzem aos sinais e sintomas produzidos por ela.

Por conseguinte, para que se faça clínica ampliada torna-se necessário escuta qualificada, trabalho em equipe, multiprofissional e intersetorial, com realização de projeto terapêutico singular.

Em muitos casos, o acolhimento é viabilizado a um acesso e cuidado pontual, sacrificando-se a longitudinalidade e, com isso, a qualidade: quem acolhe não é profissional da equipe de SF responsável.

Estudo realizado em Florianópolis no ano de 2009 revelou que, em 80% dos 47 centros desse município, o atendimento à demanda espontânea do dia (não agendados) não era organizado por equipe, ou seja, não era adscrito por área de abrangência (LUZ & TESSER, 2009), essa mesma situação é encontrada no município de Fortaleza, por isso, não sendo considerado os atributo da APS, assim como priorização do cuidado a partir dos eventos agudos, com prejuízo as ações de educação em saúde, agenda programada e outros.

Todavia, conforme meta do Plano Municipal de Saúde para o período de (2018-2021), ocorrerá um fortalecimento para as ações de educação em saúde (FORTALEZA, 2018), nesse sentido, acredita-se que para que realmente essa proposta seja efetivada, ocorrerá mudança significativa no modelo de atenção atual, pois a proposta para o momento inviabiliza o fortalecimento das ações de promoção e prevenção, entre elas, as ações de promoção da saúde.

O acolhimento não pode ser pensado apenas como facilitador do acesso da população, ele precisa ser resolutivo, fortalecer vínculos, e, portanto, ser repensado o seu objetivo para melhor resposta às necessidades da população.

Desse modo, ao se tentar realizar um “bom” acolhimento viabilizando acesso, é comum encontrar insatisfação dos profissionais de saúde, pois essa atividade tem gerado nas equipes angústia, carga extenuante de trabalho e estresse emocional (TESSER & NORMAN, 2014). No município de Fortaleza não é diferente, pois muitas equipes ainda possuem um número de pessoas sob sua responsabilidade muito maior que o que está preconizado, assim como equipes incompletas, e outros que serão discutidos posteriormente.

Por esse ângulo, é necessário que sejam repensados os parâmetros da ESF no Brasil, no município de Fortaleza, uma vez que a realidade no território é complexa, ainda existe deficiência de profissionais, em especial de médicos, sendo necessário política de carreira para o SUS, principalmente para a Atenção Básica.

As dificuldades de acesso dos usuários devido à oferta inadequada, seja em virtude do modelo de atenção com priorização em eventos agudos, número de pessoas por equipe superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, e sem levar em consideração os riscos e as vulnerabilidades, leva insatisfação de usuários, trabalhadores e baixa resolutividade. Dessa forma, torna-se necessário rediscutir a questão do número de pessoas por equipe de acordo com o risco, preconizado na PNAB/2011, e na nova PNAB/2017, embora esta última apresente retrocessos e considerações subjetivas.

Nessa perspectiva, percebe-se a importância e a necessidade da implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todas unidades de saúde, conforme proposto pela PNH, pois dessa forma se implicará efetivamente os sujeitos responsáveis pelo processo de produção de saúde, ou seja, os usuários, os profissionais de saúde e os gestores, enfatizando a necessidade de reorganizar o serviço de saúde com mudanças na forma de gestão, a partir da ampliação dos espaços interdisciplinares e democráticos de discussão.

O método análise institucional na perspectiva da socioanálise proposto por Lourau (2014) utilizado nessa pesquisa, dialoga muito bem com a implantação/implementação dos dispositivos da PNH, como o acolhimento, cogestão, clínica ampliada, saúde do trabalhador da saúde, uma vez que trabalha com a inclusão e participação dos sujeitos implicados no processo.

Nesta pesquisa, ao realizar o terceiro momento do estudo, durante os encontros com profissionais de saúde e gestores das redes de atenção básica e especializada implicados na problemática do acesso à gestante de risco aos serviços de atenção especializada trouxe

discussões dos dispositivos da PNH ao serem trabalhados os dispositivos da análise institucional, desde o momento inicial por ocasião da restituição da 1ª etapa da pesquisa até a análise dos analisadores definidos pelo grupo.

Para Jorge e colaboradores (2011, p. 3053), “ante a importância da utilização das tecnologias leves em saúde na procura da integralidade do cuidado, deve-se ter sempre em vista o sentido final do trabalho em saúde, qual seja, defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, por meio da produção do cuidado”.

Existem estudos que abordam este desequilíbrio entre demanda e oferta nos diversos níveis de complexidade da rede de atenção. Apesar da ampliação da rede de atenção básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, verificou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda (SOUZA et al, 2008; PIRES, et al, 2010).

Por esse ângulo, mantém-se o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, devido à limitação da atenção integral, face a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência (SOUZA et al, 2008).

Para a Política Nacional de Humanização: “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2013c, p.8). Refere ainda que:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013c, p.8).

Discutir, acolher o outro, nos traz um olhar sobre o cuidar, inclusive de si mesmo. Trazendo para a realidade dos trabalhadores da saúde da família, em especial do município deste estudo, é necessário que se retome as diretrizes da PNH, entre elas a valorização do trabalhador, proporcionando momentos de cuidados, entre eles a escuta para quem cuida de outros. Na realidade dos serviços de saúde, inclusive onde atuamos como enfermeira da ESF, situações complexas são vivenciadas no cotidiano, pois consiste em comunidades pobres, presença de tráfico de drogas, violências das diferentes formas.

Nesse sentido, com esse cenário de violência, trabalhadores de saúde e usuários vivem permanentemente em situação de medo e angústia, e tem contribuído para o afastamento dos trabalhadores de saúde das ações desenvolvidas na comunidade.

Ao refletir sobre o cuidar na saúde, Leonardo Boff (1999), refere à existência do descuido, do descaso e o abandono do próprio planeta. Para o autor (1999), as pessoas não conseguem mais sonhar, vivem de forma individualizada e muito sozinhas.

O cuidado, portanto, para Boff (2012) é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, que consiste na forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. Diz ainda, que saber cuidar implica em sentimentos éticos do ser humano para com o meio onde se está inserido, ou seja, o meio ambiente, a Terra.

Boff (1999) aponta duas dimensões para o cuidado na perspectiva macro, expressando preocupação ecológica de preservação do planeta; e micro, nos remetendo ao cuidado entre os seres humanos, tendo a ver com o cuidado em saúde, revelando forte contribuição para a saúde coletiva.

Na abertura do Congresso da Associação de Medicina e Comunidade realizada no Rio de Janeiro no ano de 2012, o autor trouxe reflexões importantes sobre o tema cuidado e saúde, referiu o cuidar como uma característica filosófica, e ao mesmo tempo prática. Para Boff (2012), o cuidado é a ética natural dos médicos e enfermeiros, porque a prática desses profissionais consiste na área que permite o exercício da atividade na perspectiva da cura, da reintegração da saúde, pois toda doença implica numa ruptura do corpo e do espírito.

Nessa perspectiva, refere ao cuidado a partir do espaço da espiritualidade, e não da religião, pois para o autor a espiritualidade une as pessoas diferentemente das religiões. Traz o cuidado terapêutico como uma dimensão da espiritualidade, pois abre horizontes para o cuidado no ser humano.

Por isso, refere que a tarefa dos médicos e enfermeiros é manter sempre o princípio da vida dentro de cada um, e que o cuidado como essência do ser humano é orientador antecipado de tudo e qualquer procedimento e ato, é anterior à própria realidade (BOFF, 2012). Cuidado, para Boff (2012), inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si, ou seja, a primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro e a segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro.

Dessa maneira, o cuidado com a gestante, em especial a de risco, por ocasião deste estudo foi percebido exatamente isso, muita preocupação, inquietação e, principalmente, indignação da situação vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde na medida que vivencia a violência institucional por ser negado seus direitos.

Para Roselló (2009) o termo cuidar é polissêmico, já que revela a riqueza conceitual de um termo, mas obriga o intérprete a demarcar os distintos sentidos de vocabulário. “O cuidado é uma tessitura de extraordinária densidade antropológica e moral. Os pensadores gregos utilizaram uma expressão, intraduzível, também, para designar essa atitude; a epimeleia. A epimeleia é uma atitude primitiva de consideração e de ação, de conhecimento e amor. A epimeleia não irrompe agressivamente na realidade, mas as deixa ser, a cultiva para que cresça” (LLANO, 1990, p.63).

Assim, o cuidado dispensado nos serviços de saúde pelos trabalhadores de saúde e gestores aos usuários, em especial as gestantes de risco, devem provocar maior responsabilização, preocupação, inquietação, respeito à vida da mulher e da criança, ter sentimento de compaixão com todos que se encontram em situação de sofrimento. Os trabalhadores de saúde que cuidam do outro precisam se indignar com o que representa descuido, negligência a partir da violação dos direitos, mantendo sempre uma relação de sujeito-sujeito.

Portanto, para melhor reorganização do processo de trabalho das equipes torna-se necessário que seja priorizado não somente o risco, mas as situações de vulnerabilidades existente nos territórios, principalmente ao atender uma gestante, pois é comum, por exemplo, a presença nos territórios de atuação das equipes da SF, gravidez na adolescência, uso de álcool e outras drogas pela gestante e por toda a família, ausência de apoio familiar, violência familiar, gravidez não desejada associada a várias outras situações limites.

Na presença dessas situações é fundamental maior acompanhamento da gravidez, assim como da criança após o nascimento, pois já nascerá com exposição a diferentes situações de risco, inclusive de violência doméstica.

Desse modo, o acesso e o acolhimento configuram ainda como um grande desafio para integralidade da atenção e articulação entre a atenção básica e as demais redes de atenção. Nesse sentido, o sistema de saúde necessita incorporar o acesso como prioridade na saúde para garantia dos direitos de cidadania, com oferta de serviços de saúde suficientes, sem barreiras, com adequação geográfica, atenção integral.

3.3 VIOLÊNCIAS E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano”.

(João Paulo II)

3.3.1 Violência, violência política e estrutural: caminhos complexos diante de uma sociedade desigual

Antes de iniciar abordagem sobre violência institucional a mulher com gestação de risco, torna-se necessário fazer algumas considerações sobre poder, violência, violência política, estrutural e simbólica a partir do pensamento de Bourdieu, Foucault e Arendt, trazendo a discussão desse fenômeno para o cenário atual do país, momento de crise política, ameaça às políticas públicas e violação dos direitos da população brasileira, em especial ao objeto desta pesquisa que consiste na violência institucional vivenciada pela gestante de risco no que se refere ao acesso nas suas diferentes dimensões, em especial à atenção especializada.

Estudo realizado em todo o mundo revelou por meio do Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014, que ocorreram mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas – auto-direcionada, interpessoal e coletiva –, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global. A população entre 15 e 44 anos de idade, a violência representou a quarta principal causa de morte em todo o mundo (OMS, 2015).

Diante da magnitude desse problema mundial, no ano de 1996 ocorreu a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, onde foi declarado a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública (DAHLBERG & KRUG, 2007).

A violência mundialmente tem levado a mortes prematuras, problemas de saúde mental, consumo abusivo de álcool e outras drogas, doenças e incapacidades com diferentes consequências sociais e de saúde (OMS, 2015). Na contemporaneidade, o trauma e a dor mental estão presentes quando o insuportável afeta a espontaneidade e a autonomia do sujeito dentro de um determinado contexto.

Portanto, para compreender a violência da sociedade atual e da sociedade contemporânea, é desejável que se identifique as características que a distingue da de outras épocas. Tal análise deve levar em consideração os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, religiosos, históricos, políticos, culturais (ALMEIDA et al, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2016), o Brasil se encontra entre os países que possuem índices de violência dos mais elevados do mundo (1º Iraque, 2º Nigéria, 3º Venezuela, [...], 11º Brasil), e está entre os países com maior desigualdade social.

A OMS define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996).

A inclusão da palavra “poder”, completando a frase “uso de força física”, amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. O “uso de poder” também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Assim, o conceito de “uso de força física ou poder” deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem o suicídio e outros atos autoinfligidos como o suicídio e outros atos autoinfligidos (DAHLBERG & KRUG, 2007).

A abrangência dessa definição, em que se associa a intencionalidade do ato, independentemente do que vier ocorrer, resulta de relação de poder desigual, como, por exemplo, humilhação, intimidação, entre outros (BRILHANTE, 2009).

A violência pode ser definida, ainda, como todo ato de coação, envolvendo um ou vários atores que produz efeitos sobre a integridade física ou moral de pessoas. Em um primeiro momento, é possível distinguir duas expressões de violência. A que se revela por meio da coação física, implicando, no limite, em eliminação física (homicídio); e violência simbólica (BRASIL, et al, 2010, p.32). Essa última forma de violência será discutida posteriormente.

Percebe-se que, em determinada situação, esse fenômeno pode ser visto como um ato não violento por alguém que presencia ou por quem vitimiza, porém para quem experimenta ser de extrema violência. Chauí (2006) refere que as várias culturas e sociedade não definem a violência da mesma forma, podendo estar relacionada à época e ao lugar.

Sendo assim, o que uma sociedade ou uma cultura julga violência, pode não ser avaliada por outra da mesma forma. A violência contra a criança e o adolescente é um exemplo claro, pois para algumas sociedades não são aceitas qualquer tipo de violência física, independente o grau desse fenômeno.

Discutir violência é necessário refletir sobre a exclusão social que boa parte da população brasileira está exposta, onde cada dia tem ocorrido seu crescimento. A

desigualdade social no Brasil é uma das maiores do mundo, tendo a exclusão social como uma das manifestações mais violentas da sociedade, entretanto, torna esse fenômeno invisível, sendo percebido somente quando surge mortes ou um dano direto.

Conduto, a violência pode ser prevenida a partir da redução das desigualdades sociais, legislações que sejam cumpridas e responsabilizado quem vitimiza, inclusive o Estado no que se refere aos problemas como tráfico de drogas, de seres humanos, atenção às famílias em especial as que vivem em situação de risco e vulnerabilidade, assim como melhoria e garantia de políticas públicas.

O baixo investimento em políticas públicas por parte do Estado, por exemplo, leva ao aumento das desigualdades sociais e, conseqüentemente, à exclusão social e à criminalidade. Para Bernardino (2015, p. 184), o desenvolvimento do País se manifesta de forma desigual em diferentes espaços geográficos.

A diferenciação dos espaços urbanos de morar, trabalhar e consumir, se define pelas relações econômicas e pelos usos desses espaços de forma desigual. Como o governo quer reduzir violência diante de tanta desigualdade social e retrocessos nas políticas públicas? Exemplo importante, é em relação ao direito à educação, onde por ocasião da matrícula anualmente em escolas públicas, se presencia existência de filas para se conseguir uma vaga, situação de extrema violência, pois é violado o direito da criança e do adolescente ao acesso a essa política, e muitas vezes a sociedade pouco se indigna com essa situação, e até mesmo pais e familiares se conformam com essa ausência.

Partindo do conceito de violência, analisado por Minayo e Souza (1998), compreende-se a violência no âmbito da saúde pública como dimensão das relações humanas. Atrelando a relação social que se estabelece às práticas de saúde utilizadas, suas conseqüências podem resultar em violações dos direitos humanos dos indivíduos.

Essa violência possui formas peculiares que refletem diretamente nas questões da construção social. Discutir essa temática é complexo, pois faz parte das ações humanas de classes, grupos, indivíduos ou nações e podem resultar na morte de outros seres humanos ou causar danos à sua integridade física, moral, mental e espiritual.

Verifica-se nos serviços de saúde, em especial na Atenção Básica, que a violência está presente na maioria dos territórios trabalhados pelas equipes da ESF do município de Fortaleza e de outras cidades brasileiras, e que esse fenômeno tem prejudicado o acompanhamento das equipes às famílias, em especial as que mais necessitam, que são as que vivem em situações de riscos e vulnerabilidades, muitas vezes excluídas de qualquer projeto do Estado.

Percebe-se que, muitas dessas famílias não procuram o serviço de saúde, salvo em situações de urgências. Entretanto, as equipes da ESF também vivenciam dificuldades de acesso a esses territórios, muitas vezes até mesmo o agente comunitário de saúde devido a áreas ditas como “perigosas”, presença do tráfego, criminalidade e outros.

Assim, a violência tem trazido o receio do “outro”, uma vez que situações diversas têm levado o paciente a momentos de agressividade com os profissionais de saúde, seja devido à falta ou deficiência de serviços, dificuldade ao acesso as políticas públicas, consulta, exames ou até mesmo devido uso de álcool e outras drogas. Todavia, a violência interfere diretamente no acompanhamento dispensado à população, impedindo maiores encontros, afetividade com o outro, desenvolvimento de ações na comunidade e outros.

A violência denota uma pluralidade, portanto, o que existe na realidade são as “violências”, e que diante de um caso de violência, poderá ter vários casos e estarem associados a várias modalidades. Nesse sentido, o surgimento e a manutenção da violência estão relacionados com diferentes fatores como psicológicos, biológicos, sociais, econômicos, e culturais, entretanto, é necessário diferenciá-la no tempo e no espaço. Em sua configuração atual, a sociedade permite, e até mesmo promove, o acontecimento de uma certa falência das utopias e uma morte dos ideais.

O Ministério da Saúde implantou no ano de 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS, em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência no Brasil.

Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil (BRASIL, 2017c).

A notificação das violências foi estabelecida pelo governo brasileiro como obrigatória por meio de legislações, normatizações, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, a Lei nº 10.741/2003 – violência contra o idoso, Lei nº 10.778/ 2003 de notificação compulsória de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados e a Lei Maria da Penha - Lei 11.340/06 (BRASIL, 1990b; 2003a; 2003b; 2006c).

Conquanto, existe subnotificação em todas as regiões do país e em relação à violência institucional ainda é mais silenciosa, é invisível pelos governantes e pela sociedade

em geral, principalmente no que refere à violação dos direitos humanos. Ao retratar sobre esse tipo de violência, vem crescendo a discussão em relação à violência obstétrica e à violência contra o trabalhador nas instituições públicas e privadas, principalmente após a implantação da Política Nacional de Humanização, com um de seus dispositivos, saúde do trabalhador e em relação à obstétrica por ocasião do parto.

Porém, com a deficiência na notificação, não se tem visibilidade maior quanto ao problema. Em relação à violência contra o usuário, o meio de denúncia tem ocorrido por meio das ouvidorias, dos conselhos de saúde e do Ministério Público, embora também insuficientes em relação aos problemas vivenciados pela população. No que se refere ao trabalhador, existe subnotificação, e isso ocorre, principalmente, em virtude da precarização do trabalho.

Estudo realizado em uma instituição pública de geriatria na cidade de São Paulo no período de 2008 a 2010, revelou que foram realizadas 226 reclamações, dessas 168 estavam relacionadas a dificuldades de acesso a consultas em especialidades ou a clínica geral (PEIXOTO et al, 2013).

O Conselho de Enfermagem de São Paulo realizou uma pesquisa entre janeiro e fevereiro de 2017, encontrou dados alarmantes sobre a violência praticada contra profissionais de enfermagem. Entre os participantes da pesquisa, 77% sofreram agressão no trabalho e 55% foram vítimas mais de uma vez, mostrando que essa é uma situação recorrente (BAPTISTA et al, 2017). A violência contra o trabalhador da saúde, muitas vezes, está relacionada com a deficiência de recursos humanos e materiais, e com a ineficiência dos modelos de gestão e outros.

Portanto, com a pressão existente pela população em relação ao direito à saúde, é necessário que os serviços de saúde estejam estruturados efetivamente e desenvolvam plano de ação no que se refere à prevenção a todos os tipos de violência, em parceria com as instituições não governamentais, e a sociedade organizada.

Ao discutir a violência estrutural e institucional, nos remete a repensar a violência política, uma vez que ela está inserida nessas formas de violência. Arendt (2004) relaciona política, liberdade e pluralidade, destacando que o livre agir é agir público, e público é o espaço original do político.

Exemplo de violência política, é o que nós brasileiros presenciamos, como fraudes nos processos eleitorais, corrupção, impunidade aos responsáveis, que trazem sérias consequências para o desenvolvimento do país, deficiência nas políticas públicas, exclusão social e outros. É tão naturalizada esse tipo de violência que até na escolha do conselho tutelar, órgão de proteção à criança e ao adolescente está presente.

“A corrupção é um abuso da liberdade, mas ela é uma prova de que a liberdade existe”.

(Jean-Jacques Rousseau, Cartas escritas da montanha)

A análise da transição do Estado dinástico a um Estado mais “despersonalizado” introduz o fenômeno da corrupção como questão relacionada à formação do Estado moderno. A partir de um artigo de Pierre-Étienne Will sobre a China, Bourdieu propõe um modelo teórico da corrupção como fenômeno institucionalizado (BEZERRA, 2015).

Referindo o pensamento de Bourdieu, o Estado continua a ocupar, na atualidade, debates políticos, com discussão sobre violência policial, corrupção, garantia e violação de direitos individuais, promoção de oportunidades universais, garantia de bem-estar social como alguns temas que lhe são diariamente associados.

Em virtude do cenário nacional em relação ao tema, o Estado encontra-se desacreditado como promotor do justo e do bem comum, favorece as apropriações e usos inadequados de seus poderes. Assim, a cada dia, o Estado vem potencializando a violência na sociedade nas suas diferentes formas, em especial a violência institucional por meio de medidas que têm trazido sérias consequências para a vida das pessoas, em especial das que dependem de suas ações e proteção, ou seja, dependem diretamente do Poder Público.

Para Arendt (2004), em vários órgãos do Estado não reina o poder e a política, reina a corrupção, a força e a violência, onde furtam o dinheiro que é da sociedade e que é apropriado por pessoas que se dizem políticos e que detêm o poder, portanto, o ator político foi destituído de atuar politicamente.

O espaço público é onde o indivíduo olha para o outro e dialoga, comunica-se com conflitos para o bem da comunidade, da cidade, existe interesse coletivo. Em vista disso, “a praça de uma cidade pode não ser definida como tal, mas uma sala de jantar na qual dissidentes reúnam-se pode ser assim considerada. Espaços públicos, em síntese, são locais de discussão e persuasão (BENHABIB, 1996, p. 78).

Atualmente, o que se percebe é a existência da individualidade, a busca de interesses próprios de uma minoria, que para Hannah Arendt é o fim da política, pois é impossível que haja política ou ética se o indivíduo vive só, pois para sua existência é necessária a pluralidade das pessoas. A dignidade da política consiste na dignidade do ser humano, pois ela é o motor da cidadania, poder partilhado, participação direta, interesses coletivos, portanto, nos dias de hoje difícil de ser colocada em prática (ARENDRT, 2004).

Sendo assim, vivenciamos no nosso país a persistência de situações sociais, políticas e econômicas que contribuem para exclusão do homem no mundo, exemplo, a pobreza, a miséria, o desemprego. Entretanto, quem poderia contribuir com essas mudanças, aproveitam o lugar onde teoricamente seria para defender a população para defender o seu “eu”. Exemplo, um deputado federal de Belém-PA, ao votar a favor de projeto contrário aos interesses da população, ao ser abordado em uma reportagem, referiu que não devia satisfação a ninguém do que ele aprova ou deixa de aprovar.

Percebe-se aí, sua relação com a população não como seu representante, e sim um uma relação de clientelismo, no qual, infelizmente, uma situação como essa é comum na “política” do nosso país. A política perdeu a dignidade, foi banalizada, nesse sentido o espaço público e a política foram apropriados pela necessidade da vida.

Por isso, a força e a violência substituem o poder e a política. Dialogando com Hannah Arendt, só existe poder e política, direito e lei quando existe liberdade, garantia da vida e sinergia com a natureza, e quando ocorre sua substituição pela força e violência elimina-se qualquer possibilidade de existir uma cooperação, pode surgir um direito e leis autoritárias que prejudicam a existência do povo. Logo, não se pode ter um direito e relacionar com esse poder e a política, esse direito que vai gerar leis e princípios relacionados com a coletividade, o bem comum e o povo, assim somente existirá democracia quando existir poder e política.

Seguindo o desenvolvimento dos argumentos de Arendt (2006), que o fato da “política” ter levado à desumanização completa dos indivíduos nos campos de concentração e de ter como resultado possível a extinção do fenômeno humano está por detrás dos preconceitos contra a mesma nas sociedades atuais, pois na medida em que política é identificada com violência, e em que se tem por evidente que “todo poder corrompe e que o poder absoluto corrompe ainda mais”, a passividade, a apatia dos indivíduos, a renúncia ao exercício da cidadania, têm sido cultivadas, nas palavras da autora, essa “condenação do poder”, que corresponde a um “desejo inarticulado das massas” e tem gerado a “fuga à impotência” (ARENDR, 2006, p.28).

A política surge não *no* homem, mas sim *entre* os homens, a liberdade e a espontaneidade dos diferentes homens são pressupostos necessários à constituição de um espaço entre eles, onde só então se torna possível a política, a verdadeira política (ARENDR, 2004).

Desse modo, para Arendt (2004, p. 9), o sentido da política é a liberdade, posto que “O milagre da liberdade está contido nesse poder começar que é, em si um novo começo,

já que através do nascimento veio ao mundo que existia antes dele e continuará existindo depois dele”.

O problema da violência no nosso país precisa ser efetivamente enfrentado, pois ainda não foi capaz de pacificar o seu espaço político. Pelo contrário, os regimes autoritários que dominaram o século republicano só há pouco tempo saíram da cena política; estes se caracterizaram por uma ação policial fortemente violadora dos direitos humanos.

Ao fazer uma análise histórica sobre a estruturação social, é possível verificar que, durante a marcha do processo histórico, a luta entre classes, que é o motor da história, tem como pano de fundo a questão dos direitos do cidadão.

Com a configuração da sociedade capitalista, ao incorporar os trabalhadores, mesmo que de forma obtusa, às relações de produção e à apropriação de capital, há uma ampliação das atribuições conferidas aos governos, sob a forma de Estado, que vão sendo obrigados a incluir, em seu rol de preocupações, políticas públicas que possam garantir as condições mínimas de existência e reprodução de seus trabalhadores, incluindo participação política e garantia de direitos (CRUZ NETO & MOREIRA, 1999).

Sendo assim, a existência da violência social existente no País traz toda uma história de dominação presente na sociedade. Para Bourdier (2012) as relações de força no campo do poder consistem nas lutas, onde refere que essas lutas entre dominantes, façam necessariamente entrar no campo do poder um pouco do universal – a razão, o desinteresse, o civismo etc. –, uma arma sempre simbolicamente eficaz nas lutas do momento.

Talvez não só os dominados possam tirar partido dos conflitos entre os dominantes, como essas lutas entre os dominantes no momento em que permitem ou necessitam de fazer apelo ao universal façam com que esse universal apareça como possibilidade histórica.

Esse tipo de poder denominado por Bourdieu (2012) como poder simbólico pode ser caracterizado como um poder invisível, estruturante, de construção da realidade, o qual estabelece um sentido de construção imediata ao mundo tido como:

[...] poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força, graças ao efeito específico da mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. (BOURDIEU, 2012, p. 14).

Nessa acepção, é necessário que a sociedade, inclusive os trabalhadores de saúde, reflitam sobre a ética de combate às desigualdades sociais e às injustiças presentes na vida das

peças que vivem em situação de exclusão. Na violência, em especial, na institucional, está explícita ou implícita uma relação desigual, entre o dominante e o dominado, e o que o nível de desigualdade irá potencializar a violência, com sérias consequências, principalmente para a mulher em condição de gestação.

Ao referir a violência simbólica, Bourdieu (2012, p. 7) define como uma violência “suave, insensível, invisível para suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento”.

Evidencia-se, portanto, a relação entre a violência simbólica e as estruturas de dominação historicamente construídas, posto que agentes como as instituições, as famílias, a Igreja, a Escola, o Estado e os homens contribuem para a reprodução dessas estruturas.

Para Bourdieu (2012, p. 47), o dominado assume o ponto de vista do dominante, pois,

[...] a violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimentos que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural.

As grandes conquistas presentes no Brasil como a Constituição Federal Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei Maria da Penha, a criação dos Conselhos Municipais dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes – CMDCA, Conselho Tutelar, entre outras se deu por meio de movimentos organizados e diferentes meios de resistência, que ocorre, diante da ausência de justiça, a princípio indefinível, caracterizada em sua falta, encontrada diante do desrespeito das singularidades sociais.

O direito de resistência deve ser observado diante da ausência de justiça, a princípio indefinível, caracterizada em sua falta, presente no desrespeito com o outro. A injustiça seria, então, apontada em cada situação concreta e associada aos conceitos de liberdade e necessidade (DOUZINAS, 2009).

Arendt (2010) considera a resistência legítima quando os mecanismos capazes de proporcionar uma mudança social se encontrarem esvaziados, fazendo com que se faça impossível uma atuação dentro dos moldes legais vigentes, ou ainda na iminência do Estado fomentar atuações desprovidas de legalidade.

Na concepção de Arendt (2010 p. 68),

a desobediência civil aparece quando um número significativo de cidadãos se convence de que, ou os canais normais para mudanças já não funcionam, e que as queixas não serão ouvidas nem terão qualquer efeito, ou então, pelo contrário, o governo está em vias de efetuar mudanças e se envolve e persiste em modos de agir cuja legalidade e constitucionalidade estão expostos a graves dúvidas.

Apesar das denúncias frequentes em relação às dificuldades encontradas pela população, ainda não são suficientes e nem efetivas, pois é necessário maior mobilização e reivindicação dos trabalhadores de saúde e do controle social quanto à participação dos processos de pactuações de serviços a serem ofertados e contratualizados pelo estado e/ou município, por exemplo, em relação à atenção à mulher com gestação de risco, assim como a realização de monitoramento e avaliação de forma permanente por parte dos sujeitos implicados. É preciso, então, que se saia dessa não inércia, comodismo e se enfrente as normas e as regras injustas que muitas vezes são postas pelo governo.

Ao trazer a temática do estudo, onde o estado não tem dado a resposta necessária a essa população, destaca-se o pensamento de Thoreau (2010), que ao problematizar o tema da resistência apontou a pré-disposição de encontrar-se abuso e perversão na atuação estatal, o que faria com que fosse necessária a tomada de consciência por parte dos homens diante de suas relações com o Estado.

Outro autor importante para essa discussão é Foucault (2006), que tem abordado em sua teoria da biopolítica do poder a questão da resistência, pois para o autor, a partir do momento em que há relação de poder, há resistência em potencial. Para Foucault (2006), todas as estruturas da vida social estariam marcadas por relações de poder, *a priori* invisíveis, mas que ditariam o seu desdobramento.

Nas relações de poder existe, ao contrário, o espaço para ação, visualizada na forma de resistência. Assim, Foucault (2013) afirma que “se há relações de poder em todo campo social, é porque há liberdade para todo o lado”, liberdade esta que viabiliza a resistência. Nesse sentido, as resistências só existem por definição no campo estratégico das relações de poder: as correlações de poder somente podem existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistências que apresentam nessas relações o papel de adversário, de alvo, de apoio de saliência que permite apreensão” (FOUCAULT, 2013, p. 91).

Portanto, para Foucault (2013) o poder não é ser algo que se possui ou deixe escapar, senão algo que se exerce por todos, a partir de inúmeros pontos e em meio a relações

desiguais e móveis. Para o autor (2013), o poder somente existe como relação e tal relação ocorre em ato e é uma prática social.

As relações de poder são imanentes a todas as demais relações (econômicas, sexuais e de conhecimento) e que efeitos imediatos das partilhas (desigualdades e desequilíbrios) produzidos, em tais relações, são, simultânea e reciprocamente, condições internas das diferenciações. O poder é uma ação sobre a ação dos outros.

O conceito de poder foucaultiano não mantém nenhum contato com os conceitos de Estado, sobesoberania, lei e dominação. Para Foucault (2013, p. 89) o poder é compreendido como:

A multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte, os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias os sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si, enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemônias sociais.

Sendo assim, é preciso que a população, a sociedade civil organizada, a classe trabalhadora, desempenhe melhor seu papel enquanto sujeitos políticos, não se pode fortalecer a condução conforme as convivências de um Estado biopolítico, é necessário sair da condição de assujeitado, de conformismo, da naturalização da situação e enfrentar esse debate de forma organizada nas ruas e nas urnas, pois, infelizmente, o capital tem vencido os diferentes processos no âmbito da decisão popular e tem levado a exclusão de muitos. É necessário lutar, e toda luta será sempre resistir dentro da própria rede de poder.

Dessa forma, reportamos aqui Arendt (2004, p. 213) quando refere “O que mantém unidas as pessoas depois que passa o momento fugaz da ação (aquilo que hoje chamamos de ‘organização’) e o que elas, por sua vez, mantêm vivo ao permanecerem unidas é o poder”.

Ao finalizar nesse momento algumas reflexões sobre a violência, ressalta-se a deficiência de estudos sobre violência institucional à mulher na gestação de risco provocada pelo Estado, no momento que, efetivamente, não garante à essa população os direitos necessários para uma atenção integral de qualidade e no tempo oportuno.

3.3.2 A violência institucional à mulher com gestação de risco e sua invisibilidade

“A não violência absoluta é a ausência absoluta de danos provocados a todo o ser vivo. A não violência, na sua forma ativa, é uma boa disposição para tudo o que vive. É o amor na sua perfeição”.

Mahatma Gandhi

Neste texto discutiremos a violência institucional à mulher com gestação de risco, sua invisibilidade nos serviços de saúde, em especial ao acesso a atenção especializada à luz de Arent, Bourdieu e Foucault.

A violência na atenção obstétrica é percebida por meio do poder simbólico sofrido pelas mulheres, realizado por pressão e aceito através do reconhecimento e da obediência. Percebe-se que essa é a forma mais propícia da ocorrência dessa violência e, muitas vezes, acabam por disfarçar as reais intenções e relações de poder desiguais vigentes, transformando-as em aceitáveis, tanto para a mulher, que poderá sofrer a violência quanto para a equipe de saúde, se configurando uma relação entre dominante e dominado (BOURDIEU, 2012).

É caracterizada como uma violência institucionalizada ocorrida nos serviços públicos, em especial em maternidades públicas, configurando-se na ação ou omissão e no poder abusivo do Estado nesses espaços (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2014). Assim, está presente não somente nas maternidades, e sim em qualquer serviço, em especial no público, seja na atenção básica e/ou na atenção especializada por ocasião do pré-natal.

Nessa lógica, o sistema de saúde e seus atores, como polo ativo na figura de agentes dessa violência, em especial na atenção obstétrica, estão atrelados a questões relacionadas ao descuido e desrespeito com as mulheres em trabalho de parto, ou até as violências ocorridas pelas condições: étnico-racial, idade, socioeconômica, sociocultural e questões religiosas (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; DAHLBERG; KRUG, 2007).

Observa-se que, na violência institucional está presente a violência simbólica e a estrutural e que, no caso deste estudo, a violação dos direitos da gestante pode estar relacionada, principalmente, à desigualdade e à exclusão social, tão fortemente presente no nosso País, onde ocorre uma negação a determinados grupos a possibilidade de igualdade de oportunidades, entre elas o acesso às políticas públicas de acordo com suas necessidades, no caso desta pesquisa, a atenção à saúde.

A exclusão social é considerada um fenômeno de “politização”, “não está inscrita de forma fatalista no destino de qualquer sociedade, mas é suscetível de ser abordada dos

valores, da ação coletiva, da prática institucional e da política pública” (IGO, 2000 - tradução nossa). Por conseguinte, configura-se como um fenômeno dinâmico, estrutural, multicausal e multidimensional que limita a capacidade integradora que, tempos atrás, se assenta nos direitos de cidadania.

Para Abrahamson (1997, p. 138- tradução nossa) “a exclusão social é um conceito mais adequado que pobreza, para descrever os processos de marginalização das sociedades modernas desenvolvidas”. Existem novas formas de desigualdade que emergem além da renda e são consolidadas como determinantes da marginalização social, político, econômico e laboral de certos grupos e pessoas.

Assim, embora, a renda familiar e individual continua sendo uma fonte óbvia de desigualdade social, esses novos fatores levaram a refletir por meio do estudo da exclusão social, a existência de outros padrões de segregação ou marginalização dos setores cada vez mais significativos da população.

Estudos revelam que existe convergência conceitual de exclusão social relacionada com a abordagem holística da internacionalização da economia neoliberal que ultrapassa o controle do indivíduo, além do caráter multidimensional que se manifesta com as privações de direitos e uma distinção conceitual de pobreza (LOPES, 2006; PROENÇA, 2005).

Por consequência, a violência estrutural está relacionada com as desigualdades sociais que levam à exclusão do sujeito da sociedade, seja no âmbito econômico, de gênero, escolar e outros. Diferentes fatores contribuem para essa situação, seja a má distribuição de renda e/ou a falta de investimentos em políticas públicas, situação essa tão presente em nosso País.

Para Nogueira (1994), ela é dividida em violência por omissão e violência por comissão. Segundo a autora (1994), a violência por omissão consiste na negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como a debilidade institucional observada através da desnormalização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo, da omissão, da inexistência de um serviço público de saúde. A violência por comissão compreende a violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde.

Nesse sentido, trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária, exemplo aqui, a violência obstétrica. Esse segundo tipo bem mais discutido e pesquisado que a primeira, essa tão naturalizada aos olhos da população e trabalhadores de saúde.

Dessa maneira, mantém-se a alienação dos indivíduos frente às violências a que são diariamente e estruturalmente submetidos. Mesmo sem tal conscientização, ou exatamente por isto, os sujeitos sociais sofrem os efeitos dessa violência estrutural a partir dos mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhes proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social. (MINAYO, 1994).

Para Iasi (2011), a alienação é vista como uma primeira forma de consciência, por naturalizar a realidade e desconectá-la do seu texto e história. Nessa perspectiva, se a alienação deriva etimologicamente do que é alienígena, o que pertence a outro, no domínio filosófico, a tradição hegeliana-marxista traduz esse conceito referido fundamentalmente a uma espécie de atividade na qual a essência do agente é afirmada como algo externo ou estrangeiro para ele, assumindo a forma de uma dominação hostil sobre o agente (SERRA, 2008).

As reações de quem é prejudicado no processo também não é imune a esses condicionantes e podem variar entre a negação, aceitação passiva e/ou naturalização, resistência através da violência, da politização e da judicialização. Muitas dessas respostas contribuem para reificar as injustiças no sistema de saúde, outros para solucionar situações individuais e outros procuram transformar essa realidade (FLEURY et al, 2013).

Assim sendo, a judicialização é cada vez mais frequente no País, principalmente em relação à Assistência Farmacêutica (AF). Essas reivindicações fundamentam-se por meio da Constituição Federal no que refere ao direito à saúde quanto ao dever estatal de prestar assistência à saúde de forma integral, universal e gratuita, no âmbito do SUS, portanto, ela foi incorporada como um recurso pelo cidadão em virtude de sua não garantia, ou seja, violação do direito. Entretanto, contribui para mais uma forma de exclusão no sistema, pois nem toda a população consegue ter acesso à justiça ou tem o conhecimento dessa possibilidade.

À vista disso, constitui, muitas vezes, em mais um obstáculo para o acesso equitativo por permitir que pessoas adentrem os serviços de saúde sem observar as suas portas de entrada e o seu acesso regulado, com a atenção primária como principal porta de entrada no sistema. Uma medida liminar pode garantir ações e serviços que nem sempre são ou serão incorporadas no padrão de integralidade destinado à toda a população ante seu custo-efetividade ou outra questão técnico-sanitária, ferindo, assim, a universalidade do acesso (SANTOS & ANDRADE, 2012).

Então, sem uma consciência crítica da população e dos trabalhadores de saúde em relação à importância de lutar pelos direitos por meio de movimentos instituintes,

desestabilizando aquilo que parece que está organizado, não permitindo que ocorra violação dos direitos e, por isso, exercitando a cidadania, continuaremos presenciando injustiças e exclusão. Assim, para compreender a violência simbólica, é relevante recuperar a discussão sobre o poder simbólico (BOURDIEU, 2012) devido à relação entre tais conceitos.

O poder surge a partir da ação e da fala de um grupo e, portanto, é um fim em si mesmo, existe “entre” os homens e não como um bem material, um atributo ou instrumento para se chegar ao fim (ARENDRT, 2009). Portanto, o poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e se exerce por meio das relações.

Na concepção de Bourdieu (2012) refere outra referência que a violência simbólica. Segundo o autor (2012), esse tipo de violência consiste:

Todo poder de violência simbólica, isto é, todo poder que chega a impor significações e a impô-las como legítimas, dissimulando as relações de força que estão na base de sua força, acrescenta sua própria força, isto é, propriamente simbólica, a essas relações de força (p. 25).

Percebe-se que o autor (2012) traz uma reflexão sobre o conhecimento técnico e a relação de dependência àquele saber traz à paciente, aos profissionais, no caso aqui da ESF, uma condição de submissão, a qual é difícil de desvencilhar, por exemplo, diante de caso de gestação de risco.

A violência simbólica é, portanto, desenvolvida pelas instituições e pelos agentes que as animam e sobre a qual se apoia o exercício da autoridade (VASCONCELOS, 2002). Para a autora (2002) ela aparece como eficaz para explicar a adesão dos dominados: dominação imposta pela aceitação das regras, das sanções de direito ou morais, as práticas linguísticas e outras.

Por esse ângulo, Mello e colaboradores (2008) referem que a violência institucional é um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes na sociedade contemporânea e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecida em algumas instituições, sejam elas públicas ou privadas.

Assim, muitos avanços ocorreram nas últimas décadas em relação a legislações no País, porém ainda são deficientes para dar respostas em relação a esse tipo de violência. São necessárias, ainda, mudanças culturais e estruturais no sistema de saúde, bem como na sociedade para garantir e ampliar os direitos.

Percebe-se uma relação de poder entre as diferentes redes de atenção, onde muitas vezes os profissionais da ESF sentem-se vitimizados diante de situações enfrentadas durante

os encaminhamentos da gestante de risco acompanhadas na Estratégia Saúde da Família. Ao ser estratificada a gravidez como de alto risco, a gestante é encaminhada pelo médico da ESF para atenção especializada, de acordo com os critérios existentes nas diretrizes clínicas da atenção à gestante do município, entretanto, nem sempre são considerados.

A impressão que se tem é que, embora existam protocolos, seja do município, do Ministério da Saúde, ou do próprio serviço de referência não são socializados com os profissionais das redes da atenção especializada de forma geral, pois muitos profissionais não os conhecem. Percebe-se que no caso da atenção à gestante sem diálogo entre as redes o processo fica mais complexo.

Estudo realizado no ano de 2009 sobre a integração da atenção básica e atenção especializada, revelou o mesmo problema do município de Fortaleza, no que se refere à articulação entre essas redes de atenção, pois foi avaliado que existe a necessidade de os profissionais da atenção especializada conhecerem o trabalho das equipes da atenção básica, pois assim possibilitaria mudanças de atitude, de valorização e respeito pelos profissionais que atuam em outros níveis do sistema. Revelou ainda, que o baixo prestígio social e profissional dos trabalhadores de APS agrava a distância em relação às demais especialidades, e que existe uma desvalorização de médico generalista por seus pares (ALMEIDA et al, 2013).

Segundo ainda o estudo, a expansão da Estratégia Saúde da Família é muito importante, entretanto, não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado, exigindo a articulação com os demais níveis do sistema e com as políticas públicas.

Para os autores (2013), a integração entre as redes de atenção básica e atenção especializada por ocasião do estudo era insipiente nos municípios brasileiros estudados e nas comunidades autônomas europeias, essa integração foi considerada como um desafio, e elemento-chave para melhoria da qualidade da atenção.

Para enfrentar essa fragmentação e desarticulação das Redes de Atenção, torna-se necessário o diálogo aliado à *práxis* efetiva no intuito de amenizar a violência institucional nos serviços de saúde. As instituições reproduzem valores e prioridades sociais hegemônicas, entre eles o acesso diferencial e privilegiado a recursos por setores sociais que detêm maior poder, sejam eles os mais ricos sobre os mais pobres, os homens sobre as mulheres, os brancos sobre os negros (DINIZ et al 2006), e por que não pensar da atenção especializada em relação à atenção básica.

No que se refere ao parto, pesquisa realizada em maternidades públicas brasileiras revela a condição desumana que é a insegurança produzida pela incerteza de conseguir uma

vaga nos hospitais para assistência ao parto e a possibilidade de ter que peregrinar em busca dela (DIAS, 2006; DESLANDES 2005, AGUIAR & D'OLIVEIRA, 2010; RODRIGUES, 2015).

Essa peregrinação coloca em risco a saúde da gestante e do bebê, sendo que as mulheres negras, indígenas e migrantes são as que mais sofrem discriminação no acesso à saúde e, geralmente, são as mais vulneráveis a este tipo de violência institucional (VENTURA, 2009). Infelizmente, essa dificuldade de acesso e, a peregrinação é vivenciada pela gestante bem antes do parto, pois está presente, principalmente, quando se depara com uma gestação de risco.

Embora ainda seja presenciado a peregrinação pela vaga para o parto no sistema de saúde brasileiro, esta é contraditória à prática recomendada pela OMS e preconizada pela lei 11.634/07, que constitui como direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá atendimento no parto (BRASIL, 2007). Para Deslandes (2005), as falhas do sistema de saúde são importantes barreiras ao desenvolvimento da atenção humanizada ao parto.

Nesse sentido, o desrespeito ao direito de não discriminação, de uma atenção efetiva, resolutiva, de acesso a todos os recursos disponibilizados pelo sistema de saúde para atender as necessidades de quem procura, constitui um tipo de violência institucional e uma violação de normas éticas e legais de direitos humanos (VENTURA, 2009).

A “peregrinação” hospitalar está ligada ao fato das gestantes em trabalho de parto frequentemente terem de recorrer a mais de uma instituição, mesmo após a implantação da Rede Cegonha e tendo sido orientada por ocasião do pré-natal a maternidade de sua vinculação.

Essa situação também é vivenciada no cotidiano dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, pois no momento que é necessário referenciar a gestante de risco para o serviço especializado deparam-se com a deficiência de vagas e/ou dificuldades de encaminhamentos, mesmo diante das mais complexas situações, salvo em situação de urgência.

Segundo o Sistema UNISUS em relação à fila de espera para ultrassonografia obstétrica, de maio de 2017 a fevereiro de 2018 existia 14.259 gestantes na fila de espera para ultrassonografia obstétrica, só em uma regional, por exemplo, no mês de novembro de 2017, a

fila de espera era de 1.082 para ultrassonografia obstétrica e 30 vagas de consultas para o pré-natal de alto risco (UNISUS, 2017).

No entanto, vale ressaltar que esse número deve ser bem menor, pois esse é um grande problema do UNISUS, ele não unifica o cadastro, logo, a fila não é real, assim, configurando um grande problema, inclusive no que refere à realidade para melhor planejamento, contratação de serviços etc. Porém, esse problema da deficiência desse exame é visível, por exemplo, iniciamos essa pesquisa (1ª etapa) em 2016 e finalizamos a 3ª etapa no início de janeiro de 2018, e foi revelado o mesmo problema, ou seja, deficiência no acesso a exames, em especial ultrassonografia obstétrica e morfológica.

Percebe-se que, embora se tenha conhecimento por meios de estudos científicos do que se espera encontrar em relação ao número de gestantes de risco, a oferta para Atenção Especializada não atende a essa necessidade. Importante ressaltar que, nem sempre a gestante de risco é referenciada, pois em alguns casos são estratificadas como de risco, podendo ser acompanhada na atenção básica, ou dependendo do caso, o médico da ESF acompanha com maior frequência e em algumas unidades contam com apoio do gineco-obstetra, por isso, ocorre redução nos casos encaminhados ao serviço especializado, ou deveria ocorrer.

Entretanto, ainda é comum encontrar encaminhamentos inadequados, assim como situações de gestantes de risco habitual com acesso à atenção especializada por questões diversas, situação que será retomada posteriormente.

A Declaração da Organização Mundial de Saúde do ano de 2014 ressaltou seu comprometimento em promover o direito das mulheres ao acesso seguro e respeitoso na atenção obstétrica e demanda dos governantes, provedores de saúde, profissionais de saúde, organismos internacionais e das próprias mulheres uma maior integração e cooperação para este fim (WHO, 2015).

Ao revisitar o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), consta uma diretriz denominada: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade, porém não tem um indicador relacionado à atenção à gestação de risco, refere apenas à vinculação do parto e ao número de consultas no pré-natal, portanto, a possibilidade do não monitoramento desse problema pode ser uma realidade.

A histórica segmentação e fragmentação que caracterizou a maior parte dos sistemas de saúde latino-americanos, com oferta de Atenção Primária à Saúde seletiva,

fragilizaram aspectos como a constituição de redes integradas (CONILL & FAUSTO, 2007). Em vista disso, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde, que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA et al, 2010).

Discutir violência institucional nos remete a Goffman (2010), pois foi um dos pioneiros dos estudos sobre essa forma de violência, em seu livro que trata de instituições totais. As pesquisas do autor (2010) tiveram uma grande importância para a reforma das instituições psiquiátricas, que ocorreu no Brasil na década de 1970.

Embora o autor tenha feito a discussão dessa forma de violência para as instituições fechadas como internatos, hospitais, em especial psiquiátrico, ela pode ser aplicada em qualquer instituição. O mundo das instituições públicas, seja na atenção básica ou especializada, o usuário ou o trabalhador é “moldado” a se ajustar às normas, às regras da instituição, mesmo que em alguns casos estejam conscientes do problema, não pactuem como ocorre sua condução pelo Estado.

Exemplo prático, seria o atendimento de uma gestante de risco na atenção básica ou no nível secundário, que muitas vezes fica sendo acompanhado somente em uma dessas redes devido à deficiência de vaga na atenção terciária. As equipes de saúde nesses níveis de atenção acabam se responsabilizando e “ajustando” as normas da unidade ou da gestão, violando o direito da gestante pela falta de responsabilização do Estado em garantir acesso à atenção terciária, portanto, garantir o seu direito.

Contudo, essa não garantia, corresponsabiliza os trabalhadores de saúde desses níveis de atenção e os “obrigam” a atuar de forma não ética, já que ultrapassa a competência dessa rede de atenção em assumir o caso sem pelo menos uma interlocução com um especialista que necessita.

Para o autor (2010), ainda, as noções de privilégios na instituição total não são retiradas do padrão da vida civil, não são consideradas como favores e sim como a ausência da privação, refere, também que, a organização formal convive com uma contradição latente: o que a instituição faz e aquilo que deve dizer que faz. Dessa forma, ao discutir essa questão, encontra-se a presença do(s) analisador(es), os quais fazem as instituições atenção básica e especializada falarem, mostrar suas contradições, seus limites e possibilidades.

O conceito de analisador e sua aplicação constituem uma verdadeira inversão epistemológica, pois produzem uma união entre a análise e o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em

que eles não são mais considerados como entidades separadas (L'ABBATE, 2004, p. 82).

Destarte, esse analisador pode não estar anunciado em lugar algum, por exemplo, a existência da utilização das redes informais para a atenção à gestante de risco no município do estudo, presente nas entrevistas de usuários e trabalhadores de saúde da atenção básica e especializada. Assim, para Baremlitt (2012), a materialidade expressiva de um analisador é totalmente heterogênea.

Outra diferença que o autor (2012) refere é que o analisador não é apenas um fenômeno cuja ação específica é exprimir, manifestar, declarar, evidenciar, denunciar, pois ele também pode se autoanalisar, portanto, o analisador não é apenas capaz de enunciar, mas é também capaz de possibilitar resolução da situação de forma coletiva.

Goffman (2010) refere que o ser age nas esferas da vida em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades sem um plano racional geral, ao inserir-se numa instituição social passa a agir num mesmo lugar, com um mesmo grupo de pessoas e sob tratamento, obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas.

A produção do cuidado realizada nas instituições, convive com situações complexas, desde a “modulação” ao “conformismo”, seja do trabalhador de saúde e/ou usuário, com fortalecimento da organização intrainstitucional do poder, principalmente em relação ao usuário, embora seja frequente, uma forte relação de poder entre gestor e trabalhador de saúde, no qual são utilizadas diferentes estratégias de dominação, de produção de subjetividade, resistência de movimentos instituídos e instituintes no processo.

Atualmente, tem-se percebido uma desarticulação interna entre os trabalhadores, pois é frequente em algumas instituições o não fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, com modelos de gestão centralizadora e não participativa, pode ser percebido na pesquisa realizada por Pontes (2014) no município de Fortaleza.

Nessa lógica, investir no emponderamento dos sujeitos é fundamental, assim como fortalecer os movimentos sociais, sindicatos inclusive das categorias profissionais de modo que possam estar juntos nas lutas em comum, uma delas é a luta por melhores condições de trabalho para qualificação da atenção e intensificar o trabalho de formação política e consciência crítica, pois as mudanças somente ocorrerão se forem de baixo para cima, se, efetivamente, trabalhadores de saúde e usuários lutarem para que ocorram mudanças, em especial na garantia de direitos à saúde com qualidade.

Entretanto, trazendo aqui o pensamento de Foucault, embora no livro *Microfísica do Poder*, não negue a realidade do poder centrado no Estado, de cima para baixo, para o filósofo é necessário olhar os fenômenos minúsculos, fenômenos mais capilares do cotidiano.

Nesse ponto de vista, refere que o poder não é algo de poucos, é algo que se exerce, ele está difundido em todas as dimensões da vida social. Está presente na relação professor e aluno, profissional de saúde e usuário, e porque não aqui na relação entre as redes de atenção, ou seja, atenção especializada e atenção básica, que ao longo dos anos estiveram muito distantes, pois a organização se fazia de forma hierárquica, conforme o modelo de Leavell & Clark (1976), que referiam a assistência e a prevenção em saúde pelos níveis primários, secundário e terciário, onde existe uma supervalorização até hoje da atenção terciária, com sua complexidade tecnológica, ou seja, o uso das tecnologias dura.

As tecnologias são classificadas por Merhy (2005) como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações, de produção de comunicação, de vínculos; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos que utiliza tecnologia de alta complexidade, entretanto, de baixa densidade. Relaciona-se, ainda, as normas, rotinas e estruturas organizacionais.

Embora não seja recente, o modelo de atenção é proposto de forma poliárquica, com a AB na coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção. A primeira discussão sobre o modelo poliárquico foi realizada por ocasião do Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, o qual apresentou conceitos de: território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/acolhimento, referência, atenção primária como coordenadora do cuidado e outros.

Em vista disso, esse modelo baseado em Dawson foi adotado em todos os países que instituíram sistemas nacionais de saúde, foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde e referia à relação intrínseca entre os princípios e a estratégia de regionalização.

Naquele período, ao trazer a necessidade de organização de redes orientava quanto à questão da relação entre oferta/demanda/necessidade, a capacidade instalada, a realização de planejamento e gestão do cuidado pensado de forma sistêmica e articulada e com instrumentos de gestão especificamente pensados. Assim, já direcionava a questão da existência de nós críticos e gargalos na sua inexistência.

Segundo o relatório, ainda, os gargalos surgidos não se resolvem com instrumentos de regulação, assim como refere à potência desses instrumentos como ferramentas para gestão de redes, porém não criam rede onde não existe. As concepções desse

documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 que, por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Então, define que as Redes de Atenção necessitam ser planejadas e geridas a partir de espaços centrais/regionais, necessariamente de forma participativa. A partir da mudança desse modelo de organização e gestão da atenção, esforços têm ocorrido no Brasil no que se refere à organização das Redes que atendam às necessidades da população, a partir de sua integração, a Atenção Básica de fato coordenando o cuidado em um modelo poliárquico e não mais hierárquico.

Portanto, a Atenção Primária à Saúde - APS passa a ter um papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde (OUVERNEY & NORONHA, 2013).

O Ministério da Saúde editou, na década de 1990, a Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS (BRASIL, 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001). Com a criação dessa norma, os municípios assumem as ações básicas na atenção à saúde da mulher, entre elas o pré-natal de risco habitual, e os demais riscos por meio da organização do sistema de saúde de forma regionalizado.

A partir da criação do SUS, muitas mudanças ocorreram para garantir à população atenção integral e com qualidade, como por exemplo: ampliação da atenção básica, garantia e acesso à imunização, controle de um conjunto de doenças transmissíveis, redução da mortalidade materna e infantil, entre outras. Apesar de seu princípio fundamental que é a garantia do Estado do direito de saúde de forma universal, torna-se necessário maior empenho no enfrentamento quanto à persistência das injustiças presentes no sistema público.

No ano de 2011, o Governo Federal regulamentou a Lei nº 8.080/90, por meio do Decreto nº 7.508/2011 que trata do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem como objetivo dar maior operacionalidade e sustentabilidade à estrutura assistencial, definindo juridicamente as responsabilidades dos entes federativos, para garantir acesso às ações e aos serviços ofertados nas regiões e organizados em redes de atenção à saúde a todo cidadão (BRASIL, 2011b).

O Ceará foi um dos primeiros estados brasileiros a aderir ao novo processo de regionalização por meio do COAP nas regiões de saúde. No referido estado, foi pactuado a

implantação da Rede Cegonha em quase todas as regiões de saúde, totalizando 17 (dezesete) Redes Cegonha. Em virtude da não disponibilização de todos os serviços de saúde para a pactuação em relação à Rede Cegonha, em alguns casos foi necessário abranger mais de uma Região de Saúde, para garantir a integralidade do cuidado (GOYA et al, 2016).

Para os autores (2016) em apenas uma região estava disponível todos os recursos necessários para o funcionamento, manutenção, regulação, governança entre outros aspectos. A necessidade da implementação e fortalecimento da Rede Cegonha gira em torno da redução dos altos índices de mortalidade materno-infantil e da qualidade da assistência prestada pelas equipes médicas e pelo próprio Estado de uma forma mais abrangente (CARNEIRO, 2013).

Muitos países já aderiram a administração pública por contrato. Na Espanha, a política contratual se converteu, nos últimos anos, em núcleo das relações entre a administração pública “financiadora” e a administração pública “prestadora” dos serviços, desde a atenção primária até a de maior complexidade (LÓPEZ-VALCÁRCEL, 2006). Nesse País, adota-se o critério demográfico para fixar responsabilidades na organização de serviços.

3.3.3 Atenção à Gestão de Risco, desafios atuais e seu enfrentamento

“A mulher é como um ninho da sociedade, é imaginada como o espaço figurado onde cresce a vida. Por isso, a saúde materna é a saúde de todos os seres vivos; a saúde da mulher é a saúde de todos. Entretanto, parece que em troca de trazer outra vida ao mundo, ela devia perder a própria vida...”

Martha Ganzáles Cochi,
Povo Aimara, Bolívia

A gravidez é considerada um evento fisiológico natural, que transcorre sem intercorrências, porém, em 20% dos casos há a probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2012b), configurando assim, uma gestação de alto risco, definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas e/ou sociais, que podem trazer complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez (BRASIL, 2012b; RICCI, 2015).

A gestação de alto risco é definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.020/2013, a qual institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, refere:

Gravidez de Risco são situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores sociodemográficos desfavoráveis (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, é fundamental que os serviços de saúde estejam organizados, integrados para garantir melhor atenção à gestante de risco a partir de suas necessidades e condições clínicas, subjetivas, sociais e culturais, e a Atenção Básica atue como principal centro de comunicação, conforme um de seus atributos.

O atendimento à gestante deve ser priorizado, com necessidade de avaliação quanto ao risco em todas as consultas por ocasião ao pré-natal, por meio de maior atenção à existência de fatores de riscos para detecção precoce de situações de risco para intervenção no tempo oportuno, entre eles encaminhamento à atenção especializada. Assim, o cuidado à gestante ocorrerá de forma adequada, resolutiva e responsável.

As condições que classificam o risco gravídico são relatadas por vários autores, principalmente no que refere aos fatores socioeconômicos, demográficos, história obstétrica ou reprodutiva, situação clínica materna, doença obstétrica atual, intercorrências clínicas e hábitos durante a gestação (fumo, álcool, drogas etc.) como geradores de risco na gravidez (HORTA BARBOSA, 1981; AUMANN; BAIRD, 1996), mas, Ziegel e Cranley (1986) classificam a gestação de alto risco aos aspectos psicoemocionais, pois também trazem risco à gestação.

Dessa forma, a atenção à gestante, em especial a de risco, deve ser assegurada, assim como o cuidado no que se refere à sua saúde mental, uma vez que podem demandar situações emocionais, ansiedade, medo e outros.

Ao discutir risco, Ayres (2011) refere-se à probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável para a saúde – de um dano biológico ou fenômeno indesejado – evidenciado por meio de estudos científicos de relação causa-efeito, de base estatística. Esse conceito e a sua aplicação nas práticas de saúde têm contribuído, significativamente, à prevenção e ao controle de doenças.

Por ocasião do pré-natal, as gestantes são classificadas de acordo com o risco gestacional onde poderá ou não realizar todo o pré-natal na Atenção Básica, ou ser encaminhada para nível secundário e/ou terciário. Esse processo ocorrerá de acordo com a situação da gestante e o modelo de atenção à gestante de risco organizado no município.

Por ocasião da estratificação de risco da gestante, torna-se necessário ir além do risco, considerar as vulnerabilidades presentes no seu contexto é fundamental. Nesse sentido, a perspectiva de vulnerabilidades pode resgatar e melhor iluminar esses aspectos. Ela se alicerça em construções da epidemiologia social e da integralidade da atenção em saúde. A noção de vulnerabilidade orienta a retomada da relação entre saúde e o entrecruzamento de aspectos ambientais, sociais, políticos, culturais, institucionais, comunitários, familiares, individuais (AYRES, 2009; SOUSA et al, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2000, estabeleceu oito objetivos para o desenvolvimento do milênio (ODM) que deveriam ser atingidos pelos países-membros até o ano de 2015. Os ODM abrangem ações no intuito do combate à miséria, à melhoria do ensino básico, à igualdade de gênero, à autonomia das mulheres, à redução da mortalidade materna e infantil, combate a AIDS e a malária, além de outras doenças, a sustentabilidade ambiental e a parceria mundial para o desenvolvimento (OMS, 2013).

No ano de 2015, reuniram-se na sede da instituição em Nova Iorque, 193 Estados-membros da ONU e acordaram tomar medidas transformadoras para colocar o mundo em um caminho sustentável. Adotaram uma nova agenda global comprometida com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parcerias: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2017).

Segundo o Relatório Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (2017) a Agenda 2030 engloba 17 objetivos, os quais, por sua vez, listam 169 metas, todas orientadas a traçar uma visão universal, integrada e transformadora para um mundo melhor. A construção dos ODS foi realizada de forma participativa, tendo como base a bem-sucedida experiência dos ODM, responsável por grandes avanços na promoção do desenvolvimento humano entre 2000 e 2015 (BRASIL, 2017).

No período de 1990 a 2011, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM), no Brasil, apresentou 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e ao verificar o ano de 2007, o indicador apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Para o Ministério da Saúde, embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% nesse período, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado (BRASIL, 2010b).

Países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de 12 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos. Considera-se razoável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2016).

Apesar dessa redução, os resultados não devem ser considerados animadores, visto que cada óbito materno precisa ser entendido como falha do sistema de saúde e como violação aos direitos humanos de reprodução (SZWARCOWALD, et al. 2014). Sendo assim, o país continua com esse grande desafio e ainda distante de conseguir esse resultado.

O perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. No ano de 2012, as duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil eram a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente.

Para Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é a causa mais frequente de morte materna no Brasil, os encaminhamentos são inadequados ou tardios aos serviços de pré-natal de alto risco e a mortalidade materna brasileira ainda é dez vezes maior que a de países desenvolvidos (BRASIL, 2011a).

As mulheres negras são as principais vítimas, e em relação à idade 14% ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade, com maior concentração nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que detêm um maior contingente de mulheres com dificuldade de acesso aos bens sociais (BRASIL, 2013b). Portanto, a desigualdade e a exclusão social, a deficiência das políticas públicas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde com qualidade e em tempo oportuno podem contribuir na mortalidade materna.

Nesse sentido, embora se vivencie um cenário não favorável em relação aos óbitos maternos e infantis, esses últimos, no componente neonatal precoce, percebem-se que são deficitárias as estratégias de enfrentamento ao problema, pois a gestante continua com dificuldade ao acesso, em especial a atenção especializada, ficam em fila de espera, independente de sua idade gestacional, vivencia atenção fragmentada, não humanizada e com sérias dificuldades ao acesso nas suas diferentes dimensões.

Sendo assim, é fundamental que a gestão e os serviços de saúde possam enfrentar o debate das situações-limites presentes no momento da referência ao serviço especializado, pois a oferta não atende à demanda da população, e que em muitos casos as gestantes são

encaminhadas no momento que é detectado o risco, porém chegam tardiamente no serviço especializado.

Diante desse contexto, a mulher em gestação de risco é vitimizada pela instituição quando se depara com a deficiência nesse acesso. Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (COUTINHO et al, 2010; DOMINGUES et al, 2012), sendo assim, o resultado ocorre o comprometimento da qualidade da atenção, com prejuízo a saúde da mulher e da criança.

O modelo de atenção ao parto, no Brasil, há mais de duas décadas vem sendo discutido, com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. No nosso País, esse modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde, que se tornaram referência no País (BRASIL, 2011a; RATTNER, 2009).

Diante desse problema, uma das estratégias utilizadas pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, foi a implantação da Rede Cegonha, como objetivo garantir uma atenção de qualidade às mulheres e às crianças.

Segundo o Ministério da Saúde, morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério devido a intervenções, a omissões, ao tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, e a indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009a).

O artigo 2º da Portaria GM nº 1119/ 2008 define que os óbitos maternos e os óbitos de MIF, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de identificar suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência (BRASIL, 2008a).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) a investigação do óbito deverá ser concluída e informada o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

No Estado do Ceará, de 1998 a 2015, foram notificados 43.385 óbitos de MIF (Mulher em Idade Fértil) e, dentre estes, foram confirmados 4,9% (2.157/43.385) de óbitos maternos (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias),

sendo 85,5% (1.845/2.157) por causas obstétricas diretas ou indiretas. A média da Razão da Mortalidade Materna (RMM), no período supracitado, foi de 75,6 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto, segundo parâmetros da OMS (CEARÁ, 2016).

Entre as causas dos óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal no Estado, as causas diretas se destacam como principal causa de morte nos anos de 2011 a 2014 (CEARÁ, 2015). Portanto, a Mortalidade Materna é um indicador que reflete a desorganização e a deficiência na qualidade da atenção prestada à saúde das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal, e para o Ministério da Saúde é um indicador para avaliar as condições de vida de uma população (BRASIL, 2014).

No município de Fortaleza, no ano de 2011, ocorreram 6.200 óbitos em mulheres. Destas, 802 se encontravam na faixa de idade entre 10 e 49 anos, e foram investigados 589 destes óbitos, ou seja, 73,4% (FORTALEZA, 2012).

A menor razão de mortalidade materna nesta série histórica foi registrada no ano de 2007 (24,0) e a maior em 2013 (72,0). No último quadriênio observa-se uma redução significativa dos óbitos obstétricos diretos e indiretos, passando de 38 em 2013 para 26 óbitos em 2016 (FORTALEZA, 2017a). Conseqüentemente, também se observou uma redução na RMM nesse período conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Distribuição dos Óbitos Maternos em Fortaleza, segundo a classificação preconizada pela CID-10, em série histórica de 2004 a 2016

(Continua)

Ano	Óbitos maternos*	Nascidos vivos	Razão de MM*
2006	17	39683	33,0
2007	18	38011	24,0
2008	30	38011	58,0
2009	22	37212	37,6
2010	25	36299	46,8
2011	26	37051	59,3
2012	32	37440	64,1
2013	38	37520	72
2014	31	37.383	64,2

(Conclusão)

2015	23	39.501	30.4
2016	27	36.508	41.1

Fonte: MS/DATASUS/SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica

Segundo o relatório do comitê de mortalidade materna do município de Fortaleza, a análise e o estudo dos óbitos maternos levam a reflexões sobre as condições de saúde oferecidas a uma determinada população e, indiretamente, sobre a situação socioeconômica, oferecendo condições de avaliação da qualidade do serviço que é prestado às mulheres, do ponto de vista da qualidade da atenção, da disponibilidade de vagas para o parto a partir da vinculação das gestantes às maternidades, da condição do atendimento hospitalar, dos equipamentos de suporte à vida, do sistema de transporte e de acesso aos serviços de saúde, etc.

Fatores importantes para a detecção de falhas e, conseqüentemente, para a elaboração de sugestões e estratégias de resolução (FORTALEZA, 2012). Destaca-se o acesso à atenção especializada à mulher com gestação de risco.

No ano de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola lançou o Protocolo de Acolhimento de Classificação de Risco em Obstetrícia, que tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde das gestantes e recém-nascidos durante o pré-natal e parto, reduzir a mortalidade materna e neonatal, humanizar o atendimento e facilitar o acesso da gestante aos serviços de saúde.

Essa construção foi realizada de forma coletiva, com participação de profissionais de saúde e docentes de diferentes instituições de saúde e de ensino, com o apoio da Coordenação Regional da Política Nacional de Humanização e da apoiadora de serviços da Rede Cegonha no estado do Ceará.

O referido instrumento se baseou no protocolo utilizado em Belo Horizonte - MG, adaptando-o às necessidades locais, como a inserção de informações sobre a violência contra a mulher. Nesse período foi realizada a vinculação do parto por regional/unidade de saúde, atualmente em processo de readequação e atualização em virtude de novas unidades de saúde, conforme anexo I. No ano de 2016, foi elaborada as Diretrizes Clínicas para Atenção às Gestantes com objetivo de qualificar a atenção por meio de informações técnicas, baseadas em evidências científicas.

Nesse sentido, políticas públicas importantes foram implantadas e implementadas para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil, como a Política de Humanização do

Parto e Nascimento (PHPN), Rede Cegonha, principal política pública em vigência na saúde da mulher, a Política Nacional de Saúde da Criança implantada no ano de 2015, que traz um olhar também para a mulher, em especial no período gestacional.

O Programa da Rede Cegonha implantado no ano de 2011, por meio da Portaria nº 1.459/2011, tem como objetivo implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), visa ainda estruturar e organizar a atenção à saúde da mulher e da criança no País de forma gradativa, em todo o território nacional, com implantação a partir do critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

A Rede Cegonha é desenvolvida a partir de quatro componentes: I- Pré-natal; II - Parto e nascimento; III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Apresenta como princípios os direitos de cidadania, previstos no SUS, reforçando a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e de gênero, a busca de equidade no atendimento, considerando as diferenças regionais, e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, além do incentivo à participação e mobilização social (BRASIL, 2014).

O Programa da Rede Cegonha visa a contrapor a diferentes fatores, como: modelo de atenção que presume ações fragmentadas nos serviços de saúde; financiamento em saúde insuficiente, principalmente para a área obstétrica; dificuldade para organização da gestão dos serviços, em especial a gestão dos processos de trabalho; altos índices de morbimortalidade materno-infantil no País (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

Entretanto, a percepção que se tem em relação à implantação da Rede Cegonha é de avanços, porém ainda não suficientes para garantir uma atenção integral, resolutiva, humanizada, pois muito do que está pautado continua na instância de ideias e de necessidades, muito bem colocado e estruturado apenas nos decretos, portarias, nas políticas implantadas/implementadas pelas instâncias governamentais, porém na prática dos serviços, existe grande deficiência na efetivação dessa integralidade, inviabilizando melhoria nos resultados da política e provocando violência institucional à mulher no ciclo gravídico puerperal e ao recém-nascido.

Estudo realizado em Fortaleza no ano de 2017, revelou que embora a Rede Cegonha esteja implementada em todos os níveis de governo, ainda não têm efetividade das ações relacionadas ao cuidado humanizado, e que existe fragilidade da rede (RODRIGUES, et al, 2017).

Percebe-se, portanto, que a situação do estado e do município em relação à mortalidade materna ainda se configura um grande problema. Algumas inquietações surgem diante de tanta dificuldade ainda enfrentada pelas gestantes, em especial as de risco, como por exemplo: É de fato prioridade enfrentar esse problema? Se é, como justifica tanta deficiência no atendimento das necessidades da gestante? Como justifica a gestante não ter acesso a medicamento básico, à realização de exames de rotina de pré-natal e outros?

No ano de 2017 foi realizada a 2ª Conferência Nacional da Saúde da Mulheres, após pré-conferências municipais e estaduais com o tema “Saúde das Mulheres: Desafios para a Integralidade com Equidade”, com objetivo de propor diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Para as discussões foram estabelecidos quatro eixos temáticos: O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; e Políticas públicas para as mulheres e a participação social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Ao revisitar as propostas discutidas e votadas por ocasião das conferências, no eixo em que foi discutido políticas públicas para as mulheres, a violência contra a mulher surgiu como forte referência do cenário desse problema em todos os níveis (federal, estadual e municipal), entretanto, percebe-se a invisibilidade da discussão da violência institucional no que se refere à garantia dos direitos, em especial à mulher na condição de gestação. Percebe-se que a violência institucional é referida somente em relação à violência obstétrica por ocasião do parto.

A violência obstétrica configura como um grave problema para a mulher, para a criança, no entanto, torna-se necessário ressaltar a presença desse tipo de violência desde o pré-natal, uma vez que nem sempre é garantida a atenção integral de acordo com a necessidade da gestante. Muitos estudos referem à peregrinação da mulher no momento do parto (FERREIRA JÚNIOR, 2015; RODRIGUES et al, 2015; VIELLAS, et al, 2014).

Todavia, a realidade é que essa peregrinação ocorre desde o pré-natal, em especial quando presença de risco. Com essa (in)visibilidade da violência institucional à mulher na gestação de risco, ocorre dificuldade no conhecimento real da situação do problema, pois,

mesmo com todas as legislações existentes no país, existe uma grande lacuna no que se refere ao seu direito e à sua garantia.

A deficiência existente nos serviços de saúde inviabiliza o acesso da mulher a eles, o que fere a sua cidadania, visto que ela enfrenta obstáculos para usufruir do direito universal à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988. As razões para que isso ocorra são complexas: os serviços podem não estar disponíveis ou acessíveis, e as mulheres podem ser incapazes de encontrar um serviço adequado (AQUINO, 2014).

Verifica-se, portanto, que a violência institucional está presente nos serviços de saúde, mas, é reforçada pelo conformismo, naturalização, levando à invisibilidade do problema. Percebe-se que a discussão em relação a essa forma de violência como uma violação dos direitos da mulher e da criança, pouco tem sido debatida, exemplo, sua não inclusão nas propostas da conferência de 2017, já citada. Necessário que seja monitorado de forma permanente essa deficiência da oferta e demanda, fila de espera, assim como, realização de estudos relacionados à morbimortalidade e acesso na sua dimensão mais ampla.

Por isso, a não divulgação desse problema, a deficiência de implementação de políticas públicas que garantam o acesso, principalmente na atenção especializada, e a não integração das redes de atenção, faz com que ocorra a naturalização não somente pelos gestores e profissionais de saúde, mas também pelas próprias gestantes.

Estudos sobre o Sistema de Saúde da Espanha e do Brasil revelaram que, embora a criação do Sistema Nacional de Saúde da Espanha tenha ocorrido por volta de 1986 e do Brasil há mais de 20 anos, ainda se configura uma preocupação e um desafio a ser enfrentado, em relação à integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE), diferentemente de outros países (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; GÉRVAS; RICO, 2005).

Nessa significação, no Brasil, a ausência de integração das redes de atenção, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS (ALMEIDA et al., 2010), com deficiência na comunicação entre as Redes de Atenção.

Um dos principais instrumentos para integrar a APS/AB à atenção especializada é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados-SISREG - nas Unidades de Saúde da Família. Mesmo que em fases distintas de implantação entre os casos, os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas,

conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas (ALMEIDA et al., 2013).

O município de Fortaleza no ano de 2014, implantou o UNISUS, e iniciou o processo de implantação da descentralização da atenção especializada e regulação para as regionais de saúde. Inicialmente, a SMS por meio do Sírio Libanês ofertou especialização em regulação para técnicas das regionais e para gestores de algumas unidades básicas de saúde, com objetivo de aproximar a regulação da atenção básica, a partir da identificação das situações-limites presentes em nível de territórios.

No ano de 2016, foram implantadas as diretrizes da regulação para melhorar o acesso da população aos exames e consultas especializadas, evitando a procura permanente dos usuários à unidade de saúde quanto a esse agendamento. Atualmente, encontra-se em processo de discussão em relação à regionalização das especialidades, com objetivo de reduzir o absenteísmo e melhorar o acesso da população.

Em vista disso, essas estratégias contribuem na amenização dessa lacuna existente entre a necessidade e a vaga, embora ainda não sejam suficientes para a solução do problema. No Brasil, com a implantação de sistemas descentralizados de regulação é possível acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera (ALMEIDA, et al, 2013).

Sendo assim, é preciso ter esperança que a mulher no período gestacional e a criança sejam melhor acompanhadas, que ocorra maior visibilidade da violência institucional, com monitoramento da sociedade como um todo, por meio de mobilizações, e denúncias diante da violação dos direitos quando existir.

Podemos lembrar de Freire e Horton (2011) quando refere que é necessário ter esperança de o verbo esperar, pois esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Assim, não se pode admitir uma mulher com gestação de risco ter um sentimento de esperança, na perspectiva da espera, de uma fila sem perspectiva de uma agenda, de atendimento. Esperança é a capacidade de olhar e reagir àquilo que parece não ter saída.

Para Freire e Horton (2011), “Na vida, você pode até mudar de esquina, o que você não pode mudar é de briga”. E essa briga é, evidentemente, a briga pela dignidade coletiva. Então, agir como ser humano é recusar o “não” ao que parece não ter saída. Partindo das ideias dos autores e trazendo para a questão da violência institucional vivenciada pelas mulheres em gestação de risco, podemos pensar que é fundamental que jamais ocorra desistência das lutas, de realizar movimentos instituintes, de monitorar efetivamente esse problema e cobrar do Estado, principal responsável por essa vitimização, respeito e dignidade à vida. Resistir é necessário, assim jamais silenciar-se.

Nas palavras de Pinheiro (2013), é necessário cultivar a capacidade de indignação como “ingrediente” indispensável à construção de outro mundo possível.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) aconteceu em um momento especial de luta democrática e de resistência, e ainda sob os ecos do processo de mobilização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo valer a trajetória de conquistas das mulheres para o avanço da democracia participativa, reafirmando o SUS como impulsionador de direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, à educação, à seguridade social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais vínculo e afeto (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Contudo, percebe-se, no momento dessa conferência, um cenário de deslegitimação do legislativo constitucional com a EC 95 do teto dos gastos públicos, que tente aprofundar a atual política econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre outras, que só agrega valor e peso para a limitação do crescimento/desenvolvimento do País, da inclusão social e da maximização das desigualdades sociais e regionais (SANTOS; FUNCIA, 2016), e, conseqüentemente, a violência, inclusive a institucional, onde a população cada vez mais terá dificuldade em obter seus direitos, não somente a saúde, mas as políticas públicas em geral, diante de tantos retrocessos presentes no País.

Portanto, a violação dos direitos da mulher durante a atenção ao pré-natal, em especial as que vivem em situação de maior risco e vulnerabilidade, pode contribuir para o aumento da mortalidade materna e infantil. Nesse sentido, embora a gravidez seja considerada como um fenômeno singular para cada mulher, costuma se processar em condições normais, de maneira saudável, sem intercorrências, com toda atenção prestada pelos profissionais da ESF. Entretanto, existem situações complexas detectadas durante todo o pré-natal na atenção básica que demandam atendimento da atenção especializada, conforme a literatura e os protocolos clínicos de atendimento ao pré-natal.

Dessa forma, a gravidez deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Porém, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de risco” (BRASIL, 2010b).

Sendo assim, a presença de problemas em diferentes níveis da atenção perinatal deve ser bem avaliada para a identificação de outros fatores de risco, como as características

dos serviços, das mães e das condições socioeconômicas que possam contribuir nas falhas contínuas da assistência (MARTINS et al, 2009).

Na tentativa de reorganizar os macroprocessos de trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde tem implementado a gestão da clínica por meio da elaboração e da implantação das linhas-guia e protocolos clínicos, assim como implementação de prontuário eletrônico, embora até o momento somente nas unidades básicas de saúde.

No Brasil, há décadas que na análise do panorama de assistência à saúde da mulher durante a gravidez e o parto são violados os direitos da mulher, seja para atendimento das intercorrências da gestação ou por ocasião do trabalho de parto. Diferentes fatores podem ser associados a essa peregrinação como aspectos sociodemográficos, relação entre a oferta e a demanda de leitos, o fluxo de referência e contrarreferência, perfil e capacidade instalada dos serviços de saúde, baixa qualidade e resolutividade da assistência, organização da rede de saúde materno-infantil (MELO, 2015).

Nessa organização da rede materno-infantil, é fundamental que ocorra a priorização do acesso da gestante, pois em nenhuma situação a gestante deveria esperar em fila para um atendimento, e no caso de Fortaleza diante da não cobertura total da população pela ESF, torna-se ainda mais complexo, pois dificulta maior acompanhamento.

Assim, os serviços de saúde devem garantir o acesso da gestante à assistência necessária, tal como a segurança do processo de nascimento e redução da mortalidade materna e perinatal. Isso deve ser feito com a responsabilização do cuidado; assim, no caso de não haver vaga na instituição no momento em que a gestante precisar, é necessário responsabilizar-se pela garantia da vaga (RODRIGUES et al., 2015).

Para que as ações em saúde da gestante contribuam no processo do cuidado, é importante que haja viabilização do acesso e inserção da mulher nas ações desenvolvidas em todas as Redes de Atenção, de acordo com a necessidade da gestante, em especial a de risco.

Dessa forma, a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir a integralidade da atenção, de forma efetiva e eficaz, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WHO, 2015).

Embora esse processo de organização não seja recente, ainda se configura grandes desafios. No que se refere ao estudo, a dificuldade existente é complexa, pois está relacionada com a macro e a micropolítica. Percebe-se, portanto, que a violência institucional, assim como a violência de um modo geral é banalizada, inclusive pela sociedade.

Ao ocorrer esse tipo de violência com mulheres em situação de gestação de risco, reflete também o poder desse nível de atenção em relação à atenção básica, pois mesmo diante de seguir os critérios previstos nos protocolos do Ministério da Saúde e/ou do município, as equipes se deparam com o retorno da gestante em alguns casos para a atenção básica sem contrarreferência, ou qualquer diálogo. Na realidade, o não diálogo entre as redes tem provocado distanciamento, e não corresponsabilização

A relação existente entre os diferentes níveis de atenção, tem toda uma história hierárquica no que se referia o nível de complexidade da atenção, todavia essas relações de saber/poder entre os níveis de atenção necessitam ser ressignificadas. Para Foucault (2006a), o saber/poder se idealiza de forma que saber e poder envolvem-se mutuamente a tal ponto que o mínimo exercício de poder gera objetos de saber, os quais sempre são manipulados e tornam-se o próprio saber, e este em poder, numa complexa cadeia em que um é condicionante e condicionado pelo outro.

Compreende-se que o conhecimento técnico e científico é essencial para a prática do cuidado nas diferentes redes de atenção, portanto, está presente nas práticas do cuidado exercida pelas redes de atenção básica e especializada a partir de diferentes tecnologias, sejam elas tecnologias leves, leve-duras e duras, por isso, inseridas nas normas institucionalizadas.

O pensamento de Foucault refere como essas normas institucionais, em especial por meio de regimento profissional, fortalece jogos de poder e saber, constituindo como dispositivos de poder disciplinar. É nesse sentido que, muitas vezes, se dá essa relação de saber/poder da atenção especializada, desconsiderando em alguns momentos o saber e a importância da AB no cuidado a partir das singularidades dos sujeitos e dos territórios.

Percebe-se, ainda, a existência e a influência do modelo biomédico hegemônico ainda presente, tanto nos estabelecimentos de saúde quanto nas instituições de formação profissional, que contribui para o que está posto na realidade.

Nesse sentido, percebe-se a presença de diferentes analisadores diante do problema enfrentado pela gestação de risco no que se refere ao acesso da atenção básica à atenção especializada, entre eles a relação de poder existente nas instituições, que se revela na ordem do não dito. Lourau (2014, p. 303) denomina analisador “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, ‘provocá-la, força-la a falar’”, portanto, o que está oculto, não revelado.

Ao longo da história da saúde presenciou-se um sistema da saúde organizado de forma fragmentada, voltado para o indivíduo, presença de fortes relações de saber-poder

instituídos, hierarquia entre os níveis de atenção e os saberes dos trabalhadores de saúde, desconsiderando os dos usuários.

No Brasil, com a mudança do modelo de atenção, com a AB como coordenadora do cuidado é visível ainda a complexidade da efetivação desse modelo, pois na prática, ainda se faz necessário muitas mudanças.

Portanto, com a implantação do SUS, avanços importantes têm ocorrido, em especial em relação à mudança no modelo de atenção à saúde, como a implantação das redes de atenção, com proposta de organização de uma rede poliárquica, com integralidade da atenção e cuidado multidisciplinar.

Países como Reino Unido e Espanha vêm desenvolvendo esse processo da AB/APS, enquanto coordenadora do cuidado há algum tempo, e tem apresentado resultados satisfatórios, inclusive no que se refere à integração dessas redes. Conforme mencionado anteriormente, ao vivenciarmos um período em Múrcia, na Espanha, tivemos a oportunidade de conhecer o funcionamento da APS, e em especial à atenção ao pré-natal, quanto ao acesso da atenção básica à atenção especializada, ocasião em que o tema foi dialogado com trabalhadores de saúde, docentes e usuárias.

Percebemos que o acesso à atenção especializada somente ocorre por meio de encaminhamento dos profissionais de saúde da AB/APS, salvo nas situações de urgência, revelando assim o fortalecimento desse nível de atenção.

Com a implantação do SUS, avanços importantes têm ocorrido, em especial em relação ao modelo de atenção à saúde, como a implantação das redes de atenção, com proposta de organização de uma rede poliárquica, voltada para uma população, com cuidado multiprofissional e atenção integral.

Contudo, ainda se percebe uma construção lenta, conflituosa, pois existe uma desarticulação entre as redes de atenção, que traz sérias consequências para o sistema de saúde e, principalmente, para a população, em especial para as mulheres em gestação de risco, onde tem vivenciado de forma permanente essa desarticulação, fragmentação da atenção e, conseqüentemente, violência institucional.

No momento da finalização desta tese, o Governo do Estado do Ceará lançou no dia 26 de março de 2018, um Programa para reduzir mortes maternas e neonatais denominado “Nascer no Ceará”, que tem como objetivo reestruturar a linha de cuidado materno-infantil a partir da atenção à gestante de alto risco, e garantir a assistência qualificada a gestantes e recém-nascidos de todos municípios do Estado. Portanto, garantirá atenção à gestante de alto risco, parto seguro e humanizado, assim como assistência ao recém-nascido (CEARÁ, 2018).

A partir dessa iniciativa, a possibilidade de um novo tempo para as mulheres gestantes do nosso estado poderá ser vislumbrado, pois apesar de importantes ações na área da mulher e da criança implementadas, não foram suficientes para reverter a situação atual das mulheres e das crianças do Estado.

Portanto, não se conseguirá efetivamente enfrentar a morbimortalidade materna e infantil se não iniciar pela atenção à mulher, em especial no ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, novos processos virão e quem sabe, em outro momento novas pesquisas serão realizadas com apresentação de outros resultados.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

4 MÉTODO

[...] o método não procede a experiência, o método emerge durante a experiência e se apresenta ao final, talvez por uma nova viagem [...] o método como caminho que se experimenta seguir é um método que se dissolve ao caminhar.

Edgar Morin

4.1 CAMINHOS PERCORRIDOS

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire.

Por se tratar de objeto que traz em si interfaces com aspectos institucionais, culturais, de tecnologias, cuidados entre outros, se fez necessário elaborações com base em estudo com abordagem qualitativa, com complementaridade quantitativa do tipo exploratório, descritivo e analítico.

Os estudos exploratórios têm o objetivo de prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, constituindo-se, dessa forma, na fase preliminar de pesquisas com delineamentos mais rigorosos, como os estudos descritivos (FALEIRO, 2009).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para as análises dos discursos e de documentos (MINAYO, 2015, p.57).

Nesse sentido, desenvolvemos a pesquisa em três Etapas, conforme demonstração a seguir:

Figura 1 – Etapas da Pesquisa



Fonte: elaborado pela autora

4.1.1 Análise institucional

“Não há nada que seja mais temido e mais odiado pelo sistema social, porque os movimentos instintivos têm esse intuito: que os coletivos presidam a definição de problema, a oferta de soluções, a colocação dos limites do que é possível e do que é impossível, o que normalmente é feito pelas instituições, organizações e saberes dominantes.”

(Baremlitt, 2012)

Para realização desta pesquisa, optamos pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI), na perspectiva da socioanálise na vertente da socioclínica (LOURAU, 2014).

A utilização da análise institucional vai de encontro com a nossa implicação como pesquisadora e trabalhadora da saúde com o objeto de estudo, e possui ferramentas que possibilitaram revelar os conhecimentos vivenciados e experienciados pelos trabalhadores de saúde e gestores no cotidiano dos serviços de saúde das Redes de Atenção Básica e

Especializada, assim, como trouxe a possibilidade de romper com algumas dicotomias presentes nos métodos.

Lourau (2007; 2014) refere que na pesquisa não existe essa neutralidade, em sua obra faz certa denúncia de que as pesquisas e seus resultados são influenciados por quem as encomenda e financia. Construiu o conceito de análise de implicação, como um processo de reflexão sobre as ligações com as instituições (LOURAU 2004, MONCEAU, 2008), discussão que será levantada posteriormente.

A análise institucional surge a partir de movimentos sociais ocorridos na década de 1960 na França, momento de grande efervescência política, cultural e social, relacionada aos movimentos que tinham como finalidade contestar as instituições francesas.

Protagonizada por René Lourau e George Lapassade, surgiu, tendo como contexto teórico, contribuições da Filosofia, Sociologia, da Ciência Política e do Marxismo e como experiência prática de intervenções, a Psicoterapia Institucional, a Pedagogia Institucional, a Psicossociologia e a Dinâmica de Grupo de Kurt Lewin. Foi organizada nesse período, a partir das experiências vivenciadas no momento das crises dos movimentos da juventude, da crise da escola, do hospital e das igrejas, dentre outros, assim como “da crise interna das instituições na sociedade capitalista monopolista, naquelas décadas” (COIMBRA, 1995, p. 54; LOURAU, 2014).

O auge desse movimento foi o “maio de 1968” que trouxe à tona um conjunto de contradições que atravessavam as instituições (da educação - universidade; do trabalho - a fábrica; da psiquiatria - os hospitais para doentes mentais) (RODRIGUES, 2000). Ressaltamos que o o “maio de 1968” francês teve repercussão no Brasil, onde coincidiu com o período da ditadura civil-militar, instaurada em 1964 que resultou na repressão a intelectuais, trabalhadores, estudantes e outros, assim como prisões e assassinatos.

A análise institucional não possui um sentido único, “pois na realidade, ela se constitui a partir de um conjunto de disciplinas e movimentos que ocorreram na sociedade francesa, a partir dos anos 40 e 50” (L’ABBATE, 2003).

Nesse método, pode considerar a existência de dois campos: a “análise institucional” e a “socioanálise” originadas, sobretudo das obras de René Lourau e Georges Lapassade com uma perspectiva dialética, e a “esquizoanálise” inspirada na filosofia da diferença, relacionada a Felix Guattari e Gilles Deleuze. No Brasil, os limites entre esses campos não são precisos, dado a “migração de conceitos entre eles” (L’ABBATE, 2003, p. 266).

Este estudo trouxe a análise institucional, a partir do pensamento de Lourau (1993; 2014), L'Abbate (2003; 2005; 2012; 2013) e Monceau (2008; 2013), autores que apresentam contribuições importantes para reflexões e movimentos possíveis para o fenômeno estudado, principalmente na conjuntura atual do Brasil, no que se refere à crise política e aos sérios retrocessos nas políticas públicas alcançadas após grandes momentos de lutas e resistências.

Para Barbier (1985) existem “quatro correntes da Análise Institucional no campo das ciências sociais e humanas”: a análise institucional socioanalítica, a sociopsicanálise institucional, a esquizoanálise e a análise institucional de inspiração sociológica. Entretanto, as duas principais correntes, denominadas “institucionalismo francês” são mais comuns na experiência brasileira: a análise institucional e a socioanálise, fundadas por René Lourau e George Lapassade e, a esquizoanálise, criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (RODRIGUES, 2000; BAREMBLITT, 2012).

A análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática. Tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, (...) tendo como base um conceito dialético de instituição (L'ABBATE, 2005, p. 237).

O desenvolvimento da AI após a morte de Lourau em 11 de janeiro do ano 2000, tem ocorrido por intermédio da obra de autores como: Lamih e Monceau (2002; 2011; 2012); Guillier; Samson (1997). No Brasil, especialmente na Saúde Coletiva, as pesquisas utilizando esse método são recentes.

Nessa área do conhecimento, as concepções do movimento institucionalista vêm sendo aplicadas em pesquisas (L'ABBATE, 2003 e 2013; MERHY, 2002; SPAGNOL, 2010; FORTUNA et al., 2012). A Análise Institucional (A.I.) tem influenciado muitos movimentos no Brasil. Seja na clínica *psi*, nas práticas em saúde coletiva, intervenções no campo da gestão ou na pesquisa universitária, seus conceitos são utilizados e revisados (ROSSI; PASSOS, 2014)

Ao buscar estudos com referencial da AI de Lourau na área da saúde, percebe-se uma produção bem recente, foram encontradas dissertações e teses de orientandos principalmente da Professora Dra. Solange L'Abbate, e artigos de diferentes autores, não necessariamente na saúde coletiva.

A nossa aproximação e o interesse por esse método, se deu especialmente a partir da publicação da coletânea “Análise Institucional & Saúde Coletiva”, organizada por

L'Abbate, Mourão e Pezzato no ano de 2013, na qual foram apresentados diferentes estudos com sua utilização na saúde coletiva, muitos por meio de articulação teoria e prática, trazendo reflexões e contribuições importante quanto a possibilidades de mudanças da realidade.

L'Abbate (2013) faz uma análise dos processos de institucionalização fundadora e permanente da Análise Institucional e da Saúde Coletiva no contexto brasileiro. A autora (2013) demonstra que a AI francesa e a AI brasileira dos primeiros tempos, pouco se articulou com os temas da saúde e menos ainda à Saúde Coletiva.

Assim sendo, ocorre inexistência de estudos realizados na França articulando AI e saúde. No início dos anos 2001, após retorno da autora (2013) do seu pós-doutorado realizado na França, percebeu as contribuições que a AI poderia trazer para a Saúde Coletiva, passando a desenvolver, junto a outros pesquisadores, estudos nessa área, assim também sua inclusão como disciplina na Pós-Graduação da Universidade de Campinas, onde foi criado um grupo de pesquisa denominado Análise Institucional & Saúde Coletiva.

A AI possui diferentes modalidades de atuação: 1) pesquisas teóricas e históricas (trabalhos epistemológicos e conceituais e também sócio-históricos), 2) pesquisas empíricas com a utilização de observações de campo, entrevistas etc., e 3) sócioanálise, ou seja, a análise em situação, realização de uma intervenção, atendendo a uma encomenda de um grupo ou organização (SAVOYE, 2007, p. 185).

As duas primeiras formas foram denominadas por Lourau como “análise no papel” ou “análise de papel”, e a terceira de “intervenção institucional” (LOURAU, 2014, p. 266). Sendo assim, nesta pesquisa foram utilizadas duas modalidades, ou seja, “análise de papel” e “intervenção institucional”, posteriormente retomaremos essa discussão e sua utilização neste estudo.

Discutir AI, é necessário trazer a instituição, pois representa, o princípio da institucionalização, movimento que ocorre de forma permanente, nas quais se busca encontrar sentido e lugar. Dessa forma, percebe-se que os serviços de saúde possuem envolvimento dos trabalhadores de saúde, mesmo com diferenças, porém o trabalho é direcionado para o sujeito.

Nesta pesquisa, foi considerada Atenção Básica e Atenção Especializada como instituições, com base no conceito de instituição na Análise Institucional conforme René Lourau, o qual inspirou em Hegel e Castoriadis que considera cada instituição, o movimento dialético entre instituído, instituinte e institucionalização (LOURAU, 2014).

A instituição deve ser analisada dialeticamente e não ser tomada somente no momento do instituído. Logo, o conceito de instituição proposto por Lourau decompõe-se em

três momentos: universalidade, ou o instituído; particularidade, ou o instituinte, e singularidade, ou a institucionalização.

A universalidade é entendida como a unidade positiva, na dimensão do plenamente verdadeiro do plano abstrato. Já a particularidade seria a negação disso que é tido como verdadeiro e a singularidade o momento da unidade negativa, resultante da ação da negatividade sobre a norma positiva da norma universal (LOURAU, 2014).

Portanto, a instituição consiste em alguma coisa fixa, por exemplo, uma norma, uma lei estabelecida de uma vez por todas ou como uma organização. Assim, a Análise Institucional vai reconciliar a instituição com o pensamento dialético, instituinte. Dessa forma, falar de AB e AE como instituição é falar de um sistema de regras organizado segundo uma estrutura espacial imediatamente expressiva.

Os termos instituintes e instituídos foram utilizados, inicialmente, no período de 1964/1965 por Castoriadis, entretanto, Lourau confrontou esses desses dois momentos do conceito por meio de um terceiro momento, denominado institucionalização. Desse modo, a institucionalização determina a sobrevivência da instituição.

Ao diferenciar instituído e instituinte, Baremlitt (2012), refere que o instituído consiste no resultado da ação instituinte, e ao ser produzido pela primeira vez, funda uma instituição. Nesse sentido, o instituído cumpre um papel histórico importante, porque ordena as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. O instituído tem uma tendência de resistência a mudanças, exemplo, na temática deste estudo, as normas, regras presentes nas duas Redes de Atenção.

Portanto, consiste, ainda, nos modos de representação e de organização considerados normais (LOURAU, 2004), situação essa encontrada por ocasião das duas últimas etapas da pesquisa.

A sociedade instituinte ameaça a sociedade instituída; porém a sociedade instituída precisa da sociedade instituinte para progredir, ao passo que a sociedade instituinte necessita da sociedade instituída para erguer seu projeto de transformação permanente (LOURAU, 2004, p.63).

Para Baremlitt (2012), instituinte é o processo mobilizado por forças produtivo-desejantes-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potencialidades ou materialidades sociais. Por isso, esta pesquisa dialoga de forma permanente entre o instituído e o instituinte, quanto ao acesso da gestante de risco da atenção básica à atenção especializada, trazendo reflexões para a necessidade de movimentos

instituintes para o enfrentamento desse problema. Nesse sentido, quando as forças instituintes emergem, apresentam-se diferentes possibilidades de mudanças e inovações.

Dessarte, a relação dialética existente entre os momentos da instituição instituinte, instituído e de institucionalização faz com que ela seja realidade inacabada, projeto em construção permanente. O instituinte não deve ser pensado como força que resulta em instituído, mas como relação de forças, que comporta tanto o poder como as singularidades de resistência e produção de novos sentidos.

“Tudo o que rompe a unidade social não vale nada: todas as instituições que colocam o homem em contradição consigo mesmo não valem nada.”

Rousseau, O contrato social, livro VI, cap. VIII.

Sendo assim, a AI tem forças de teor instituinte e entra em contradição com o já instituído, produtor de uma imobilidade a ser quebrada com a intervenção (LOURAU, 1993). Dessa maneira, esse instituinte vai gerar um novo instituído, resultado desse movimento, da processualidade que abarca as instituições (LOURAU, 2014).

Dessa forma, a socioanálise na vertente da socioclínica propõe a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, exaustivamente, os analisadores, visando ao processo de autoanálise e de autogestão.

Nessa perspectiva, realizamos os encontros na 3ª etapa da pesquisa por meio de movimentos instituintes com revisitação ao que se encontra instituído nas instituições AB e AE, relacionados ao acesso da gestante a atenção especializada.

A figura nº 2 a seguir, elaborada por Lourau (1993), representa esses momentos:

Figura 2 - Esquema da dialética institucional



Fonte: LOURAU (1993, p. 89)

Assim, o institucionalismo é, em última instância, uma modalidade de viver coletivamente, adquire sentido a afirmação de que ele “não se ensina”. Portanto, cada coletivo constrói as condições para se autoconhecer, autodeliberar e autodecidir a forma *sui generis*, única e irrepetível, que deseje dar-se para existir (BAREMBLITT, 2012).

Desse modo, o institucionalismo contribui para movimentos instituintes, desalienantes, autogestivo e autoanalítico. Então, vai na contramão de muitos processos alienantes, autoritários, hierárquicos existentes nos serviços de saúde, na academia, nas famílias, enfim, nas instituições, estabelecimentos e organizações.

De qualquer modo, é sempre bom lembrar que falar de institucionalismo e suas diferentes ramificações é falar de uma luta pela autonomia, pela desnaturalização do instituído e pela criação de novos modos de existência.¹

Discutir instituição, portanto, remete à polissemia do seu conceito, pois existem ao menos quatro formas de compreender o termo: a) num senso culturalista para designar o conjunto de valores, normas e modelos de conduta dotadas de uma certa regularidade; b) do ponto de vista do positivismo jurídico, centrado no conjunto de processos de formalização pelo direito; c) em uma perspectiva antropológica, interessando-se pelas modalidades de apreender os jogos sociais tomados como universais pelos coletivos humanos e d) segundo uma aproximação que coloca no centro a análise e o processo de ligações sociais ao poder político (BONNY & DEMAILLY, 2012).

¹ “Breves notas sobre os antecedentes históricos da Análise Institucional”, Arthur Hyppólito Moura.

As instituições frequentemente são capazes de produzir justamente o oposto do propósito para o qual foram fundadas, assim como elas fabricam e são fabricadas ao mesmo tempo por seus agentes, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários de uma dada instituição, fabricam e colocam em ação as normas e regras e ao mesmo tempo são também produzidos nessa dinâmica. Portanto, existe uma produção de subjetividades nas instituições (FORTUNA, 2014). E, dessa forma, algumas delas provocam violação dos direitos constitucionais e violência institucional, situação presente nas duas Redes de Atenção que cuidam da mulher em gestação de risco.

Nesse sentido, a utilização da análise institucional na pesquisa opera com a análise coletiva dos sujeitos envolvidos nos locais que materializam as instituições, ou seja, nos estabelecimentos e nas organizações. Ela impescinde da análise de implicação, assim como a análise da demanda, do motivo que desencadeou a análise institucional. Também prevê a análise da oferta, daquilo que os analistas e/ou pesquisadores ofertam ao coletivo (FORTUNA, 2014).

4.1.2 A Análise institucional nas práticas e a socioclínica

“[...] o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho.”

(MERHY, 2004, p. 8)

A Análise Institucional Socioanalítica, segundo Passos e Barros (2000) referem a uma pesquisa-intervenção, visando interrogar os sentidos cristalizados nas instituições incluindo a própria instituição de análise, com a construção de uma metodologia que permitisse questionar os territórios constituídos convocando, portanto, a criação de outras instituições.

Logo, essa intervenção é aplicada na prática dos grupos, coletividades, organizações. Dizendo de outra maneira, a socioanálise é um método de intervenção determinado pela teoria da análise institucional. “Trata-se, enfim, de nomes diferentes para um mesmo projeto” (LOURAU, 1993, p. 65).

Para Passos e Barros (2000) existe ainda o interesse pelos movimentos e pelas mudanças que não têm ponto de partida nem objetivos preestabelecidos, bem como pelas transformações nas noções de teoria e prática, superando a perspectiva tradicional.

Os autores (2000), contribuem com essa discussão apostando “no caráter sempre intervencionista do conhecimento, em qualquer de seus momentos todo conhecer é um fazer” (p. 6). Problematiza-se, assim, a relação do sujeito-objeto do conhecimento ao considerar o pesquisador como necessariamente incluído no processo investigativo (AGUIAR; ROCHA, 2007).

A Socioanálise tem como objetivo ultrapassar a psicossociologia grupal e a sociologia das organizações, ao analisar as determinações não ditas dos grupos, tendo como protagonista o próprio coletivo. O papel do analista consiste em provocar os sujeitos às reflexões a partir do dispositivo analisador, surgidos ao longo do processo, pois não necessariamente ocorrem no primeiro encontro.

Sendo assim, trata-se de uma análise sustentada pelo coletivo, que assume a tarefa de pesquisar, questionar, interrogar e analisar a história, os objetivos, a estrutura e o funcionamento da organização.

Apesar da grande contribuição da socioanálise, nos anos 2000, Monceau propôs a utilização da socioclínica institucional para designar as intervenções de longa duração que ele realizou junto à área da educação Francesa. A socioclínica institucional trabalha a partir das características da socioanálise acrescida de duas outras: produção do conhecimento durante a intervenção e a análise da implicação dos diferentes contextos institucionais. A socioclínica institucional é um processo de produção de dispositivos postos em ação e que são focos da análise, pois engendram efeitos (FORTUNA et al, 2014).

Os sujeitos envolvidos na socioclínica reelaboram o sentido que atribuem às suas ações e, dessa forma, os pesquisadores têm acesso a um processo reflexivo que está em produção. Nesse sentido, a pesquisa transforma os fatos que estuda, ao mesmo tempo em que contribui para a produção deles (MONCEAU, 2005). Conforme Lapassade (2005), a Análise Institucional/Socioanálise tem em conta os seguintes elementos:

a) A negociação de acesso ao campo:

Além da autorização formal, o pesquisador está constantemente renegociando o seu acesso, na construção do vínculo entre pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, desenvolvemos esse processo de negociação, renegociação por todo o período do estudo, o qual contribuiu para maior participação de todos os sujeitos, sejam gestores e/ou trabalhadores de saúde. Ressalta-se ainda, que esse diálogo ocorreu de diferentes formas e em diferentes momentos, principalmente com os gestores das duas Redes de Atenção, seja por telefone, WhatsApp e/ou e-mail.

Dessa forma, por ocasião da apresentação da pesquisa aos diferentes gestores, discutimos os critérios para o estudo, período, número de encontros e outros, acordado inicialmente três encontros, e após seu início, em virtude do desenvolvimento do processo, repactuamos o quarto encontro, os três primeiros semanais e o último após 30 dias do terceiro.

- b) Os graus de implicação do observador definidos conforme o autor em periférica, ativa e completa:

A implicação periférica caracteriza a postura do pesquisador que estabelece uma distância metódica do campo, para que a análise não seja comprometida pela cumplicidade. Na implicação ativa, o pesquisador se esforça para fazer parte do campo. Nesses dois tipos de implicação, o pesquisador permanecerá com os sujeitos participantes apenas durante a pesquisa.

Diferentemente, na implicação completa, o pesquisador se envolve com o campo, seja por fazer parte dele antes da pesquisa, seja por se converter como membro do coletivo estudado. A implicação da pesquisadora se deu de forma ativa, apesar de não fazer parte como trabalhadora de saúde da regional estudada, vivencia muitas situações semelhantes na regional em que trabalha, existe especificidades e diferenças entre elas. Portanto, a implicação é um dispositivo de produção de conhecimento e de transformação.

No trabalho socioclínico, conforme Monceau (2003), de forma geral, enfatiza-se mais o objeto e as intenções de análise do que as regras a serem seguidas. O autor (2003) refere ainda, outros princípios àqueles da socioanálise clássica, resultando nas oito características da socioclínica institucional, quais sejam:

- (a) Análise da encomenda e das demandas:

A encomenda mesmo formalizada por escrito, não informa diretamente sobre como se encontra a situação, porém ela constitui o “diagnóstico” de quem fez o pedido de intervenção ao socioanalista. A partir do desenvolvimento do trabalho, as demandas vão surgindo por todos os envolvidos no trabalho socioanalítico.

Para Monceau (2010) “É a análise da encomenda e das demandas que sustenta a problematização”. Por isso, é imprescindível analisar o pedido oficial da intervenção apresentado por um grupo investido de poder de decisão para um socioanalista sobre uma intervenção a ser desenvolvida (L’ABBATE, 2012),

A encomenda, nesta pesquisa, surgiu a partir de um edital do Ministério da Saúde, com aprovação pela Unicamp, responsável pela coordenação geral do estudo multicêntrico

intitulado “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, realizada em quatro cidades brasileiras, entre elas Fortaleza.

Neste município, a Coordenação Estadual foi da Professora Dra. Maria Salette Bessa Jorge, orientadora desta tese, e como integrante do seu grupo de pesquisa, tivemos a oportunidade de participar de alguns momentos de discussão do instrumento utilizado neste estudo na 1ª fase da pesquisa, de encontros na Universidade de Campinas, assim como atuar como pesquisadora de campo em todas as unidades de referência para gestação de risco.

Com a realização da pesquisa na metodologia qualitativa, por ocasião do segundo momento da pesquisa, foi sinalizado a necessidade de momentos de diálogo entre as duas redes de atenção que cuidam da gestante de risco.

Assim, surgiu a encomenda para a 3ª etapa, os discursos dos gestores e trabalhadores de saúde, revelaram muitas inquietações e a vontade de contribuir nessa mudança, pois visualizavam essa possibilidade. Ressaltamos aqui o apoio dos trabalhadores de saúde e gestores implicados na pesquisa para que acontecesse esse momento, pois também apostaram no coletivo.

Na pesquisa de campo, foi possível maior aproximação com as dificuldades vivenciadas pelas gestantes de risco, e perceber que essa dificuldade estava presente em todo o município, não somente na regional/unidade de saúde onde a pesquisadora desenvolve suas atividades como enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Portanto, a participação nesse estudo multicêntrico teve grande importância para inquietar-nos ainda mais com esse fenômeno e prosseguir na investigação, com maior aprofundamento nas questões.

(b) Participação dos sujeitos na abordagem, sob modalidades variáveis:

A participação dos sujeitos no decorrer do trabalho é uma condição da pesquisa socioclínica, e pode assumir diferentes formas (coleta de informações, aceitação de ser observado ou de participar de sessões de grupo com objetivo analítico (MONCEAU, 2013),

Esse momento foi de muita importância para o grupo, pois para seu desenvolvimento foi necessário a implicação dos sujeitos participantes da pesquisa, assim como a pactuação em relação ao número de encontros, dias, horários, local e o que mais surgiu a partir dos analisadores.

Para Barembliit (2012) é necessário caracterizar e delimitar os analisadores, e a partir dessa caracterização realizar o diagnóstico provisório. Para o autor (2012), esse diagnóstico consiste na hipótese ainda especulativa sobre o quadro, assim é necessário que se

faça um contrato de diagnóstico. Esse contrato implica, portanto, a construção de dispositivos para ouvir todas as partes. Nesse momento então, ouviu-se os participantes, foi criada condições para convocar o não dito, que foi o que se pretendia investigar. Assim, foi necessário a autogestão do contrato, agora definitivo, para os passos seguintes.

O movimento interno do grupo é sempre muito complexo, por isso é necessário manter a autonomia do espaço de cada um dos participantes, permitindo, assim, instaurar uma autogestão do grupo (PEZZATO & L'ABBATE, 2012).

Baremlitt (2012) destaca, não se admite um “especialista em autogestão”, porém é necessário a redistribuição do saber e do fazer nas gestões autônomas, assim cria condições para surpreendentes descobertas e resultados protagonizados por participantes ou grupos dos quais “menos se poderia esperar”.

Neste estudo, ao pactuar a participação com os sujeitos, foi deixado todos à vontade, de modo que chegássemos a um consenso. Apresentaram a importância desse momento da pesquisa não somente para a gestante de risco, mas para eles trabalhadores de saúde e gestores, entretanto, demonstraram preocupação quanto a necessidade do bloqueio da agenda, assim sugeriram os encontros semanais, e do terceiro para o quarto 30 dias, situação que será discutida posteriormente.

Trazer a AI para esta tese, a partir dos dispositivos analisadores e implicação, foi fundamental para as reflexões, discussões desencadeadas pelo grupo de trabalhadores da saúde e gestores, principalmente por ofertar encontros de diálogo entre as duas Redes de Atenção, assim como conhecer o desenvolvimento das ações em cada área.

Nessa perspectiva, foi possível que todos os sujeitos implicados na pesquisa, pudessem visualizar não somente as situações-limites, mas as potencialidades existentes para o enfrentamento e superação das dificuldades.

Pensar junto, reconhecer os limites do outro foi fundamental para a apresentação das estratégias e propostas, a partir de inovações para a transformação da realidade atual vivenciada pelas gestantes, trabalhadores de saúde e gestores, minimizando, assim, a violência institucional, principalmente a que está relacionada à violação dos direitos. É certo que nem tudo que tem violado o direito da gestante foi possível analisar e discutir estratégias para que de fato possa garantir o atendimento de suas necessidades, porém a discussão se deu a partir da governabilidade do grupo-sujeito e do tempo.

(c) Trabalho dos analisadores dando acesso às questões que normalmente não se expressam:

A dinâmica interna desse dispositivo constitui o principal objeto de análise para Monceau (2013). Para o autor (2003), o trabalho socioanalítico conduz ao que está ocorrendo nas situações criadas pelo dispositivo analisador, assim como a implicação do pesquisador e demais participantes, mesmo que em diferentes lugares.

É analisador tudo aquilo que apoia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico (MONCEAU, 2013). Como exemplo em relação à violência institucional, a deficiência da integração das Redes de Atenção, dificultando o acesso da gestante de risco ao serviço especializado, contribuindo na fragmentação da atenção, considerado assim, um analisador natural, pois ele se refere às separações instituídas pelo sistema social e arbitrariamente promovidas a normas inquestionáveis da ação.

Os analisadores podem aparecer como dissidentes, sendo eles denominados de ideológico, libidinal e organizacional (LOURAU, 2014). O dissidente ideológico expressa suas dúvidas acerca das finalidades e a estratégia geral da organização. Quanto ao dissidente libidinal, tão somente pela sua existência, sem necessariamente emissão de discursos, “lança a dúvida sobre a seriedade da ideologia ou da organização” (LOURAU, 2014, p. 302). O dissidente organizacional é o que ataca de frente os problemas mais práticos, materiais, teóricos, ou seja, a própria organização.

O analisador, portanto, é aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional. Esse conceito é inseparável do conceito de transversalidade, porque é numa situação de questionamento das hierarquias e especialismos que o analisador surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despersonaliza a intervenção (ROSSI & PASSOS, 2014). Percebe-se que as instituições têm uma face escondida, e esta, que a Análise Institucional provoca a revelação.

Nessa perspectiva, o analisador constitui, assim, uma reversão epistemológica, já que é ele quem faz a análise (LAPASSADE, 1973). Dessa maneira, existe uma primazia do analisador sobre o analista e este pode vir a tomar consciência dos efeitos dos analisadores que desencadearam sua intervenção (LOURAU, 2004).

O conceito de analisador para Miranda e colaboradores (2016) diz respeito ao descentramento da figura do analista para o processo do encontro, que se forma no próprio processo de pesquisar. Os acontecimentos analisadores funcionam como “catalisadores de sentido”, pois desnaturalizam as condições instaladas e desestabilizam o cotidiano. Nesse sentido, para as autoras (2016), a análise não é exclusiva do pesquisador, mas o próprio

acontecimento pode se tornar analisador, onde o pesquisador está inserido, sobretudo no momento da escrita.

Nesse sentido, os sujeitos implicados na temática e que participaram do estudo, ao refletirem sobre os analisadores pactuados para o estudo, ou mesmo por ocasião das entrevistas, apontaram essa necessidade da não naturalização dos problemas vivenciados pela gestante e pelos trabalhadores de saúde, entre eles a violência institucional. “Na realidade, é sempre o analisador que dirige a análise ...”, relata Lourau (2004, p. 84).

Dessa maneira, o analisador vai revelar situações complexas e reais que, até então, estão no cotidiano dos serviços de saúde, porém ocultas, não reveladas, muitas vezes apesar de apresentarem de forma silenciosa, sua análise não é enfrentada pelos gestores, trabalhadores de saúde e gestantes, ou seja, aceitos de forma consciente ou inconsciente, e no momento em que são analisados traz muitos outros analisadores presentes nos serviços de saúde, “nos fala das separações instituídas pelo sistema social e arbitrariamente promovidas a normas inquestionáveis da ação”, nos diz Rodrigues (2006, p. 146).

Portanto, “é analisador tudo que apoia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico”, comenta Monceau (2013).

(d) Análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança:

Monceau (2013) refere a importância das transformações que ocorrem no cotidiano de trabalho da equipe à medida que o trabalho socioclínico avança. Portanto, analisa as transformações que ocorrem nas situações e dinâmicas institucionais, pois estas podem expressar simultaneamente efeitos e materiais de análise.

A perspectiva clínica que se coloca aí vai além do sentido tradicional da capacidade de acolher, de inclinar-se sobre o leito (do grego *Klinikos*), para pensá-la enquanto uma operação de “desvio”, de interferência no movimento para a produção de novos caminhos (Clinamen), criação de outros processos de trabalho e, desse modo, de produção de si (PASSOS; BARROS, 2001).

(e) Aplicação das modalidades de restituição que devolvem os resultados provisórios do trabalho aos parceiros de campo:

Esse dispositivo também foi utilizado por Edgar Morin em Plozévet e Orleans, segundo Monceau (2013). O autor (2013) refere que sua utilização produz possibilidades de aprofundamento, seja para questionar as análises, ou para reconsiderar a orientação do próprio dispositivo do trabalho.

Nesse sentido, baseia-se na reflexividade e análise coletiva dos sujeitos, tendo sido utilizada como disparador no processo inicial dos encontros realizados na 3ª etapa deste estudo. Esse momento proporcionou muitas revelações e surgimentos de analisadores relacionados com alguns dos resultados apresentados da 1ª etapa da pesquisa (estudo quantitativo).

A utilização do dispositivo restituição foi utilizado em todos os encontros da 3ª etapa da pesquisa, onde ao apresentar o desenvolvimento do processo de análise discutiremos melhor. Assim, sua utilização permitiu discussões coletivas, com participação efetiva dos sujeitos a partir de suas implicações.

Dessa forma, a restituição consiste em um processo permanente e busca permitir que pesquisador e pesquisado saiam de seus papéis cristalizados, produzindo uma discussão coletiva de análise dos conhecimentos produzidos.

Portanto, com a restituição os sujeitos participantes tiveram a oportunidade de aprofundar, refletir sobre o que foi revelado na pesquisa, trazer a realidade atual dos territórios, e repensar o seu papel não somente como trabalhador de saúde, mas como cidadão, que luta por uma sociedade mais justa.

(f) Análise das implicações primárias e das implicações secundárias do pesquisador e dos outros participantes (em suas respectivas instituições):

O conceito de implicação, elaborado por Lourau ao longo de sua obra (L'ABBATE, 2012; 2013), é de extrema relevância para a Análise Institucional, pois através dele questiona-se a sacralização dos lugares ocupados pelos especialistas.

A análise das implicações surge da ampliação para o campo institucional dos conceitos de transferência e contratransferência utilizados pela psicanálise, e emerge a partir do movimento da psicoterapia institucional, ocorrido na França durante o Pós-guerra, nos anos 1950 (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008).

Lourau (2004) distinguiu cinco categorias para os múltiplos conteúdos a serem analisados no processo de pesquisa: As implicações Primárias, referem-se 1) às implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) ao local, organização em que se realiza a pesquisa ou a que pertença o pesquisador e, principalmente, com a equipe de pesquisa/intervenção; 3) à implicação na encomenda social e nas demandas sociais. Ao referir as implicações no plano secundário, o autor (2004) aponta; 4) às implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); e 5) às implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa.

Para Monceau (2013), o pesquisador está envolvido nas instituições, pois mantém com elas, relações que influenciam sua maneira de conduzir suas pesquisas e o modo de escrita de seus resultados. Sendo assim, nossas implicações estão inseridas tanto na primária, como na secundária.

Portanto, para desconstrução da neutralidade científica é fundamental a análise das implicações em seus níveis psicoafetivo, histórico existencial e estrutural-profissional. Assim, a implicação, até mesmo inconsciente, com tudo aquilo que se faz, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada pelos profissionais, quando estiverem realizando um trabalho (L'ABBATE, 2005, p. 239).

Essa análise permite que os participantes da pesquisa também se reconheçam como produtores de conhecimento em um processo autoanalítico. Nesse sentido, a análise da implicação “deve ser feita pelo grupo em questão, considerado como pesquisador coletivo”, relata Barbier (1985, p. 127).

Sobre as implicações que envolvem o pesquisador, Barbier (1985) indica que a ciência se baseia em um julgamento de valor inicial ao privilegiar o universal em detrimento do particular. Isso decorre do não reconhecimento de que as ciências humanas são mais suscetíveis à ação da subjetividade, o que não é admitido pela tradição científica em decorrência da hegemonia das ciências da natureza.

Nessa relação de suposta exterioridade e neutralidade algumas consequências graves se apresentam. Por isso, é necessário reconhecer que “O contexto do pesquisador, sua formação, seus grupos de referência, os gostos intelectuais do momento desempenham um papel decisivo” (BARBIER, 1985, p. 106).

Coimbra e Nascimento (2008) retomam a necessidade, apontada por Lourau de “encontrar um método de análise das implicações que, em cada situação particular, possa ser situada nas relações em geral, nas redes de poder, em vez de se fixar cristalizado numa posição pseudocientífica”.

Nesta pesquisa, as diferentes técnicas que foram utilizadas contribuíram para a análise das nossas implicações e dos demais sujeitos participantes da investigação, assim como para melhor compreensão dos analisadores surgidos por ocasião da restituição da pesquisa multicêntrica, e das entrevistas realizadas em todas as regionais de saúde.

Dessa forma, o processo analítico vivenciado por ocasião dos encontros com o grupo foi articulado com o referencial da AI a partir dos dispositivos, entre eles analisador e implicação dos sujeitos envolvidos no cuidado à mulher com gestação de risco nas Redes de Atenção.

(g) Intenção de produção de conhecimentos:

O trabalho socioclínico desenvolvido a partir de uma encomenda leva à análise de um problema restrito e possibilita a partir da produção dos dados, articulados com outras observações uma análise mais abrangente (MONCEAU, 2013). Nesta pesquisa, utilizamos análise dos dados das duas etapas anteriores, os quais contribuíram de forma significativa para revelações de diferentes situações, seja pelos dados quantitativos, ou por meio das entrevistas com gestores, trabalhadores de saúde e gestantes.

As revelações por ocasião das entrevistas contribuíram nas discussões junto ao coletivo, principalmente na melhor compreensão do caminhar das gestantes nas Redes de Atenção, possibilitando a construção de fluxogramas.

(h) Atenção aos contextos e às interferências institucionais nas quais estão envolvidos os pesquisadores e os outros participantes:

Para Monceau (2013, p. 101) “todo trabalho socioclínico situa-se em uma inferência institucional”. Essa inferência produz efeitos de transformação e efeitos de conhecimento, os quais são chamados de resultados. As instituições que atravessam os sujeitos envolvidos no dispositivo neles interferem de modo a estimular a produção de efeitos de conhecimento e de transformação (MONCEAU, 2010).

Nesse aspecto, sublinha-se a elucidação das transversalidades, ou seja, a análise dos vínculos/pertencimentos e das referências positivas ou negativas pelos diversos membros do coletivo em análise (MONCEAU, 2010). Assim, o grupo se torna mais sujeito ou menos sujeito, dependendo do seu coeficiente de transversalidade. Esse processo ocorre de forma permanente, momento como sujeito e/ou sujeito, porém essa última condição, muitas vezes, está relacionada à sobrevivência nos mais diferentes espaços.

Para Guattari; Rolnik (2005), o grupo-sujeito tem disposição de gerir a sua relação com as determinações externas e com a própria lei interna do grupo, dentro de algumas possibilidades. Entretanto, o grupo sujeito tende a ser manipulado pelas determinações externas e por sua própria lei interna.

Essa situação está presente em muitos serviços de saúde, percebida por ocasião das duas últimas etapas da pesquisa, pois não existe o protagonismo dos sujeitos, existe deficiência na escuta, de forma que dificulta inclusive melhoria no processo de trabalho e outros.

Diante da complexidade vivenciada nos serviços de saúde, pelo próprio modelo de atenção pautado no produtivismo, percebe-se que tem fortalecido a existência do grupo sujeitado, onde simplesmente são encaminhadas as “normas”, “regras” e são cumpridas, mesmo que para a realidade do território essa “norma” prejudique o processo de trabalho e/ou as necessidades da população, em especial das gestantes.

Implementar discussões na perspectiva de colegiado, cogestão ou gestão compartilhada é distante da realidade atual de muitos municípios brasileiros, inclusive o deste estudo, pois tem fortalecido o autoritarismo, a não emancipação e autonomia das equipes, contribuindo com o não empoderamento do sujeito, cada vez mais sujeitado ao seu próprio processo de trabalho.

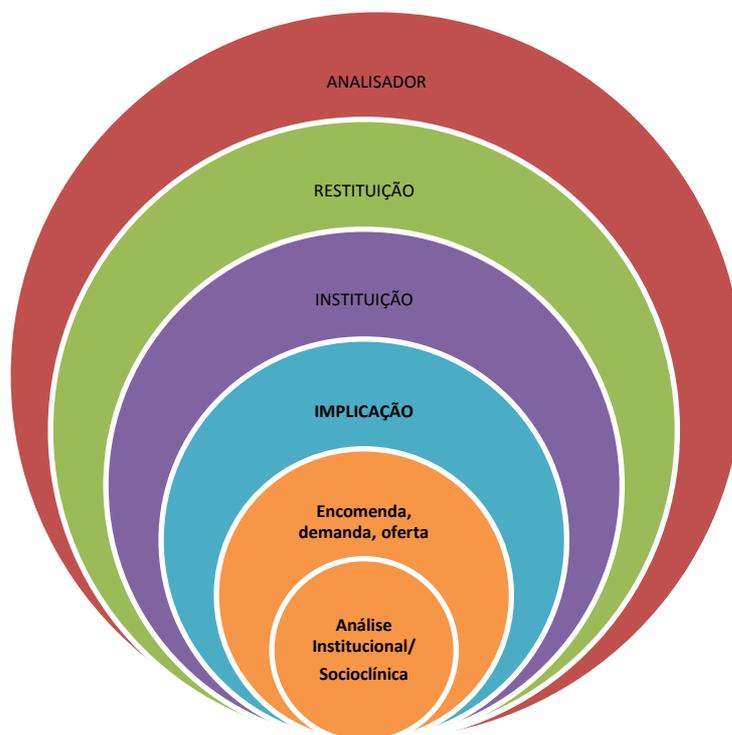
Para Baremlitt (2012), a transversalidade veiculada pelas linhas de fuga do desejo e da produção é uma dimensão do devir que não se reduzem à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade presente nas organizações.

Na perspectiva de Lourau (2014), a transversalidade é o que funda a ação instituinte nos grupos, pois sua ação coletiva carece de entender e vivenciar uma dialética entre a autonomia e os limites objetivos do grupo. “A transversalidade reside no saber e no não saber do grupamento a respeito de sua polissegmentaridade. É a condição indispensável para passar do grupo-objeto ao grupo-sujeito”, assim comenta Lourau (2014, p. 288).

Para essa etapa foi realizada a Análise Institucional na vertente da socioclínica, onde foi possível a realização da análise e reflexões das práticas cotidianas vivenciadas por mulheres com gestação de risco, pelos profissionais de saúde e gestores quanto à violência institucional presente nos serviços de saúde e à deficiência na integração das Redes de Atenção Básica e Especializada. Nesse sentido, a proposta foi aliar a teoria e a prática com a perspectiva de contribuir na transformação da realidade.

Os dispositivos da AI utilizados nessa etapa foram: encomenda, demanda, oferta, implicação, instituição, restituição, e analisador, conforme figura 3.

Figura 3 - Dispositivos da Análise Institucional utilizados na pesquisa



Fonte: elaborado pela autora

4.2 A CAMINHADA E SEUS MOVIMENTOS DE TRANSFORMAÇÃO

“O futuro é construído pelas nossas decisões diárias, inconstantes e mutáveis, e cada evento influencia todos os outros”.

Alvin Toffler

4.2.1 Pesquisa Multicêntrica realizada em regiões metropolitanas brasileiras, entre elas Fortaleza – Ceará

Nesta 1ª etapa do estudo, realizamos análise descritiva dos dados obtidos na pesquisa multicêntrica “Inquérito sobre funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do acesso à Atenção Especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, com relação ao município de Fortaleza. Esta análise foi utilizada no momento da restituição da pesquisa, por ocasião dos encontros que ocorreram na 3ª Etapa do estudo.

Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram coletados mediante sorteio probabilístico em serviços de referência para gestação de risco na rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS. Para a seleção da amostra, inicialmente foi realizado um levantamento

das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos serviços de Atenção Especializada, por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como das gestantes de risco atendidas nestes serviços.

As unidades de saúde da atenção especializada foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: referência para atendimento a mulheres com gestação de risco; importância local na área onde está inserida; número de estabelecimentos/serviços; atendimentos realizados; percepção da equipe técnica da secretaria de saúde (municipal e estadual); entre outros. Dessa forma, por meio das informações levantadas, foi constituído um cadastro para a seleção da amostra (UNICAMP, 2013).

O tamanho da amostra foi dimensionado a partir da especificação dos principais objetos de inferência e a margem de erro aceitável na estimação desta(s) quantidade(s) e, partindo destes parâmetros e do conhecimento sobre o tamanho da população do estudo, foi determinado o tamanho mínimo de amostra, ou seja, 401 gestantes de risco atendidas nas unidades de referências encaminhadas pelas unidades básicas de saúde do município de Fortaleza.

Os dados foram coletados por meio de questionário padronizado, adaptado a partir de instrumento utilizado em pesquisa anterior, e teve colaboração de pesquisadores, técnicos de outras áreas com experiência em inquéritos. O questionário consistiu em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar das informantes respostas verbalmente sobre o tema que os informantes saibam opinar ou informar.

Para análise quantitativa desta pesquisa, os dados contidos nos formulários aplicados às gestantes de risco, foram agrupados em planilha do Excel para tabulação e processamento e, compilados no programa SPSS versão 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) por unidade de referência para gestação de risco, portanto, incluindo as cinco unidades participantes da 1ª etapa do estudo.

A análise estatística foi realizada por meio de tabelas de frequência simples (análise descritiva); inferencial (análise bivariada). Para o momento da restituição foram escolhidos alguns desses resultados.

A coleta de dados primários no município de Fortaleza foi realizada pelos integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE da Universidade Estadual do Ceará, do qual a pesquisadora deste estudo faz parte. Na ocasião atuamos como pesquisadores de campo na realização das entrevistas no período de março a maio de 2016.

Alguns resultados obtidos na 1ª etapa da pesquisa foram utilizados por ocasião da intervenção que consistiu na 3ª fase deste estudo. Momento que foi realizado a restituição, um dos dispositivos utilizados na Análise Institucional, assim, por meio dela foram disparados a discussão entre as duas Redes de Atenção Básica e Especializada.

Na segunda etapa realizamos a abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade que, para Spencer (1993), pode proporcionar uma oportunidade para as pessoas revelarem seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos); o modo como falam sobre suas vidas é importante; a linguagem usada e as conexões realizadas revelam o mundo como é percebido por elas. Assim, essa abordagem foi fundamental para melhor compreensão do fenômeno no olhar dos sujeitos implicados com o objeto de estudo.

Essa metodologia trabalha com valores, crenças, representações, hábitos e atitudes, que são aspectos importantes para o entendimento da complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos ou sujeitos. Nesse sentido, aprofunda a compreensão dos significados, da subjetividade, do simbolismo e da intencionalidade que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana. O pesquisador participa, compreende, interpreta (MINAYO & SANCHES, 1993).

A abordagem qualitativa foi utilizada por meio da análise de papel (entrevistas em profundidade), diário de pesquisa e na socioclínica, por ocasião da pesquisa-intervenção.

A entrevista em profundidade (DEMO, 2001, p.10) é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo pesquisador, obter respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte selecionada, que possui informações que se deseja conhecer.

As entrevistas realizadas foram integradas às discussões ocorridas por ocasião do terceiro momento, contribuindo na melhor compreensão do cuidado à gestante de risco, no percurso realizado da Atenção Básica à Atenção Especializada, fluxo e contrafluxo percorrido para acesso à atenção.

Para melhor compreensão do instrumento utilizado na entrevista, inicialmente realizamos três entrevistas com gestantes em uma unidade de referência para gestação de risco e três com profissionais de saúde da Atenção Básica (Enfermeiro, Médico e Agente Comunitário de Saúde) com objetivo de melhor compreensão do instrumento, e ajustes necessários. As entrevistas realizadas por essa ocasião não foram inseridas neste estudo.

As questões utilizadas para realização das entrevistas foram compostas, inicialmente, por nove questões norteadoras e, de acordo com as respostas dos entrevistados, foram acrescidas de outras questões esclarecedoras quando necessário no decorrer do diálogo.

As questões utilizadas como roteiro, consistiu em um guia para nortear a entrevista, e se desenvolveu informalmente.

Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa qualitativa a seleção de uma amostra é capaz de produzir informações aprofundadas, seja ela pequena ou grande, na perspectiva de colher aspectos da realidade que não podem ser quantificados ou generalizados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais de um grupo social, ou de uma organização ou instituição; de tal forma que o critério não é numérico, ainda que o pesquisador delimite as pessoas a serem estudadas na pesquisa (MINAYO, 2015).

Alguns critérios são importantes para seleção da amostra, dentre eles o fato de que o locus e pessoas ou grupos selecionados contenham as “expressões e experiências” que o objeto de estudo propõe (MINAYO, 2015, p. 197).

Durante as duas etapas do estudo utilizamos o diário de pesquisa. Diferentes tipos de diários e sua utilização no âmbito da produção do conhecimento é apresentada por Hess (2006), no sentido de permitir maior aprofundamento na análise de pesquisa e explicitar os contextos dessa produção.

Segundo o autor (2006, p. 90), a tradição do diário de pesquisa começou em 1808, com um livro de Marc-Antoine Jullien, numa época em que “a escola não era acessível para todos e o diário aparecia como um tipo de formação total do ser”. Porém, no contexto da pesquisa contemporânea, existe um grande número de estudos que utilizam técnicas que fazem uso do diário em trabalho de campo (HESS, 2006, p. 90).

Para o autor (2006, p. 91-92), “o diário é um excelente instrumento de análise da vida institucional”. Ele é uma escrita do presente, “uma escrita para si (individual ou coletivo)”. Nesse sentido, traz a possibilidade de o pesquisador escrever o vivido durante o processo, independentemente do tipo de diário escolhido.

A técnica do Diário de pesquisa “não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo de pesquisar” (LOURAU, 1993, p. 51). É uma maneira de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa”, aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir numa dada pesquisa, evitando interpretações “ilusórias”, “fantasiosas” da produção científica.

Neste sentido, o diário de pesquisa para Lourau “permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das normas, mas o ‘como foi feito’ da prática) (LOURAU, 1993, p. 77).

A opção por trabalhar com o diário de pesquisa se deu desde o início da segunda etapa do estudo, pois ao visitar as regionais e as unidades de saúde alguns registros foram sendo realizados, como potencialidades, situações limites vivenciadas, desde o agendamento das entrevistas em virtude do tempo dos trabalhadores de saúde no serviço, em virtude da parametrização da agenda, mudança de coordenadores, receio de alguns profissionais e/ou gestores de se colocar diante de algumas questões e outros.

Assim, registramos muitas inquietações, reflexões, diferenças entre as regionais em muitos processos, então, já naquele momento percebemos a presença de muitos analisadores. Por ocasião dos encontros, muitas observações e diálogos quanto ao movimento instituinte que ocorreu, como conflitos, conversa informal e outros fomos registrando.

O diário, portanto, é a ferramenta que nos permite seguir o movimento da obra, como o movimento do sujeito, assim, recorta uma fração da vida, portanto, se cola ao cotidiano. Dessa forma, o diário de pesquisa foi uma importante tecnologia de registro e memória utilizada no percurso do estudo, pois foi possível expressar os caminhos percorridos nas duas últimas etapas da pesquisa, principalmente diante na dinamicidade que ocorre nos serviços de saúde.

A possibilidade de releitura das notas do diário, algumas não tão bem elaboradas, apenas fragmentos como Lourau definiu, contribuiu na compreensão das discussões dos encontros com o grupo (3ª etapa), principalmente no momento da elaboração do fluxograma específico para a regional pesquisada.

Por ocasião dos encontros, foi revisitado várias vezes o diário, não somente para escrever, mas para compreender e refletir na produção que estava sendo construído, assim como as contradições entre a teoria e a prática surgida nos discursos por ocasião das entrevistas e dos encontros. Para Lourau (1993), o diário de pesquisa faz a restituição da pesquisa de campo.

Portanto, a incorporação dessa tecnologia, possibilitou apreender, de maneira ampliada, o contexto vivenciado pelas gestantes ao ser referenciada da Atenção Básica a Especializada no que refere ao acesso nas suas diferentes dimensões, assim como pelos trabalhadores de saúde no cuidado integral da gestante de risco.

4.2.2 Pesquisa-Intervenção

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

(Paulo Freire, 2000, p. 33)

Os caminhos percorridos nesta etapa foram fundamentais para o enfrentamento dos desafios para o alcance das mudanças necessárias à melhoria da atenção à mulher, na gestão de risco, em uma regional do município pesquisado.

A pesquisa-intervenção é considerada uma modalidade de trabalho socioclínico. Na reunião entre pesquisadores e outros participantes, uma interferência ocorre entre as instituições das quais são, respectivamente, portadores. Essa interferência produz efeitos de transformação e efeitos de conhecimento, portanto, os resultados no vocabulário da pesquisa são chamados de efeitos. Em uma abordagem clínica, os resultados também são observáveis nas transformações produzidas na própria situação” (MONCEAU, 2013, p. 101).

A utilização da pesquisa-intervenção na 3ª etapa foi realizada por meio da análise institucional, na vertente da socioclínica foi importante para o enfrentamento do fenômeno. Iniciamos essa etapa com a restituição da pesquisa multicêntrica (1ª etapa), a qual se integrou com os demais achados, seja por meio das entrevistas e/ou por meio dos encontros com diferentes sujeitos.

Miranda e colaboradores (2016) referem que para desenvolver uma metodologia participante, é necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos demais sujeitos envolvidos, uma vez que todos são considerados protagonistas no processo da pesquisa. Portanto, a pesquisa-intervenção, compreende que o sujeito se produz em meio às práticas sócio-históricas, implica em uma tendência das pesquisas participativas que intenta investigar a vida de coletividades na sua diversidade (AGUIAR & ROCHA, 2007; ROCHA, 2001).

Para a terceira etapa, inicialmente apresentamos a proposta à Coordenação/Articuladora Estadual, Municipal e Regional da Área Técnica da Saúde da Mulher, Coordenadoria da Saúde da Secretaria Regional VI, e a Direção Geral e Direção Técnica do Hospital de Referência para Atenção Especializada.

Após a apresentação, foram propostos a realização de quatro encontros quinzenais com a participação de profissionais de saúde de doze unidades básicas de saúde (médicos e enfermeiros) com maior número de gestantes de risco, conforme sistema de informação do município/regional do estudo.

A proposta foi discutir dois conteúdos básicos: um primeiro, direcionado para a reflexão sobre a natureza e especificidade do cuidado da Atenção Básica e Atenção Especializada na gestação de risco por meio da restituição da pesquisa multicêntrica e um segundo, voltado para os analisadores surgidos durante os encontros.

Essa etapa foi fundamental para encontrar caminhos de forma resolutiva e humanizada no que se refere ao enfrentamento das situações complexas vivenciadas pelas mulheres em gestação de risco, trabalhadores de saúde e gestores. Nesse contexto, é gestada uma abordagem que se preocupa em compreender os jogos de interesse e de poder presentes no espaço de pesquisa (PAULON, 2005).

Por isso, a opção pela pesquisa-intervenção se deu por perceber que ela oferece a oportunidade de atuar diretamente no campo da pesquisa, por meio de dispositivos que se constituem em acontecimentos diferenciadores, com grande potencial de análise coletiva e, assim, entender as diferentes concepções acerca da função das instituições AB e AE, seja pela forma de falar ou silenciar-se.

Desse modo, ao utilizar a pesquisa-intervenção muitos caminhos prazerosos e polêmicos surgiram, entretanto, esses últimos foram sendo superados a partir da compreensão do seu real objetivo, assim apresentando potência para o seu desenvolvimento.

Então, a pesquisa-intervenção busca questionar o sentido da ação dos sujeitos e os atravessamentos aí interpostos. A partir disso, adota-se outro modo de se compreender a subjetividade, lançando um olhar voltado aos processos de subjetivação dinâmicos em um agenciamento de forças instituintes e instituídas, sendo a subjetividade expressão corpórea de regimes de verdade de um tempo (PAULON, 2005).

Dessa forma, desenvolver este estudo por meio de uma pesquisa-intervenção foi de grande importância no que se refere à articulação entre teoria da pesquisa e prática associada à ação, na preocupação dialética com os efeitos que o objeto de pesquisa e sujeito pesquisador produzem um no outro.

Para Lourau (2014, p. 148), o momento da pesquisa é momento de intervenção, já que sempre se está implicado. “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias etc.”

Sendo assim, a pesquisa-intervenção contribuiu por meio da problematização, dramatização, teatro fórum e outras técnicas utilizadas para questionar os sentidos cristalizados nas instituições Atenção Básica e Atenção Especializada presentes no cotidiano

na atenção prestada à gestante de risco. Apresentamos, no quadro a seguir, síntese do plano de análise para melhor visualização das etapas trabalhadas no estudo.

Quadro 2 - Síntese do Plano de Análise

MÉTODO	MOMENTOS		PARTICIPANTES / LOCAL	ABORDAGEM
Quantitativo	1º	Levantamento das UBS, das unidades de referência e do número de atendimentos	Pesquisadora	Atenção Básica e Atenção Especializada Mulheres com gestação de risco
	2º	Seleção da amostra	Coordenação Pesquisa-Campinas e Fortaleza	Acesso, Atenção Básica, Atenção Especializada, Gestação de risco
	3º	Aplicação de questionário as gestantes nas Unidades de referência	Integrantes do Grupo de Pesquisa- GRPSFE e a Pesquisadora deste estudo	Gestação de risco, Acesso, cuidado e vínculo
	4º	Tabulação, processamento e análise estatística	Pesquisadora/ Pesquisadores integrante na pesquisa	
Qualitativo	1º	Entrevista em Profundidade	Mulheres com gravidez de risco, gestor, trabalhador de saúde	Violência institucional, Acesso, Atenção Básica e Atenção Especializada
		Diário de Pesquisa	Pesquisadora	
	2º	Intervenção	Trabalhadores de Saúde, Gestores da SMS, AB, AE, Regulação, NAC, Unidades de Saúde da SR VI e do Hospital de Referência	Integração das Redes de Atenção, Acesso, Violência Institucional, Fluxos, Situações-limites.

Fonte: elaborado pela autora

4.3 O CENÁRIO DO ESTUDO

Fortaleza, capital do Ceará é a quinta mais populosa cidade do País, com uma população estimada em 2.627.482 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) para 2017 e tem uma densidade populacional de 8.373 habitantes por km², sendo considerada a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras. Para 2017, a estimativa populacional teve um aumento de 6,67% em relação ao ano de 2010 (FORTALEZA, 2017a).

A região metropolitana de Fortaleza está na 17ª colocação do *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com 20 das metrópoles do país com índice de 0,732. Este índice situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,814, seguida de Renda, com índice de 0,716, e de Educação, com índice de 0,672 (BRASIL, 2017).

Portanto, além do crescimento populacional, Fortaleza expressa um cenário complexo de desigualdades socioeconômicas. Em novembro de 2013, havia em torno de 350.309 famílias no Cadastro Único, sendo 1.122.557 pessoas sobrevivendo em situação de pobreza com até R\$ 140,00 *per capita* por mês. A situação revela, em números, quantas pessoas dependem diretamente dos serviços de saúde pública (FORTALEZA, 2014).

O estudo do IPECE, que utilizou dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), mapeou 119 bairros em cinco grupos, com intervalos de R\$ 499,99. O Meireles, bairro que concentra uma população de classe A, tem uma renda média 15,3 vezes (R\$3.659,54) maior que a do Conjunto Palmeiras (R\$239,25), que ocupa o último lugar (119ª colocação).

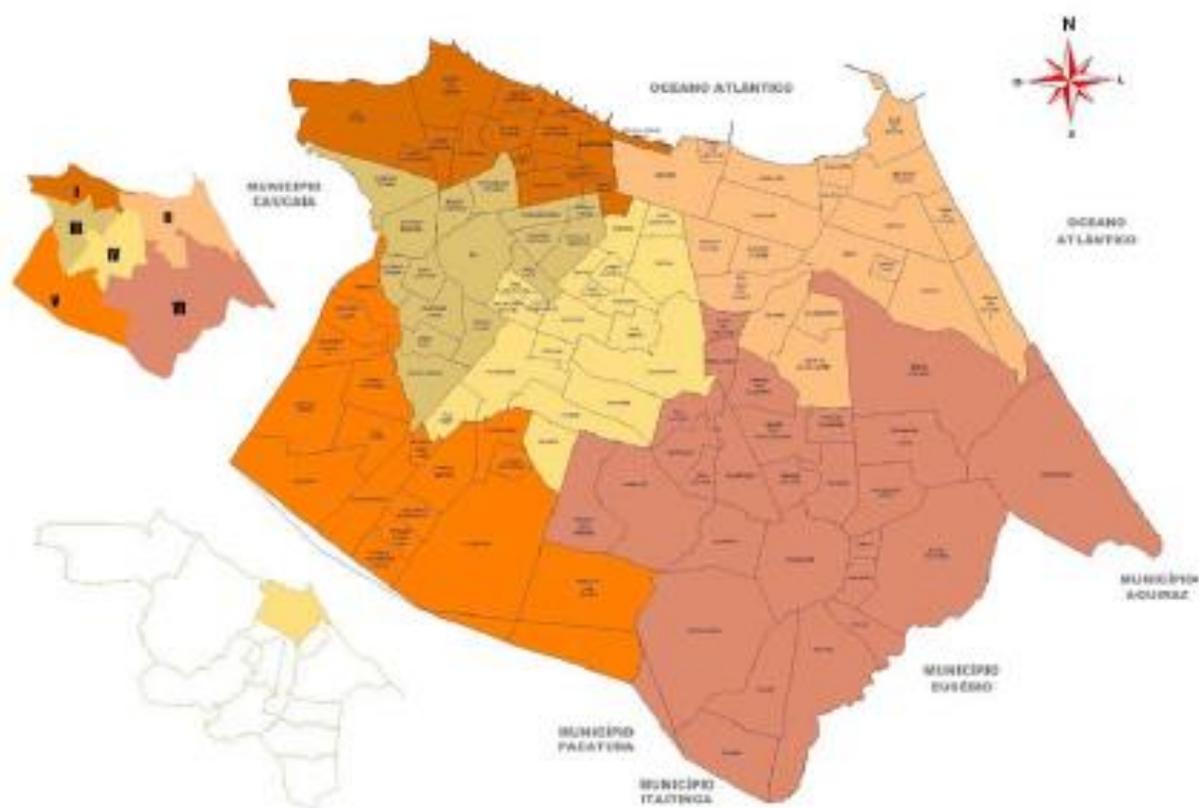
Ressalta-se que uma das unidades participantes deste estudo se localiza-se nesse território. Os 119 bairros estão divididos da seguinte forma: SR I (15 bairros), SR II (21 bairros), SR III (16 bairros), SR IV (20 bairros), SR V (18 bairros), SR VI (29 bairros) (FORTALEZA, 2017a).

Os bairros de Fortaleza não constituem áreas economicamente homogêneas e pode-se dizer que o município se assemelha a um “mosaico” de contrastes urbanos e desigualdades sociais; onde mesmo em alguns bairros de melhor IDH da cidade, encontra-se presente bolsões de miséria (FORTALEZA, 2017a).

O PIB *per capita* do fortalezense em 2010 atingiu a marca de R\$11.461,00, valor superior a 61,1% do PIB *per capita* do Estado (R\$7.112,00) e 68,2% abaixo da renda *per capita* nacional (R\$19.285,00). Apesar dos avanços ocorridos no País relacionados ao controle de inflação, redução nos índices de desemprego e aumento nominal de 337,5% do salário mínimo entre os anos 2000 e 2010, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) mensurou em 2010, que um salário mínimo capaz de atender às necessidades básicas do trabalhador e da sua família relacionadas à moradia, à alimentação, à educação, à saúde, ao lazer, ao vestuário, à higiene e ao transporte deveria ser de R\$ 2.227,53, ou seja 3,36 vezes maior.

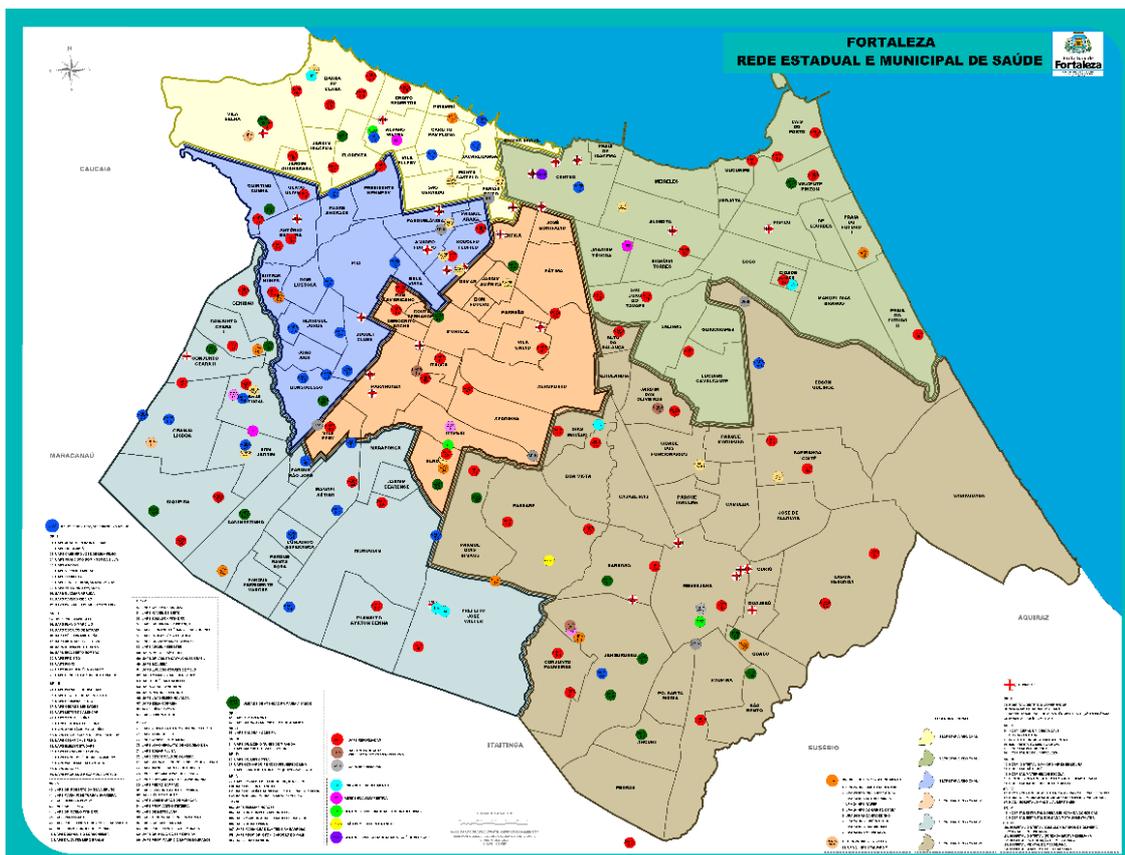
Um dado que agrava a situação de desigualdade extrema em Fortaleza é que a capital cearense é também a cidade mais densamente povoada do País. Fortaleza chegou a essa condição essencialmente por conta do processo migratório do homem do campo para a Capital, iniciado nos anos 1960. Como o Ceará não desenvolveu cidades de grande porte que dividissem a população migratória, o emaranhado de gente concentrou-se em Fortaleza. Ao passo que a cidade recebia novos habitantes, as administrações não deram conta de adequar os serviços ao crescimento desordenado da metrópole e da aglomeração (FORTALEZA, 2014).

Figura 4 - Mapa de Fortaleza e as Secretarias Regionais



Fonte: Fortaleza (2018)

Figura 5 - Equipamentos de Saúde da Rede Pública no município de Fortaleza



Fonte: Fortaleza (2017)

A Regional VI possui a maior área entre as seis regionais mais o Centro. Tem uma população estimada em 510.381 mil habitantes (2009), e uma área de 13.492,50 ha. Portanto, é o bairro de maior área de Fortaleza, atende vinte e nove bairros, ocupa uma área que corresponde a 42% do território de Fortaleza e reúne 20,37% da população de Fortaleza (UECE, 2011).

A população é a mais jovem, 50% dos habitantes têm, no máximo, 22 anos, entretanto, tem o maior índice de analfabetismo. Ocupa a terceira colocação em relação à renda familiar média mensal, com 4,67 salários mínimos, abaixo das Regionais II e IV. A principal atividade econômica é a de serviços e a Regional concentra 10,2% dos empregos formais de Fortaleza.

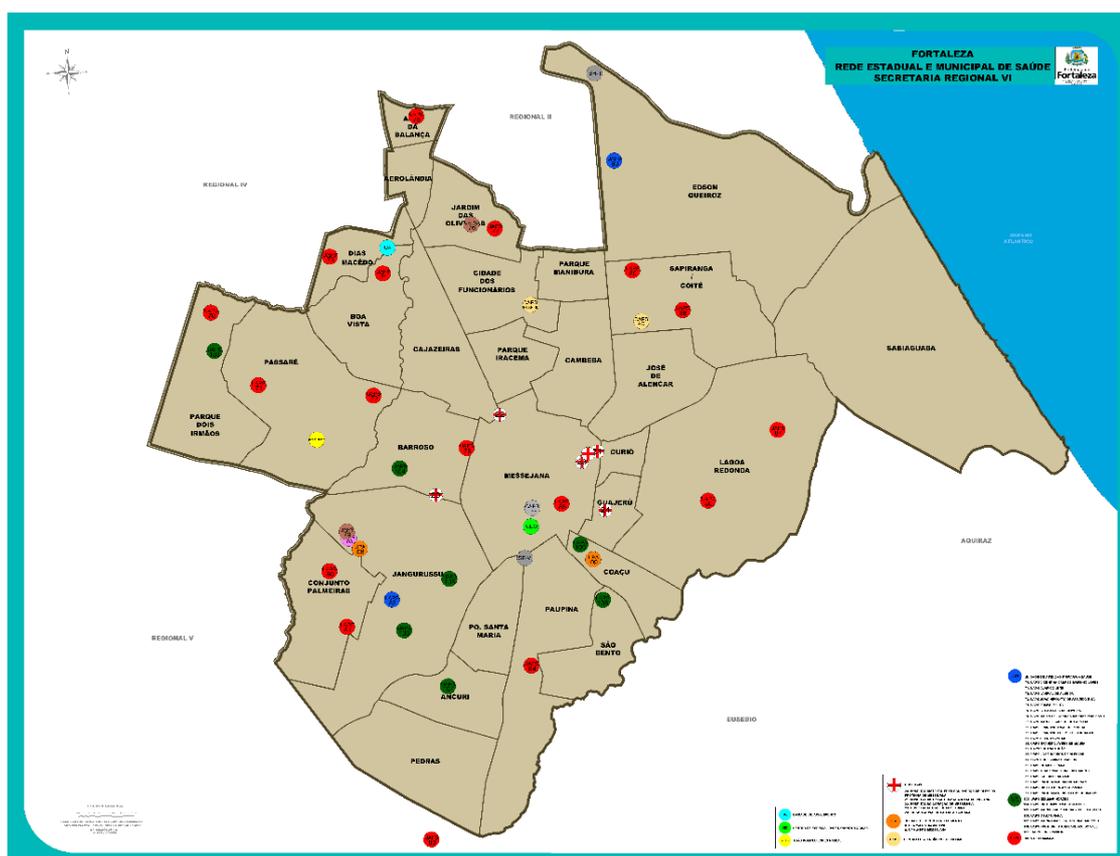
Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM-B), doze bairros possuem índice médio (entre 0,500 e 0,799) e quinze têm índice considerado baixo (entre 0 e 0,499). O Parque Iracema (0,696) possui o maior IDHM-B, enquanto o Curió registra o menor índice (0,338) (UECE, 2011).

A Regional reúne ainda grandes corredores comerciais, como a avenida Washington Soares e a Oliveira Paiva, além de possuir bairros que contam com grandes feiras e centros comerciais, como o de Messejana. Das 92 áreas de risco em Fortaleza, cerca de 39 se localizam nas Regionais V e VI que, juntas, totalizam 47 bairros da Capital (UECE, 2011).

No que se refere à mortalidade proporcional por acidentes e violências, segundo Regional de residência, apresenta valores situados entre 5 e 28% dos óbitos totais, no período de 2010 a 2016. A Regional 6 apresenta as maiores proporções, seguindo-se as Regionais 5, 1 e 3, respectivamente (FORTALEZA, 2017a).

Na saúde a regional é atendida por 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro CAPS (Geral, AD e Infantil, serviço de acolhimento) e os seguintes hospitais: Municipal: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana; Hospital Frotinha de Messejana; Estadual: Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital do Coração de Messejana), Hospital Saúde Mental, e Federal: Hospital Sarah Kubitschek, conforme figura nº 6 abaixo:

Figura 6 - Equipamentos de Saúde na Secretaria Regional VI



Fonte: Fortaleza (2017)

Participaram da 3ª etapa do estudo, 13 (treze) unidades básicas de saúde conforme quadro abaixo. A unidade foi escolhida de forma aleatória pela equipe da regional de saúde, com prioridade as com maior número de equipes em virtude da população atendida pela Estratégia Saúde da Família.

Quadro 3 - Relação das Unidades Básicas de Saúde da Regional VI (3ª Fase).

UNIDADES SR VI	Nº EQUIPES	COMPLETAS	Nº ACS
Melo Jaborandi	06	06	19
Marcus Aurélio	04	03	14
Terezinha Parente	08	07	36
Pedro Sampaio	05	03	23
César Cals	06	06	32
Anísio Teixeira	04	04	20
Maria de Lourdes	07	06	31
Messejana	06	03	33
Galba de Araújo	04	04	16
Mattos Dourado	06	06	10
Maria Grasiela	03	03	7
Pompeu Vasconcelos	04	03	11
João Hipólito	05	03	9

Fonte: BRASIL/CNES, 2018

A regional do estudo possui no seu território, um hospital de referência para a gestação de risco na atenção secundária, é vinculado à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, atende às demandas da saúde da mulher, da criança e do adolescente, principalmente da regional de saúde desse estudo.

Consiste ainda, como unidade de referência para o parto, conforme mapa de vinculação (Anexo I). Para Atenção Terciária a unidade de referência é localizada em outra Secretaria Regional e pertence à Rede Estadual. A seguir, os principais serviços ofertados pelo hospital, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI) e Tripartite (Federal, Estadual e Municipal).

- Internação nas especialidades de Pediatria, Neonatologia;
- Ginecologia/Obstetrícia (parto normal e cirúrgico);
- Estrutura para atenção a Urgências na área materno-infantil (24 horas), Unidade de observação, Tecnologia diagnóstica e terapêutica clínica e funcional;
- Assistência ambulatorial especializada: Puericultura, Obstetrícia/Ginecologia, SAE-DST/HIV/AIDS, Serviço Interdisciplinar em Ginecologia e Obstetrícia para Adolescente (SIGO - Adolescente), Mastologia, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Psicologia, Fisioterapia Obstétrica e nas Disfunções do Assoalho Pélvico, Estimulação Precoce (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional);
- Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual e Doméstica;
- Cirurgia ambulatorial eletiva em Mastologia e Ginecologia;
- Recursos diagnósticos: Radiologia completa (Raios-X com capacidade de 500m A), Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Mamografia, Colposcopia. Serviços: Hemoterapia (Agência Transfusional); Laboratório (procedimentos de patologia clínica).

O hospital tem cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES 89 leitos e no Sistema de Regulação do Município (SISREG) 96 leitos. No entanto, a instituição dispõe de 129 leitos, dispostos para seguintes áreas: Pediatria (Emergência Pediátrica); Unidade de Terapia de Urgência (UTU); Centro Cirúrgico, Clínica Pediátrica, Clínica Ginecológica, Sala de Parto, observação, recém-nascido (RN), reanimação, cuidados neonatais, ACI (13 para partos cirúrgicos e 38 para pós-parto normal), AC III, UCIN Ca, UCIN Co, UTIN.

Durante os anos 2015, 2016, 2016 a instituição realizou 3.981, 3.824, 3.638 atendimentos a gestantes, respectivamente. No ano de 2017, realizou 4.334 partos (FORTALEZA, 2017b).

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos participantes da pesquisa foram mulheres com gestação de risco encaminhadas da Atenção Básica para Atenção Especializada (Redes Estadual e Municipal), trabalhadores e gestores das Redes de Atenção Básica e Especializada, Articuladores da Área Técnica da Saúde da Mulher das Regionais de Saúde e Coordenadores da Área Técnica da Saúde da Mulher das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Para a 2ª fase da pesquisa foram entrevistados 46 sujeitos, distribuídos conforme Quadro nº 2, e para a 3ª fase (intervenção) participaram 33 sujeitos (Quadro nº 3), totalizando 79 sujeitos nas duas últimas etapas.

Em relação à gestante, a escolha foi de forma aleatória, ou seja, as que estavam aguardando atendimento no Hospital de referência em nível secundário e terciário e, como critério de inclusão na pesquisa ser encaminhada pela Unidade Básica de Saúde, ter realizado pelo menos uma consulta na Atenção Especializada e concordar em participar do ensaio.

Quanto aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica já terem atendidos ou acompanhados gestantes de risco no último ano, prioritariamente ser integrante de equipes diferentes da ESF, desenvolver atividades no mínimo há um ano na unidade pesquisada, ter vínculo empregatício com o município, seja por meio de concurso público, seleção ou Programa Mais Médico para o Brasil.

Quanto aos gestores, o critério foi ser gestor da unidade participante do estudo e aceitar sua participação. Todos os sujeitos assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE após concordarem em participar da pesquisa.

Todas as entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde e gestores foram agendadas o dia, local e horário, entretanto com as gestantes ocorreram no momento da consulta nas unidades de referência participante do estudo.

No intuito de preservarmos a confidencialidade dos sujeitos que compuseram esta pesquisa, os discursos foram identificados por letra. Para as gestantes a letra U (usuária), a letra G (gestores) e T (trabalhador) seguida do número correspondente àquele sujeito, independente do lugar de onde falavam, seja por ocasião das entrevistas ou da participação no grupo.

Por ocasião da restituição e/ou na utilização de algumas técnicas utilizamos fragmentos de fala como disparador das discussões, foi retirado qualquer informação que possibilitasse a identificação dos sujeitos. Compreendemos tais encaminhamentos fundamentais para o andamento das análises que se fizeram presentes transversalmente durante toda a pesquisa-intervenção.

Nos dois momentos, seja por ocasião das entrevistas e/ou dos encontros com o grupo, procuramos pactuar e garantir a sua não interrupção. Por ocasião das entrevistas, tanto na Atenção Básica, como na Especializada, no momento do agendamento, solicitamos um local reservado, onde na maioria dos casos foi no consultório que não estava sendo utilizado, inclusive por ocasião da entrevista com as gestantes. No que se refere aos encontros com o

grupo, todos ocorreram em um local reservado, seja uma sala ou auditório do hospital do estudo após pactuação no primeiro encontro.

Durante todos os encontros tivemos a presença de dois membros do Grupo de Pesquisa coordenado pela orientadora desta tese, onde contribuíram nas observações, registros, e acompanhamento da gravação. Por ocasião do primeiro encontro, os apresentamos, informamos seu papel no grupo e solicitamos autorização para participação

Quadro 4 - Relação dos sujeitos participantes do estudo (2ª fase)

UNIDADES DE SAÚDE	TRABALHADORES DE SAÚDE	USUÁRIAS	GESTORES
Atenção Básica/ SR	18	--	06
Atenção Especializada	03	08	03
Articuladores Saúde da Mulher	-----	-----	08 (estadual, municipal e regional)
TOTAL	21	08	17

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 5 - Relação das Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo por Secretaria Regional

SR	UNIDADE DE SAÚDE	EQUIPES	Nº ACS
I	UAPS Carlos Ribeiro	07	30
II	UAPS Irmã Hercília	08	30
III	UAPS Elieser Studart	05	37
IV	UAPS Dom Aloisio Lorscheider	05	27
V	UAPS Fernandes Diógenes	06	36
VI	UAPS Terezinha Parente	08	38

Fonte: Fortaleza/ AB (2017c)

Quadro 6 - Sujeitos/ Participantes da Pesquisa-Intervenção por Rede de Atenção (3ª Fase)

REDE DE ATENÇÃO	TRABALHADORES DE SAÚDE			GESTORES		
	Médico	Enfermeiro	Outros	Médico	Enfermeiro	Outros
Atenção Básica	06	08	03		05	01
Atenção Especializada	01	02 (sendo 1 da Atenção terciária)	----	02	01	-----
Nível Central/ Regional	-----	----	01	-----	01	03
TOTAL	07	10	04	02	06	04

Fonte: elaborado pela autora

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme Parecer nº 1.986.926 de 27/03/2017 e do Hospital Geral de Fortaleza nº 2.000.429/2017 tendo em vista atender às recomendações da Resolução 510/2016, referente às pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2016b). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando sua opção em participar da pesquisa.

Após a defesa da tese e aprovação da banca examinadora será realizada a restituição dos resultados do estudo para o município, em especial para os gestores e trabalhadores de saúde da Secretaria Regional VI das Redes de Atenção Básica e Especializada por ocasião do seminário (Apêndice G).

5 ANÁLISE E INTERVENÇÃO

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela poderá contar uma história.”

(Hannah Arandt)

5.1 RESTITUIÇÃO DA PESQUISA MULTICÊNTRICA DA GESTAÇÃO DE RISCO E A IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA X GESTORES E TRABALHADORES DE SAÚDE

“Se não buscarmos o impossível, acabamos por não realizar o possível.”

(Leonardo Boff)

Para iniciar o encontro com os sujeitos participantes dessa fase da pesquisa, realizamos a restituição do estudo multicêntrico realizado em Fortaleza no ano de 2016, conforme referido anteriormente.

A restituição consiste em um elemento metodológico a ser considerado em todo o trabalho socioclínico. Ela permite “testar” interpretações, mas também e, sobretudo, de se assegurar que o pacto de trabalho permaneça ativo entre todos os participantes (MONCEAU, 2015). Contribui ainda para análise coletiva dos sujeitos e (des)vela analisadores presente nas instituições que podem ajudar a compreender os resultados revelados, assim como realizar autoanálise e autogestão.

O estudo foi realizado com 401 gestantes de risco atendidas em cinco unidades de referência do município de Fortaleza. Entretanto, para esse momento, as discussões tiveram maior ênfase na Atenção Básica e nas unidades de referências para a Regional participante dessa etapa da pesquisa no nível secundário e terciário, principalmente em relação ao acesso, vínculo e cuidado.

Essa etapa da pesquisa configurou-se para nós, enquanto pesquisadora e trabalhadora de saúde da Rede Municipal e Estadual, num grande desafio, já que todo o processo da AI se configura no ato, não se tem conhecimento do que vai acontecer, que analisadores poderão surgir no momento dos encontros.

Dessa forma desenvolver um trabalho integrando as duas Redes de Atenção, apesar de ser muito importante e necessário, é desafiador. Sendo assim, discutir essa temática

tão complexa, diferentes demandas surgiram em virtude da realidade vivenciada por cada Rede de Atenção, principalmente dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica.

A restituição da pesquisa multicêntrica foi realizada de forma dialogada, onde percebemos nessa ocasião, olhar atencioso, em alguns momentos inquietações, questionamentos e observações a partir dos dados revelados. Essa forma de restituição privilegia o questionamento sobre os resultados definitivos e permite a essa socioclínica institucional atingir certa “profundidade de campo na socioanálise” (LOURAU, 1996).

O processo de análise foi ocorrendo com discussão a partir da realidade dos participantes, em especial no que estava relacionado às diferentes situações vivenciadas pelas gestantes e trabalhadores de saúde, por ocasião de uma gravidez de risco, ou seja, do percurso da gestante da AB a AE. Assim, durante todo o processo, fomos sentindo a presença de diferentes analisadores, alguns complexos para discussão e para os encontros propostos, principalmente em virtude do tempo e dos objetivos da pesquisa.

Muitas questões estavam relacionadas à regulação, ao processo de trabalho, ao modelo de gestão, as relações de poder existentes entre a gestão e o trabalhador de saúde, à violência institucional contra o trabalhador e usuário entre outros. A inclusão de alguns desses analisadores foi incorporada ao longo dos encontros, pois automaticamente eram sinalizados por ocasião das discussões, alguns transversalizavam em todos os encontros, assim, quanto mais o coletivo realizava a análise dos resultados, mas se percebia revelações e implicações com o tema discutido.

Nesse sentido, os dispositivos restituição, demanda, oferta, analisador e implicação proposto por Lourau (1996), foram emergindo e o coletivo foi seguindo como grupo-sujeito e grupo-sujeitado, principalmente diante de alguns conflitos que surgiram no primeiro encontro, que foram sendo superados no correr do processo. Desse modo, ao realizar a análise com o coletivo, muitas demandas foram surgindo e analisadas.

Assim, as demandas surgidas para análise possibilitaram em alguns momentos, a autoanálise e autogestão do grupo, ampliando os coeficientes de transversalidade dos sujeitos. Dessa forma, fomos discutindo e refletindo os achados da pesquisa e, dialogando com a realidade dos territórios dos sujeitos participantes.

Diante de tantos analisadores revelados, foi acordado para análise os que estavam relacionados ao percurso da gestante da AB para AE na regional VI, no que se refere ao caminhar da gestante entre as Redes de Atenção, de forma que todos se corresponsabilizassem com o processo. O primeiro encontro foi efervescente, pois os analisadores surgidos

desestabilizaram, mexeu com o instituído, revelou a relação de poder existente entre as Redes de Atenção e entre os sujeitos, em especial gestores e trabalhadores de saúde.

A análise institucional traz essa possibilidade, instiga o protagonismo do sujeito por meio de movimento instituinte, com possibilidades de movimentos emancipatórios, de modo que os sujeitos saiam da condição de sujeitado para sujeito, com autonomia, tornando assim grupo-sujeito. Portanto, essa restituição mobilizou o grupo a refletir os achados a partir do contexto vivenciado não somente pelas gestantes de risco, mas também pelos trabalhadores de saúde da atenção especializada e da atenção básica.

A seguir apresentaremos alguns achados da pesquisa no município de Fortaleza (PESQUISA ACESSUS, 2016), os quais contribuíram para os momentos seguintes. Esse processo ocorreu de forma dialogada, com discussões e análise a partir de estudos e da realidade vivenciada por diferentes sujeitos, seja gestor e/ou trabalhador de saúde.

O estudo revelou que das 401 gestantes entrevistadas, 12,7% eram menores de 18 anos, 47,9% tinham entre 18 e 29 anos, 32,4% entre 30 a 39 anos, 6,7% entre 40 a 49 anos e 0,2 % não informaram a idade. O maior número de adolescentes, ou seja, na idade menor de 18 anos, estavam em acompanhamento no Hospital E (68,6%), em seguida no Hospital C (25,5%), Hospital B (3,9%), Hospital A (2%) e nenhuma no Hospital D.

Percebe-se que existe uma concentração maior de atendimento na faixa etária menor de 18 anos nos Hospitais C e E, justificando pela existência de serviço específico para gravidez na adolescência por ocasião do estudo. No final da pesquisa foi extinto esse programa em um dos hospitais, portanto, atualmente apenas um hospital desenvolve ações diferenciadas para esse grupo.

Com relação as idades de 18 a 29 anos, 41,1% estavam em acompanhamento no Hospital E, 19,8% no Hospital C, e um número menor de todos os serviços no Hospital A (7, 8%). Nas idades de 30 a 39 anos, a maioria delas foram acompanhadas no Hospital A (47,5%), em seguida no Hospital B (41,2%).

Em relação às gestantes nas idades entre 40 a 49 anos, a maioria delas foi atendida no Hospital C (44,4%). Quanto ao atendimento nos Hospitais A, B, D e E revelou 18,5%, 7,4%, 11,1, 18,5% respectivamente.

Em relação a cor, a maioria se autodeclarou de cor parda em todas as unidades de referência, ou seja, Hospital A (85%), Hospital B (60,3%), Hospital C (61,1%), Hospital D (50%), Hospital E (60,1%). De todas elas, 17,96% se autodeclararam na cor branca e na condição de indígena somente 1,1% no Hospital C.

Revisitando os manuais do Ministério da Saúde, as mulheres de até 19 anos e com

idade igual ou maior de 40 anos são aquelas que deveriam receber atenção diferenciada, pois essas duas faixas de idade, sobretudo quando associadas a fatores de risco, podem oferecer risco à gestante e aos fetos. No município de Fortaleza, do total das gestantes entrevistadas, 17,21% estavam na faixa de até 19 anos e 7,48 entre 40 e mais anos (Pesquisa ACESSUS, 2016).

A prevalência de gestação na adolescência é de 20%. No ano de 2011, de 2.913.160 nascidos vivos, 560.889 (19,2%) foram de mães adolescentes, sendo que 27.786 tinham idade inferior a 15 anos (BRASIL, 2011a). A prevenção da gravidez na adolescência é um indicador importante a ser trabalhado pelas equipes na ESF e desenvolverem ações integradas com diferentes setores, entre eles a escola.

Estudo realizado por Santos e colaboradores no ano de 2009 no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), revelou que entre as adolescentes foi verificado, maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, além de uso de abortivo no início da gestação e, entre mulheres com idade avançada, constatou-se forte associação da gravidez com diabetes mellitus, pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas e maior frequência de parto cesáreo.

Dessa maneira, as gestantes menores de 15 anos e mulheres com idade acima de 35 anos constam na literatura como risco aumentado, entretanto, existem diferentes situações em especial as que estão acima de 35 anos, que podem permanecer somente na atenção básica, o mesmo ocorre com as gestantes adolescentes. Nesse grupo tem aumentado a presença de história de drogas ilícitas entre as gestantes, diferentes situações de riscos e vulnerabilidades conforme este discurso: “[...] aqui temos muitas gestantes com problemas sérios, desde tuberculose, hanseníase, usuária de drogas, de forma pesada, com histórias de homicídios, tráfico e outros (T4)”.

Em relação a esse problema, corrobora com o estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), que revelou que 9,8% das mulheres não grávidas e 4% das gestantes reportam o uso de drogas ilícitas, porém, entre as grávidas de 15–17 anos, a prevalência é de 15,5% (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2008).

Nesse sentido, configura um grande desafio para os serviços de saúde, em especial a AB, o seguimento obstétrico das gestantes envolvidas com substâncias ilegais, pois inúmeros fatores podem prejudicar a adesão da paciente às recomendações da equipe durante o pré-natal. Entretanto, a própria gestação é um fator positivo determinante e pode motivar a interrupção temporária ou definitiva do uso das drogas ilícitas (COUTINHO et al, 2014).

Assim, necessita de uma atenção diferenciada do que está preconizado para o acompanhamento da gestante, uma vez que necessita de articulação intersetorial e maior monitoramento da mulher e, em seguida do recém-nascido, pois a possibilidade de problemas será grande, inclusive em relação à violência intrafamiliar contra a criança.

Por isso, é necessária uma escuta qualificada durante a atenção à gestação, em especial à adolescente, maior sensibilidade dos trabalhadores de saúde das duas Redes de Atenção, de especialistas e gestores, pois são muitas questões subjetivas que envolvem a atenção a esse grupo, desde a gravidez não desejada, a presença da violência muitas vezes associada às drogas e outros. Então, é fundamental que não seja “engessado” esse processo de estratificação de risco, pois, apesar de sua importância, não deve ser negado as situações encontradas no momento da avaliação realizada pelo trabalhador de saúde, para uma melhor condução do caso entre as Redes de Atenção.

Diante dessas situações, torna-se necessário uma atenção diferenciada pela equipe para que ocorra uma intervenção adequada, não necessariamente um encaminhamento para a atenção especializada, mas, se for o caso, que seja garantida essa referência, mesmo que seja para uma avaliação com especialista e após retorno à equipe.

Foi discutido com o grupo, um caso nessa situação, pois ao deparar com esse cenário, normalmente não se sabe como conduzir se for levado em consideração somente o que está no protocolo, na estratificação de risco, o que não atende à real necessidade da gestante, portanto, é necessário que sejam consideradas algumas questões detectadas pelos trabalhadores de saúde com objetivo de evitar o engessamento dos processos.

Nesse sentido, é fundamental que seja levado em consideração a singularidade do caso, daí a importância de uma segunda opinião, trabalho em equipe, ferramentas como projeto terapêutico singular, matriciamento e outros. O matriciamento, por exemplo, é uma importante inovação que aproxima o especialista dos trabalhadores de saúde da atenção básica/ESF, contribuindo inclusive como processo de educação permanente.

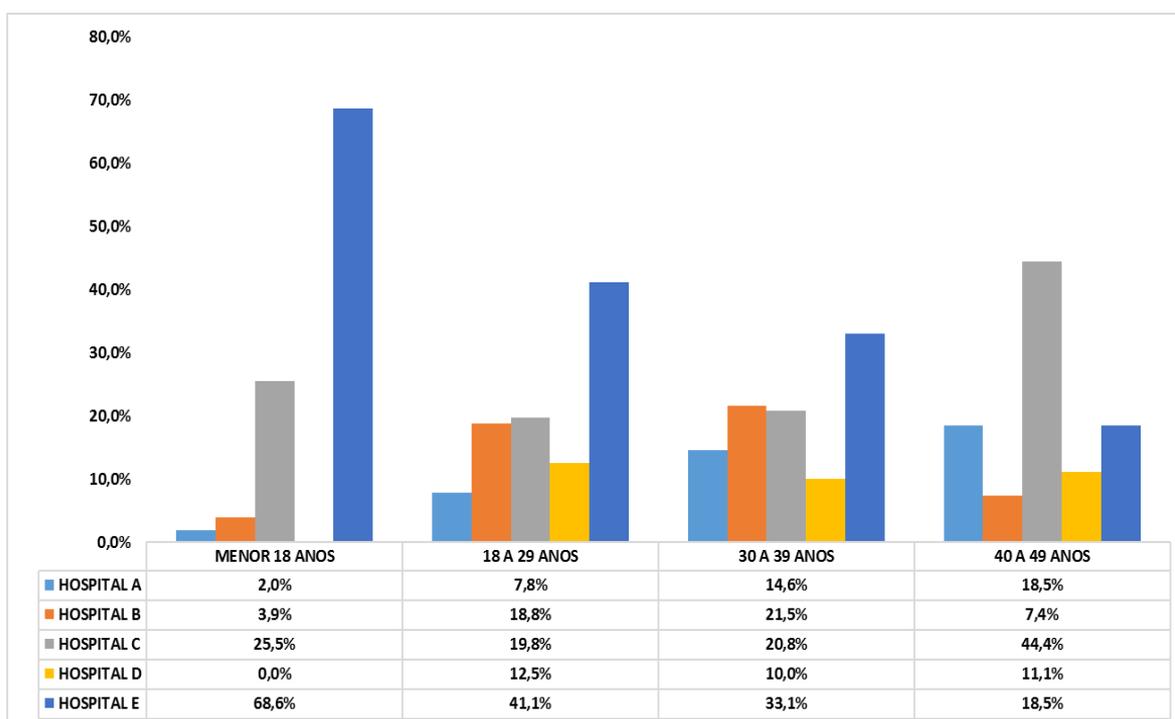
O projeto terapêutico (PT), para Franco (2006), onde as práticas em saúde são permeadas pela singularidade, entendida como um modo específico de ser e atuar no mundo, o qual revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares da saúde. Portanto, o PT se vincula, inicialmente, a uma perspectiva idealizada no plano da eficácia do processo de produção do cuidado, mas na execução do projeto terapêutico, e por diferentes fatores, a exemplo da dificuldade de acesso a certos

procedimentos, assim, o projeto terapêutico vai assumindo outras conformações diferentes das quais foi idealizado (VASCONCELOS et al, 2016).

O acompanhamento da gestante de risco é fundamental que ocorra também pela AB, principalmente das adolescentes, pois muitas delas apresentam mais dificuldades quanto ao comparecimento às consultas regularmente e demoram a procurar a unidade de saúde para iniciar o pré-natal, principalmente as que mais necessitam, ou seja, as que vivem em maior situação de risco e vulnerabilidade.

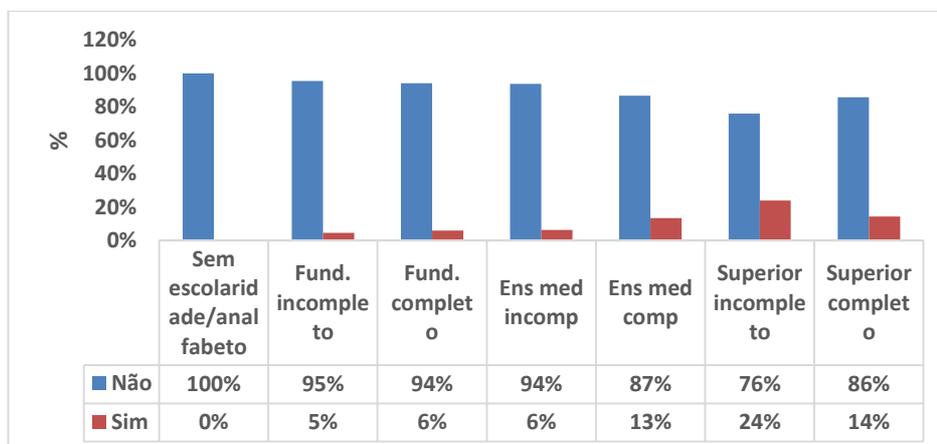
Conforme o gráfico a seguir, o maior número das gestantes de risco entrevistadas menores de 19 anos, estavam sendo acompanhadas no Hospital E. Ressalta-se que essa unidade de referência além de possuir um serviço de pré-natal para adolescente, é quem mais oferta consultas para o pré-natal de risco para o município de Fortaleza.

Gráfico 1 - Idade da Gestante de Risco segundo Hospital de Referência. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Em relação à escolaridade das gestantes atendidas, observou-se que 5% delas tinham ensino fundamental incompleto, 6% ensino fundamental completo, 6% ensino médio incompleto, 13% ensino médio incompleto, 24% ensino superior incompleto e 14% ensino superior completo, conforme gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 - Escolaridade das Gestantes de Risco atendidas nas unidades de referência. Fortaleza, 2016.

Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

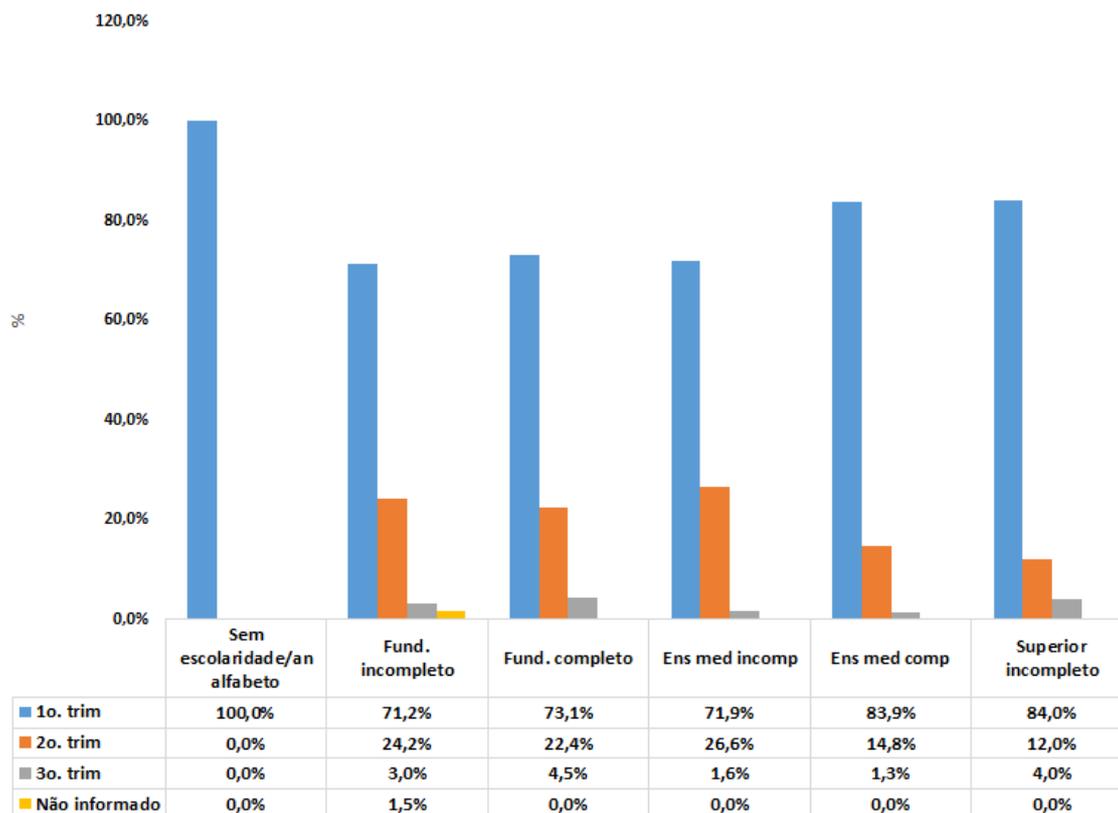
Ao relacionar a escolaridade por unidade de referência, observou-se que 50% delas declararam ter 12 ou mais anos de estudo, sendo 37,2% acompanhadas no Hospital E; 24,4% no Hospital C; 20,5%, no Hospital B; 10,7% no Hospital D e 7,3% no Hospital A. Das gestantes acompanhadas no Hospital E, 50% delas possuíam menos de 3 anos de estudo, e as demais estavam em acompanhamento no Hospital B e C, ou seja, 25% em cada. Não foi encontrada nenhuma gestante nessa situação no Hospital A e nem no Hospital D.

A baixa escolaridade pode representar um fator de risco, principalmente porque está relacionada ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde (BRASIL, 2012b). Portanto, é um indicador importante para maior priorização das equipes, pois representa um dificultador ao acesso às informações e ao seu interesse ao acompanhamento da gravidez.

Das mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gravidez, as que tinham o ensino fundamental incompleto representou 71,2%, diferentes das que possuíam nível superior incompleto com 84%. O gráfico a seguir apresenta um número importante de gestantes que não iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gravidez, uma situação de alerta para as equipes da Estratégia Saúde da Família, principalmente para os ACS, em relação à sua captação por ocasião da visita domiciliar às famílias.

Segundo a Portaria GM/MS nº 650, de 05 de outubro de 2011, a captação precoce representa um indicador de qualidade do pré-natal, no que se refere ao início do pré-natal até 12ª semana de gestação (BRASIL, 2011a).

Gráfico 3 - Escolaridade das Gestantes de Risco e início do pré-natal. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

No momento da discussão no grupo, foi referido um estudo realizado pela Célula de Vigilância Epidemiológica da SMS em relação ao óbito infantil e à escolaridade da mãe. Diante dos achados, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza inseriu, na estratificação, o risco intermediário, a escolaridade e mães adolescentes, conforme abaixo.

[...] a partir de um estudo que foi feito pelo grupo da vigilância da SMS, onde avaliaram todos os óbitos infantis, de 2010 a 2015 ou 2014 e o perfil das mães daqueles bebês que morriam eram mães primíparas, com menos de quatro anos de estudo e adolescentes. Então, estatisticamente elas contribuíram mais para os óbitos daquelas crianças, então a gente contemplou no risco intermediário (G4).

Portanto, corrobora com os estudos realizados entre as adolescentes gestantes, onde, o baixo peso ao nascer, frequência de usos de abortivos e a prematuridade estiveram associados com a baixa escolaridade, baixo número de consultas do pré-natal e início tardio do pré-natal (SANTOS et al, 2008; SANTOS et al, 2009, MDA et al, 2011).

Das gestantes de risco entrevistadas que se autodeclararam brancas (17,9%), acessaram ensino superior 35,8% delas. Achado importante quanto à escolaridade das gestantes dos quatro

municípios estudados, foi que 19,6% das gestantes referiram ter ingressado no ensino superior, sendo que destas, 62,9% têm ensino superior completo. Ao ser realizado cruzamento com o atributo cor, foi revelado restrição de acesso ao ensino superior às gestantes que não são brancas (Pesquisa ACESSUS, 2016).

Por não ter sido objeto da pesquisa conhecer o motivo do encaminhamento para o pré-natal de risco, não foi possível associar a causa e a cor/raça da paciente. Entretanto, segundo a Área Técnica da Saúde da Mulher do município, por ocasião da discussão sobre estratificação de risco, atualmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a maior causa de mortalidade em Fortaleza. E em segundo lugar estão as hemorragias, que estão mais associadas ao parto e ao nascimento e, em terceiro lugar, as infecções que também estão associadas ao parto, assim como aos abortamentos inseguros e, de infecção de feridas cirúrgicas.

Nos anos de 2015 e 2016, o que se tem caracterizado como óbito materno em Fortaleza são os óbitos cardíacos, assim, o cálculo da razão da mortalidade materna são as causas obstétricas diretas e as causas obstétricas indiretas (FORTALEZA, 2017a).

Estudo realizado por Costa e colaboradores (2016) realizado no Instituto da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Francisco Beltrão, estado do Paraná (IMSSFB), revelou que, dentre as gestantes analisadas, o principal motivo pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco foi a HAS, seguido de obesidade e por ITU. Ressaltou ainda que a mesma gestante pode apresentar mais do que uma patologia associada.

Por ocasião da pesquisa, o estudo revelou ainda, que em relação ao local que as gestantes procuraram quando passaram mal, o pronto atendimento representou (36%) e o menos procurado foi a AB (10,7%) (Pesquisa ACESSUS, 2016).

Esse achado revela que, mesmo com a ampliação do horário de funcionamento da unidade de saúde para 19 horas no município, esse serviço não é priorizado pela gestante de risco para esse tipo de atendimento. Como a pesquisa não investigou o problema apresentado quando referiu “passar mal”, torna-se difícil ser analisado a não procura pela AB, entretanto, segundo o estudo as gestantes que “passaram mal”, 12,97% foram internadas.

Podemos aqui refletir que essa não procura pelo atendimento na AB tem a possibilidade de ser devido ao problema que ela apresentava, pois, dependendo da urgência, é orientada desde o momento que inicia o pré-natal para que procure a maternidade de vinculação, ou seja, se estiver relacionado à sua gravidez, exemplo, a hemorragia. Em relação a problemas clínicos seria a AB e/ou a Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

Uma outra situação também, poderá estar relacionada a não mais vinculação com a AB, após o encaminhamento para a AE, conforme figura 9, pois, segundo a pesquisa em Fortaleza é baixo o percentual de gestantes de risco que continuam vinculadas com as equipes da ESF/AB, ou seja, ao serem referenciadas, não mais retornam à Atenção Básica, portanto, por ocasião de alguma urgência possivelmente também não procurará.

Pelos achados da pesquisa, observou-se que dos municípios estudados, Fortaleza apresentou maior percentual de realização do pré-natal por médico e enfermeiro da ESF (76,96% e 76,69%, respectivamente). Porém, observou-se que após a referência para atenção especializada, 64,34% dessas gestantes não mais são acompanhadas na AB, diferentemente dos achados de Porto Alegre e Campinas, que embora tenham apresentado um percentual menor que o de Fortaleza, no que se refere à realização de pré-natal pelo médico e enfermeiro da AB, o retorno da gestante à AB foi maior que em Fortaleza, ou seja, Porto Alegre (49,36%), Campinas (52, 84%) (Pesquisa ACESSUS, 2016).

Na ocasião da apresentação desses resultados, a discussão entre os participantes do grupo foi intensa em relação a esses achados, pois ao realizarem análise referiram diferentes situações vivenciadas no território que pode levar a essa situação, como por exemplo, o modelo de atenção do município, onde as agendas dos profissionais estão sempre lotadas, pois existe priorização no atendimento dos eventos agudos, deficiência no número de ACS e acompanhamento das famílias nos territórios, e outros.

[...] Acho que temos quase 60% de área descoberta de ACS, mas existe uma cobertura de 100% das equipes. Embora a equipe tenha um nível de população, superior ao que acompanha...o paciente tem uma referência do enfermeiro, do médico da equipe, e tem condição de ser referenciado para a unidade (G11).

Momentos de inquietações, discussões intensas, com revisitação por parte dos participantes das atribuições das equipes da ESF e como muitos processos têm estado contraditórios. Essa situação será discutida posteriormente.

Ao serem indagadas sobre o conhecimento do ACS de sua área e a realização da visita domiciliar, o estudo constatou que em Fortaleza 71,7% das entrevistadas afirmaram conhecer o ACS da área (maior percentual em relação a São Paulo, Campinas e Porto Alegre). Entretanto, somente 42,14% dessas foram visitadas por algum profissional (PESQUISA ACESSUS, 2016). Nesse sentido, essa situação pode contribuir para a deficiência no vínculo da gestante de risco junto às equipes da ESF, em especial ao ACS de sua família.

Percebe-se, portanto, que mesmo em se tratando de gestante de risco o cuidado a esse grupo não é garantido no que se refere ao acompanhamento no território, assim, tornando mais complexo a relação da gestante de risco com a Atenção Básica. Portanto, diferentes situações foram reveladas em todas as regionais de saúde, entre elas, novamente a baixa cobertura de ACS no município, conforme CNES de 2018 das unidades participantes do estudo por ocasião da 3ª etapa (Quadro 2).

Com a presença das drogas, principalmente as ilícitas, da violência, esses territórios têm apresentado muitas situações-limites e desafios para atuação das equipes, inclusive no que se refere ao acompanhamento das gestantes por ocasião das visitas domiciliares.

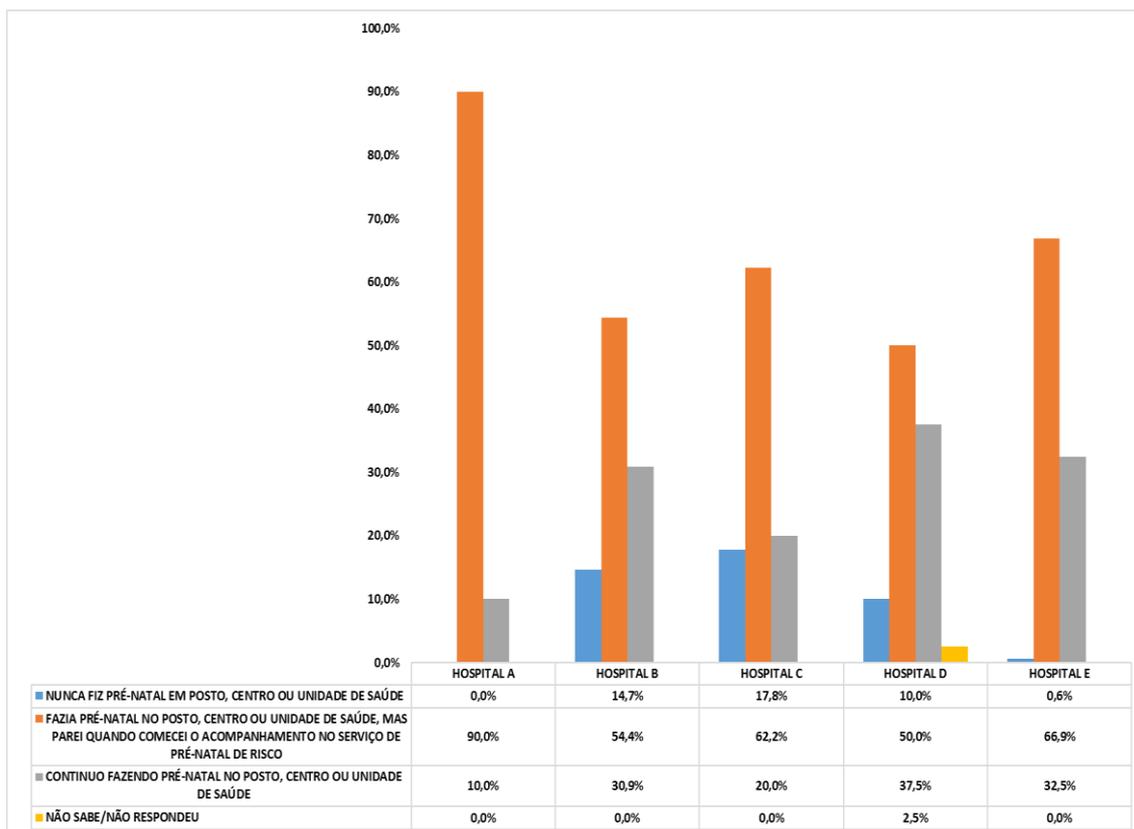
[...] Existem muitas microáreas descobertas, ACS com desvio de função, uns que estão em coordenação, DNI, fiscal, amarelinho da unidade, presença de violência no território, tráfico, enfim. Esses 42% que está aí, não necessariamente de equipes completas, pois tem equipe com um médico, um enfermeiro e um agente de saúde, dificultando o processo, dificulta muito o trabalho (T28).

Ao relacionar a PNAB/ 2017 com o discurso dos trabalhadores de saúde e gestores percebe-se que essa proposta dá força ao que vem se consolidado, principalmente em relação aos ACS, pois não tem ocorrido seleção e/ou concurso público para cobrir as áreas descobertas. Esse cenário tem prejudicado de forma considerável a atenção à saúde da população. Com sua nova atribuição, em relação à verificação de sinais vitais, por exemplo, torna mais contraditória ainda a sua real atuação no território, sem contar que essa atividade é de competência de outro profissional de saúde presente na equipe da Saúde da família.

Ao analisar o acompanhamento das gestantes na AB, após ser referenciada para a AE, o estudo revelou que somente 24, 6% delas retornam para acompanhamento também com as equipes da ESF. A situação ainda fica mais séria quando realizamos o estudo por Hospital de referência, onde encontramos maior deficiência na atenção secundária, serviço de saúde do próprio município, referência para as unidades de saúde da SR VI. Portanto, das gestantes encaminhadas para essa unidade, apenas 10%, continua em acompanhamento na AB, conforme gráfico 4.

Esse resultado provocou surpresa entre os participantes do grupo, seja trabalhador de saúde e/ou gestor, demonstrando a deficiência na integração entre essas Redes de Atenção e a fragmentação na linha de cuidado, principalmente no que refere à longitudinalidade e ao vínculo.

Gráfico 4 - Gestantes acompanhadas na AB e AE por unidade de Referência. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a gestante de risco encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco deverá ser orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. Nesse sentido, independente do risco é de responsabilização da equipe da ESF/AB, o acompanhamento da gestante deve acontecer, seja por meio de atendimento na unidade de saúde, visitas domiciliares e outros.

Todas as gestantes de risco necessitam de maior acompanhamento de toda a equipe, principalmente para as que vivem em situações de maior risco e vulnerabilidade, pois são as que mais apresentam dificuldade no acompanhamento ao pré-natal.

Dessa maneira, torna-se necessário a reorganização do processo de trabalho das equipes, principalmente no que se refere à visita domiciliar do ACS, para que, de fato, a AB realize monitoramento de todas as gestantes de risco de cada território, situação atual bem distante dessa necessidade, conforme resultado revelado.

Dessa forma, ocorre distanciamento da gestante da equipe, portanto prejudicando o vínculo revelado que, atualmente, o processo vem se invertendo, pois, muitas vezes, são as enfermeiras que informam os ACS sobre as gestantes existentes nas microáreas, revelando aí a necessidade de maior acompanhamento de suas ações.

[...] eu acho que se inverteu, todo mês eu atendo o pré-natal, pego todas as informações e repasso para o ACS visitar, muitas vezes ele não sabe nem quem é...tem ACS com número grande de famílias, e tem microáreas sem ACS, muito difícil (T23).

Por ocasião das entrevistas e nas discussões com o grupo, percebeu-se a não valorização da AE no que se refere à importância de a gestante de risco permanecer, também, com acompanhamento na AB, reforçando ainda mais o não retorno à AB, assim necessitando, de fato, à integração entre as duas Redes de Atenção para garantir uma integralidade e longitudinalidade da atenção.

A longitudinalidade, para Starfield (2002), está relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, à continuidade e à efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. Nos discursos abaixo percebe-se que as orientações fortalecem a não necessidade do retorno à AB após a gestante ser referenciada e reforça o olhar biologicista para essa mulher. Sendo assim, onde está o cuidado integral capaz de articular a diversidade de territórios por onde essa mulher transita?

[...] acho que não é preciso voltar para unidade de saúde quando está sendo acompanhada aqui, assim dá vaga para outros pacientes.... (G5).

[...] ela não é acompanhada aqui...ela pode ser atendida, ficar fazendo dois pré-natais, um na maternidade e um aqui. Mas alguns médicos preferem que ela fique só na maternidade, por ser de risco. Elas só fazem os exames aqui, pois é mais próximo (T12).

Entretanto, os trabalhadores de saúde da AB revelaram mais uma vez dificuldades nas agendas, pois algumas unidades de saúde têm uma população acima do preconizado, maior carga horária destinada ao atendimento no DESP/acolhimento (demanda espontânea), por isso, nem sempre conseguem vagas para o acompanhamento da gestante que está sendo acompanhada na especializada. A partir da organização do processo de trabalho das equipes com essa priorização de demanda livre, muitas situações-limites têm sido vivenciadas nos territórios.

Estudo realizado em três estados do Nordeste: Bahia, Sergipe e Ceará, apresentou situação semelhante à de Fortaleza, pois os participantes do estudo referiram acúmulo excessivo de atividades, tanto específicos do enfermeiro quanto referentes à equipe de saúde. Na ESF, as exigências de produtividade e o cadastramento ultrapassado, subestimando o número de famílias da área colaboraram para a sobrecarga de trabalho, consomem grande parte do tempo e, conseqüentemente, interferem na realização da visita domiciliar (TRAD & ROCHA, 2011).

Nesse sentido, a sobrecarga de trabalho também afeta o ACS, pois atua em diversas funções, entretanto avalia-se que ele recebe uma grande demanda de trabalho, porque suas atribuições são muito amplas e nem sempre consideram as singularidades de cada região e da população (PERES et al, 2010). À vista disso, as dificuldades são vivenciadas por todos os trabalhadores da AB em relação ao processo de trabalho, com situações complexas na garantia do direito à atenção, sendo assim, também foi revelado:

[...] existe também dificuldade na agenda do profissional, para estar incluindo essas gestantes de risco, muitas vezes, esse atendimento acontece só lá (AE), e agora está complicado, muitas vezes não tem vaga mesmo (T39).

[...] existe falta de compromisso com a população. Porque, a partir do momento que você deixa de atender à gestante da sua equipe por exemplo, que está agendada, faz ela voltar sem atendimento por conta do DESP (demanda espontânea), que é prioritário é uma falta de respeito. Está acontecendo muito isso, elas ficam sem atendimento, aí depois para encaixar em outro dia, fica difícil, a agenda é lotada... (T27).

Esses achados foram mobilizadores de uma grande discussão, pois situações diversas foram relacionadas a esses resultados no momento da análise. As diferentes situações reveladas pelos trabalhadores de saúde do município são preocupantes, pois demonstraram a não priorização do pré-natal por alguns serviços de saúde, mesmo diante de territórios com grande desigualdade e exclusão social, com presença de situações de riscos e vulnerabilidades. Sendo assim, as gestantes de riscos têm vivenciado violação de direitos, a partir da deficiência das políticas públicas e exposição a diferentes tipos de violência, inclusive pelo Estado.

5.1.1 Atenção à Gestante de Risco e ao acesso à Atenção Especializada

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

(Leonardo Boff)

Por ocasião das entrevistas realizadas em todas as secretarias regionais com trabalhadores de saúde, gestores e gestantes, foi revelado o percurso da gestante ao pré-natal, onde inicialmente é atendida na AB pela enfermeira, que nessa ocasião realiza a estratificação de risco. Caso seja estratificada como de risco, é encaminhada para o médico da equipe para avaliação e encaminhamento à atenção secundária ou terciária, dependendo do caso e/ou da regional da unidade de saúde.

Das seis regionais de saúde, duas possuem hospital secundário pertencente à Rede Municipal, que atuam como referência para as unidades básicas de saúde daquele território. Assim, a condução do caso é diferenciada ou pelo menos deveria ser. Por isso, nas duas regionais com serviço especializado a organização desse encaminhamento se faz pelo acesso à atenção secundária, porém, ainda assim, encontra-se questões singulares, pois os serviços ofertados são diferentes devido à presença ou não de determinadas especialidades.

A estratificação de risco ocorre por ocasião das consultas realizadas, seja com o médico ou com a enfermeira da equipe da ESF, conforme diretrizes clínicas da SMS e manual do Ministério da Saúde.

Após essa avaliação, se de risco, é orientada a permanecer na AB com acompanhamento da equipe da ESF e encaminhada ao Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC) para agendamento da consulta especializada, de acordo com a disponibilização das vagas da central de regulação de consultas. Posteriormente será apresentado todo o caminho da gestante de risco nas redes de atenção por meio de fluxograma elaborado por ocasião das entrevistas e dos encontros com o grupo participante da 3ª etapa da pesquisa.

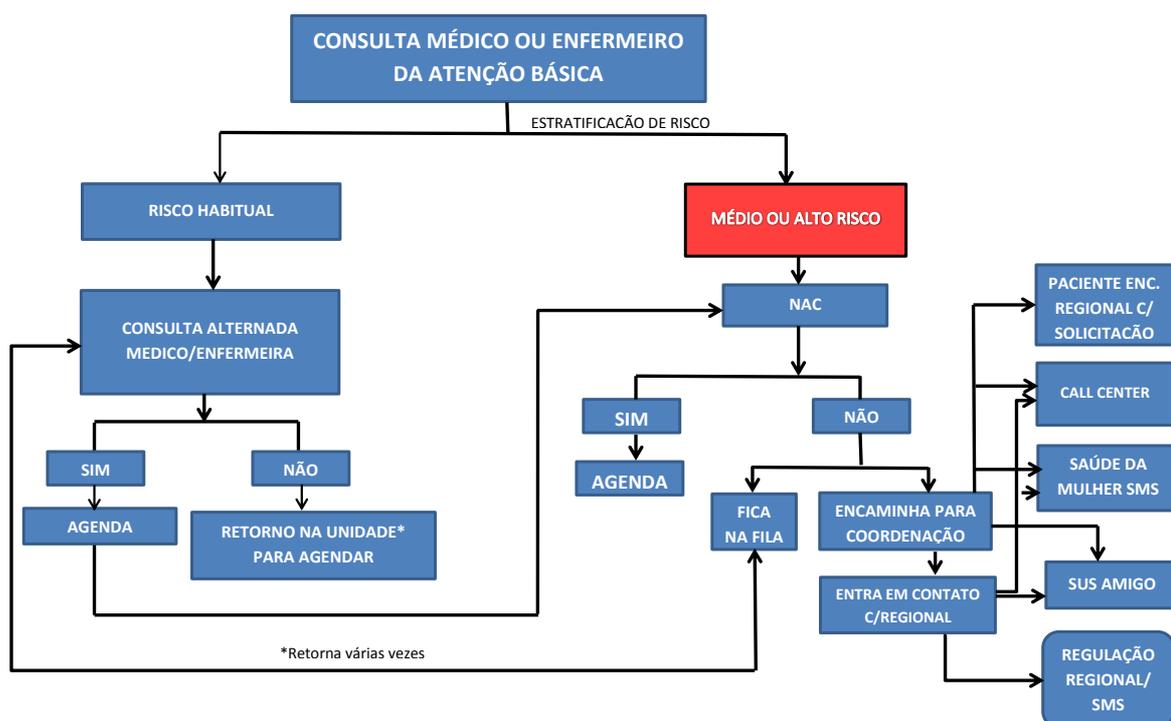
Entende-se como estratificação de risco como sendo o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral (BRASIL, 2017b).

Sendo assim, é fundamental que ocorra a estratificação de risco por ocasião de todas as consultas para melhoria na organização das ações e ofertas a esse grupo, levando em consideração a necessidade de cada sujeito em relação ao risco e vulnerabilidade existentes, território com cobertura ou não de ACS.

Um dos principais instrumentos para integrar a AB à AE é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados – SISREG – nas Unidades de Saúde da Família (ALMEIDA et al, 2013). Segundo o estudo, os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas.

Apesar dos avanços com a implantação/implementação central de regulação nas unidades, existem dificuldades do acesso à AE, portanto, no município são utilizadas outras estratégias para solucionar o problema. Após o encaminhamento para a atenção especializada, e na não existência da vaga, diferentes situações são vivenciadas pela gestante, conforme fluxograma 1, elaborado a partir das entrevistas com os diferentes sujeitos da pesquisa, ou seja, gestores, trabalhadores e gestantes.

Fluxograma 1 - Percurso da Gestante da Atenção Básica à Atenção Especializada.
Fortaleza, 2018.



Fonte: Autora da pesquisa.

Por ocasião desta pesquisa, observou-se, conforme fluxograma acima, que o percurso dessa gestante faz-se, muitas vezes, de forma diferenciada. A única forma igual para todas as regionais é o encaminhamento ao NAC, quando há gestação de risco. Percebe-se o quanto ocorre (des)cuidado frente a esse problema pela deficiência do serviço de saúde, pois o agendamento não é garantido no momento em que é encaminhado por ocasião da estratificação de risco. Uma situação ainda mais complexa encontrada nesse fluxo, foi o encaminhamento da gestante também para a regional de saúde em busca dessa vaga, contribuindo com o aumento de sua peregrinação, conforme discurso abaixo.

[...] se é gestante é de risco, é feito a referência formalizada pelo prontuário eletrônico, ela (gestante) é comunicada para que leve em mãos esse encaminhamento para a regional. Entramos em contato também com a técnica da saúde da mulher na regional por telefone, e são repassados os dados dessa gestante, para que possam dar agilidade no atendimento especializado (T17).

[...] é, geralmente os profissionais passam para o gestor da unidade a necessidade, aí ele envia um e-mail para mim com os dados da paciente, com justificativa, analisamos se é de fato pré-natal de risco e, vou olhar no sistema a situação, se está inserida no sistema, aguardando regulação, ou agendamento. Se for regulação, eu tenho que entrar em contato... geralmente uma vez na semana, eu vou lá na central (G7).

Em virtude da dificuldade, muitas vezes recorre-se à rede informal, conforme uma das entrevistadas, que refere à rede SUS amigo, embora revelado que essa está também ficando difícil.

[...] Muitas vezes, dependendo da situação, eu falo, com o pessoal do hospital terciário. Aí tentam encaixar.... Aquele velho jeitinho que a gente faz. Tinha um doutor....que a gente mandava pela emergência, aí vendo que se tratava de pré-natal de risco, ele acolhia, porém, geralmente, é pela regulação mesmo [...] Muitas vezes a gestante vai e o hospital devolve, e aí a unidade manda de novo...no momento eu não vejo nenhuma facilidade (G13).

No início desta pesquisa, o encaminhamento da gestante à atenção especializada tinha uma condução, onde existia uma maior “autonomia” da área técnica da saúde da mulher, no que se refere ao acompanhamento dos casos de gestantes de risco que estavam na fila de espera, entretanto, por ocasião das últimas entrevistas, esse processo não mais ocorria. Atualmente, a solicitação da vaga é colocada no sistema e, somente após avaliação do médico regulador, ocorre o agendamento. Posteriormente retomaremos essa discussão.

[...] Então, assim, a gente tinha uma articulação boa com a Saúde da Mulher a nível municipal, em que ela imediatamente conseguia essas vagas e viabilizava e a gente repassava para a unidade de saúde. Agora, a gente já não consegue mais, acho que

tiraram isso dela, falta de autonomia. O que a gente faz hoje é, uma parceria muito forte com a regulação a nível regional.... fico colado com essa pessoa, tentando agendar o pré-natal (G11).

Observou-se que esse processo ocorre a partir da implicação dos trabalhadores de saúde e gestores, uma vez que buscam diferentes formas de resolver a situação da gestante e reduzir o tempo de espera para atendimento da Atenção Especializada e garantir essa atenção em um menor tempo. Importante estar atento às redes que vão sendo tecidas com várias configurações, atravessamentos do instituído e do instituinte, como outros modos de gestar a vida.

[...] é preciso ficar tentando agendar, então procuramos a regional, a SMS, e quem mais for necessário quando não se consegue agendar. Eu acharia interessante que fosse direto, sem problemas, pois temos muitas atribuições ficamos muito tempo tentando conseguir essa vaga, e assim, temos muita coisa para fazer (G14).

Assim, ao analisar os discursos dos sujeitos participantes da pesquisa e o fluxograma elaborado a partir do percurso que a gestante de risco faz para ter acesso à atenção especializada, percebe-se muita peregrinação, portanto violência institucional.

Percebe-se que as situações vivenciadas pela gestante vão depender de diferentes fatores, entre eles a forma de como a unidade de saúde cuida desse grupo, o processo de trabalho das equipes, a população da área, o número de equipes, em especial de ACS por unidade/equipe, e muitas outras situações que podem facilitar ou dificultar a atenção prestada à gestante de risco na atenção básica, até conseguir ter acesso à atenção especializada. Assim como permanecer no acompanhamento na AB, pois percebeu-se, nas duas últimas etapas da pesquisa, a necessidades de muitas articulações, em muitos casos, até efetivar esse agendamento.

As entrevistas realizadas contribuíram para a compreensão desse cenário municipal na atenção à gestante de risco, assim como as discussões e análises do grupo participe por ocasião da pesquisa-intervenção. Nesse sentido, muitas inquietações surgiram devido à forma como está organizada esse percurso da gestante ao acesso à Atenção Especializada, pois com a inexistência de um fluxograma que dialogue com a realidade, diferentes situações ocorrem. Ocasão que levou muitos questionamentos, com revelação de analisadores importante para análise, pois a forma como acontece esse acesso tem inviabilizado várias questões, inclusive o acesso da atenção secundária à atenção terciária.

[...] tem paciente de ambulatório daqui da secundária que eu encaminhei que nunca conseguiu marcar uma consulta, é porque ela tem que ir para atenção primária para marcar para a terciária e não tem vaga (T26).

O estudo revelou que as dificuldades apresentadas contribuem para a permanência da gestante de risco, que necessita de acompanhamento na atenção terciária, muitas vezes na atenção básica e/ou na secundária por um tempo superior ao esperado, pois os casos são diferentes. Para a gestante, o encaminhamento via regulação governamental parece estar relacionado com o fator sorte no acesso aos serviços, conforme discurso a seguir:

[...] minha gravidez é de gêmeos, eu estava na fila de espera faz tempo, aí quando eu vim fazer uma ultrassom (hospital), eu mostrei meu papel do encaminhamento à obstetra, e aí ela me passou para outro médico, maior sorte, estou fazendo o restante do pré-natal aqui, aliás terminando. (U9).

[...] fui na coordenação do posto e eles ligaram pra cá agendando. No dia que tinha sido agendada eu demorei a chegar porque aconteceu um problema comigo de manhã bem cedo. Quando cheguei aqui (hospital), me disseram, “não, você tem que agendar no posto de novo”, aí eu voltei para agendar, o médico deu papelzinho de novo, eu fui lá dentro de novo, na coordenação, aí o rapaz agendou, muita burocracia, mas sei que tive foi sorte (U7).

Percebe-se a existência de peregrinação por diversos serviços na busca do atendimento e a longa espera é frequente no sistema de saúde brasileiro e que por estar arraigado culturalmente, não são por vezes reconhecidas como violência. Muitas vezes, médicos, administradores, funcionários da instituição e os próprios pacientes aceitam que “pacientes devam esperar pelo seu atendimento” (LEAPE et al, 2012). Na realidade, não somente por esses profissionais de saúde, mas sim por toda a equipe de saúde, inclusive pelos agentes comunitários de saúde e gestores.

Essas peregrinações podem ocorrer pela própria burocracia dos serviços, conforme retrata o segundo discurso acima, assim como pela dificuldade de a atenção secundária encaminhar para a atenção terciária, uma vez que não possuem acesso direto para esse procedimento, assim a paciente necessita retornar para a atenção básica.

Desse modo, o problema enfrentado por essas gestantes é naturalizado por todos, inclusive por elas e pelos trabalhadores de saúde que, por muitas vezes, não provocam a discussão dos casos vivenciados no seu cotidiano, assim como não são levados para outras instâncias, como conselhos de saúde local, regional e municipal, como uma forma de divulgar a real situação dessas mulheres, o que esse problema pode significar em suas vidas. Portanto, dar visibilidade ao que está acontecendo é importante para provocar mudanças necessárias. A potência do coletivo pode revelar-se para acolher as necessidades das gestantes.

Percebe-se que mesmo com situações-limites vivenciados pelas gestantes da regional do estudo, as gestantes da regional VI, ao serem referenciadas para atenção secundária de forma adequada, reduz o absenteísmo em virtude, principalmente, do acesso geográfico. Algumas situações complexas foram reveladas neste estudo devido ao encaminhamento inadequado da gestante de risco, que não teria perfil para o nível secundário e sim para referência terciária, sendo assim, vivencia situações de peregrinação e revitimização nas Redes de Atenção.

Como o hospital de referência secundária da regional V não está na lista entre os serviços de referência para gestação de risco, não entrevistamos nenhum sujeito nesse serviço. Entretanto, por ocasião das entrevistas na AB nessa regional (2ª etapa do estudo), tivemos a oportunidade de conhecer, também, como ocorre o percurso da gestante nesse território por meio dos trabalhadores de saúde e gestores.

Outra dificuldade revelada quanto à referência da AE é a não regionalização dessa atenção, muitas vezes as consultas são agendadas para uma unidade de referência distante do domicílio da paciente, trazendo absenteísmo por diferentes situações, entre elas a econômica, conforme discurso abaixo:

[...] temos hospital aqui na regional, a gente consegue, às vezes, a vaga, porém ou não tem médico porque faltou, então é remarcada, e demora. E quando vai para atenção terciária, a gestante tem problema financeiro e não poder ir, entendeu? Acaba faltando (T4).

[...] a nossa dificuldade nesse fluxo é que essas consultas não são realizadas de forma regionalizada, elas são colocadas todas na central, então, às vezes, a consulta é longe da casa dela, ela tem dificuldade de ir, aí, com isso, você tem o absenteísmo dessa consulta (G4).

[...] demorou muito conseguir a consulta aqui, porém prefiro ser atendida no meu posto ou no hospital próximo, pois aqui é muito longe da minha casa, fica muito difícil, às vezes não tenho nem dinheiro da passagem (U5).

Diante de toda situação apresentada, percebe-se que a violação dos direitos da gestante, devido à dificuldade de acesso ao pré-natal, muitas vezes ocorre desde o início do pré-natal, em especial quando é estratificada como gravidez de risco. Nesse sentido, ao relacionar o conceito de violência com situações de privação, destituição, Odalia (2004) refere que toda a vez em que ocorrer privação e violação dos direitos configura uma violência.

Para a autora (2004), a ideia de privação permite descobrir a violência onde ela estiver, por mais camuflada que esteja sob montanhas de preconceitos, de costumes ou tradições, de leis e legalismos.

Percebe-se, então, a violação dos direitos por meio da exclusão social, e nos remete a refletir sobre as políticas públicas a partir de sua implantação e/ou implementação para maior inclusão do cidadão. A ineficiência ou inexistência dessas políticas tem uma relação com disputas de interesses, com maior fortalecimento da elite dominante, levando situações complexas em relação ao fortalecimento do SUS, dano à população, principalmente aos que vivem em situação de vulnerabilidade. A privatização dos serviços de saúde é um exemplo, pois poderia ser ofertado exames laboratoriais e de imagem pelo município da pesquisa, com garantia de maior acesso e com resultados em tempo oportuno.

Dessa forma, é necessário que os direitos humanos sejam respeitados e garantidos, pois apesar das legislações a deficiência e a sua efetivação é visível, em especial aos que muitas vezes não são vistos pela sociedade e pelo governo, os invisíveis, os excluídos do sistema várias vezes em forma de “abandono”. Como nos diz Foucault “Fazer viver e deixar morrer”, tudo deve estar sujeito a regras, aqueles que não se enquadram deixa-se de ver.

Essa situação constantemente é encontrada por ocasião de uma gravidez de risco, pois vivenciam deficiências no acesso, permanecendo em fila de espera em diferentes situações ou por várias vezes, inicialmente pelo acesso à consulta, depois é revitimizada, pois retorna para outra fila de espera, seja para outro nível de atenção e/ou para acesso a exames, principalmente ultrassonografias, conforme falas abaixo:

[...] O ruim é que tudo no posto é demorado, na verdade a dificuldade foi fazer o exame de sangue pra provar que estava gestante....depois foi a ultrassom, nunca consegui... eu mesma bati particular, pois daqui que marquem essa ultrassom, o menino nasce, e nada... (U2).

[...] é como eu disse, as políticas por parte do estado ainda são muito fragmentadas, elas estão muito enfraquecidas. E, aí, assim, a gente não vê um objetivo direto, claro, do estado de tentar evitar isso, mesmo. Às vezes, a gente é... como se enxugasse, colocasse panos mornos sobre a situação (G11).

Por ocasião das entrevistas, e até mesmo durante os encontros, foi possível perceber, a partir do discurso de algumas gestantes e de trabalhadores de saúde, o problema do não acesso de serviços pela AB. Muitas delas referiram que as coisas são mais fáceis no hospital que na AB, após conseguirem o atendimento nesse nível de atenção. Por ocasião das discussões no segundo encontro, uma das participantes referiu que as mulheres procuram o hospital direto para todo tipo de serviço. Percebe-se que é necessário maior investimento na AB, uma vez que muitas das atribuições desse nível de atenção não são desenvolvidas em virtude da deficiência de recursos, seja humano e/ou material.

[...] no posto de saúde falta tudo, não fiz um exame... só fiz quando cheguei aqui (hospital), até a morfológica consegui (U2).

[...] quando não tem exames aqui, eu mando para o hospital de referência do município para o pré-natal, antes faziam, agora mandam de volta, acho absurdo, pois ela não tem que fazer os exames? (T11).

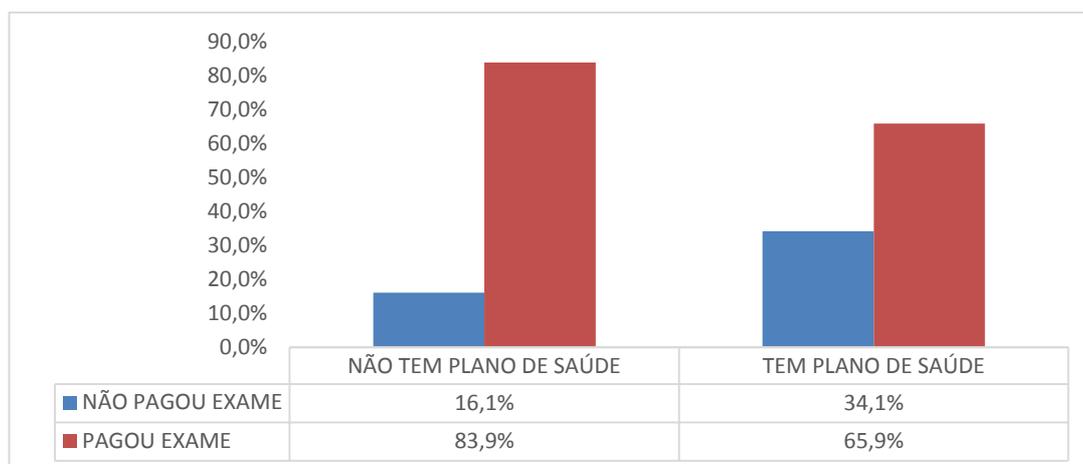
Logo, o diálogo entre as redes de atenção é necessário. O conhecimento da realidade contribuirá para maior integração e resolubilidade das necessidades da população, em especial da gestante. Essa situação é complexa, pois a deficiência de recursos materiais e humanos na AB tem levado a população a ir em busca de outros serviços, e contribui, em alguns momentos, para a “mal avaliação da AB” por alguns usuários, gestores e trabalhadores de outras redes por não atender ou resolver o que seria de sua competência.

[...] Ave Maria, o posto é uma porcaria viu? Desculpe eu lhe dizer o palavão, mas não presta, não temos médico, não tem medicamento, não tem ultrassom, não tem exame...eu fiquei duas semanas tentando agendar para pré-natal de alto risco e nada, não consegui, aí eu vim no hospital, que tem obstetrícia, e marquei na primeira semana, mas pelo posto eu já demorei três semanas, e não tinha vaga, mesmo sendo gravidez de risco (U1).

O estudo da 1ª etapa da pesquisa realizada em Porto Alegre, São Paulo, Campinas e Fortaleza, revelou que, em média, 87% das gestantes das quatro cidades tiveram exames solicitados, variando de 96,5% em Fortaleza a 77,5% em Campinas. O estudo encontrou uma grande variação de acesso aos exames pelo SUS, pois enquanto mais de 92% das gestantes de Campinas conseguem esse acesso, em Fortaleza encontra-se com a maior dificuldade, apenas 56,85% delas realizaram. As demais cidades Porto Alegre e São Paulo, apresentaram 87,68% e 72,5% respectivamente (PESQUISA ACESSUS, 2016).

O estudo revelou, ainda, que, das gestantes que não tinham plano de saúde, apenas 16,1% realizaram exames pelo SUS, e as demais, 83,9% delas tiveram que pagar. Em relação às gestantes com plano de saúde, 34,1% delas realizaram pelo plano, entretanto 65,9% referiram que tiveram que pagar, conforme gráfico 5, abaixo.

Esse achado revela que, mesmo as das gestantes com planos privados, não foi garantido o acesso aos exames solicitados. Percebe-se que, muitos planos de saúde não atendem à necessidade da população. Assim sendo, procuram o SUS, principalmente, para consultas, exames e medicamentos. Essa situação é comumente encontrada por ocasião do acolhimento nas unidades de saúde, já que não são realizados exames no município com solicitação de serviços externos.

Gráfico 5 - Acesso das gestantes aos exames pelo SUS/ Planos de Saúde. Fortaleza, 2016.

Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Estudo realizado por Bahia e colaboradores (2016), refere que o Legislativo brasileiro tem interesses particulares dos planos de saúde, onde a fórmula brasileira de “planos baratos” contém uma sobrecarga de pragmatismo e seus defensores evocam a conjuntura econômica e as situações “sem saída”, mas, no fundo, pouco se importam com os sinais positivos ou negativos de crescimento econômico. Para os autores (2016), as empresas privadas de planos de saúde passaram a ter como representante o próprio Ministro da Saúde.

Percebe-se, então, o apoio e incentivo do Governo Federal à ampliação de planos populares, no sentido de cada vez mais “enfraquecer”, “sucatear” o SUS, onde ao contrário deveria era repensar o financiamento da saúde, fortalecê-lo e garantir à população o acesso universal, conforme legislação do País, fruto de conquistas alcançadas por meio de muitas lutas da população brasileira. Lutas essas que necessitam ser retomadas de forma emergencial para impedir ainda mais retrocessos das conquistas dos brasileiros.

O não fortalecimento e a desvalorização do SUS pelo atual governo brasileiro vem a cada dia sendo revelado claramente. No momento da finalização desta tese, em abril de 2018, nos deparamos com a proposta apresentada pela Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) para substituir o SUS por meio de um novo sistema de saúde. Essa proposta excluirá cada vez mais os pobres, os que dependem exclusivamente do SUS, o que não é pouco no nosso País, em torno de 85% dos brasileiros. Na realidade, o País precisa é garantir o que está na CF, no SUS, que efetivamente nunca se garantiu.

Dessa forma, trazemos as palavras de Arendt (2004), onde idealizava que os interesses gerais prevalecessem e não o pessoal, que o interesse da comunidade fosse uma

resultante do interesse das pessoas e que a convivência dos seres humanos fosse levada a bom termo, sem resultar em violência, e porque não dizer na violação de direitos, tão comum em nossa sociedade. Assim, a politização do debate sobre a saúde é necessária. A sociedade, a academia e os movimentos sociais, precisam colocar as pautas e tecer alguns consensos possíveis e, assim resistir coletivamente.

Em vista disso, percebe-se que a política deixou de ser a gerência do bem comum e passou a ser a administração das necessidades dos indivíduos, pois a liberdade fica subordinada a esse nível de relação, uma relação do cliente, não tem uma relação política.

Para Arendt (2004) em sua obra *A condição humana*, existe tensão entre o bem e o mal, porém, a única coisa que está enraizada no homem é o bem. Por consequência, dialogando com o pensamento arendtiano, o bem, a cooperação, a liberdade, possuem origem em uma estrutura de vida, estrutura sinérgica com o mundo, e que uma estrutura humana de morte é assinérgica e leva à força e à violência. Destarte, é necessário ter a sensibilidade de separar as pessoas que estão na estrutura sinérgica e assinérgica.

Nesse contexto, as pessoas com estruturas sinérgicas são as que estão comprometidas com o poder, com a política, com o direito e a lei, visando ao bem da comunidade. As assinérgicas que satisfazem as organizações e seus interesses pessoais, não possuem compromisso com a população, com suas necessidades e seus direitos. Sendo assim, é importante que todos reflitamos quanto à nossa estrutura, se nós pesquisadores, trabalhadores de saúde, gestores e sociedade, agimos com sinergia ou com assinergia, independente do lugar de onde falamos.

Nesse sentido, podemos refletir a partir dessa situação crítica, que a população mais vulnerável do País vivencia hoje, em relação ao acesso, inclusive com relação qualidade de vida, pois no caso desse estudo são duas vidas. Portanto, ainda está presente um (des) cuidado da gestante que apresenta risco e que, por necessitar de maior atenção e acompanhamento diferenciado, nem sempre é priorizada no sistema de saúde, enfrenta inúmeras formas de violência, inclusive por quem deveria protegê-la, que seria o Estado.

Nesse sentido, a letra da música do poeta popular Ray Lima, retrata muito bem a importância de que cuidar do outro é cuidar de si e do mundo.

“Lá no tempo em que nasci. Logo aprendi algo assim: Cuidar do outro é cuidar de mim. Cuidar de mim é cuidar do mundo.”

(Ray Lima)

Durante o doutorado sanduíche na cidade de Murcia, na Espanha no período de julho a outubro de 2017, tivemos a oportunidade de conhecer o sistema de saúde daquele país, seja por acompanhar uma disciplina na universidade ministrada pela professora que nos acolheu como tutora durante o período de nossa permanência na Universidade Católica de Murcia - UCAM, ou por ter tido a oportunidade de realizar visitas aos serviços de diferentes Redes de Atenção, assim como realizar diálogo com trabalhadores de saúde, gestores e gestantes de risco habitual e/ou de alto risco.

Em nenhuma situação apresentada, em relação à gestante de risco, foi encontrada dificuldade ao acesso. Mesmo diante da não disponibilização de medicação pelos serviços de saúde, não configurou para as gestantes nenhuma dificuldade, pois segundo elas, o custo da medicação é mínimo, uma vez que o valor para aquisição está relacionado com a renda familiar a partir do seu cadastro no Sistema Nacional de Saúde (SNS) do País.

Embora não tenha tido a oportunidade de dialogar com nenhuma gestante que tivesse na condição de não poder comprar a medicação, de acordo com os trabalhadores de saúde e gestantes, na existência de algum caso nessa situação, são encaminhadas ao serviço de assistência social e, assim, garantido o tratamento, mesmo àquelas que não estão com situação regular no País.

Observou-se por ocasião do pré-natal, que as gestantes realizam três ultrassonografias, conforme orientação no protocolo clínico (semelhante ao do Brasil), agendam sua consulta pela Internet ou na unidade de saúde, e a marcação do seu retorno é realizado por ocasião da consulta com o profissional de saúde, seja da AB ou da AE.

Diante de um caso de gestante de risco, segundo os trabalhadores de saúde, não existe fila para atenção ao pré-natal de risco, ou seja, para o serviço especializado, o agendamento é rápido, não chegando a uma semana, dependendo do caso.

Todas as gestantes continuam realizando o pré-natal na AB, independente do seu risco e nenhuma delas são atendidas na AE, se não forem encaminhadas pela AB. As que são atendidas na urgência, retornam à equipe da AB para acompanhamento e realizarem o encaminhamento à atenção especializada se for o caso. Portanto, esse fluxo garante a continuidade na Rede de Atenção Básica e o vínculo com a equipe. Percebeu-se que a gestante não peregrina em nenhuma ocasião do pré-natal ou parto.

Portanto, o acesso a AE é somente por meio da AB, e mesmo as que necessitam permanecer com acompanhamento na AE, elas retornam à AB, pois faz parte do seu caminhar na rede, ela fica sendo atendida pelo especialista de acordo com seu caso, exemplo, cardiologista, endocrinologista e outros.

Entretanto, continuam com acompanhamento no que se refere ao pré-natal, na Atenção Básica. Percebe-se que esse procedimento só ocorre porque está institucionalizado e que todas as Redes de Atenção conduzem o caso conforme as diretrizes do País, portanto, os trabalhadores de saúde, gestores e gestante conhecem e compreendem a importância desse processo.

Contudo, seu acompanhamento não é feito pela enfermeira da AB/APS e sim por uma enfermeira obstetra e pelo médico da APS, também conhecido como “médico de cabeceira”. Embora ocorra atenção por esse profissional, as consultas acontecem principalmente por ocasião de alguma intercorrência. Não são alternadas como no Brasil, entre médico e enfermeiro, e percebe-se uma fragmentação da atenção, pois a gestante fica sem vínculo com a enfermeira da equipe.

Conforme relato dos trabalhadores de saúde, mesmo no momento de crise econômica no País, no que se refere à saúde da mulher, em especial na condição de gestante, é um grupo considerado totalmente prioritário, pois mesmo as que ainda não possuem o cartão do sistema de saúde, por encontrar-se em fase de regularização junto a Nação, têm a mesma atenção. O mesmo ocorre em relação à criança com até 13 anos de idade. Durante todas as visitas registramos as informações no Diário de Pesquisa.

Estudos realizados na Espanha, revelaram que existem evidências sólidas de que os enfoques e intervenções dos sistemas integrados mostraram resultados positivos em vários âmbitos e patologias (VAZQUEZ & VARGAS, 2007; NUÑO, 2008), e que existem evidências de que a integração de gestores e prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve algum impacto positivo sobre os custos da atenção à saúde (ROSEN & HAM, 2008).

No município de Fortaleza, as equipes da Saúde da Família têm trabalhado conforme as diretrizes/protocolo do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, quanto às consultas de pré-natal pelos profissionais médicos e enfermeiros da ESF, pois apenas 10,84% estão em acompanhamento com ginecologista/obstetra (PESQUISA ACESSUS, 2016). Resultado positivo, demonstrando a organização da atenção ao pré-natal por meio da equipe da Estratégia Saúde da Família, mesmo na situação de áreas descobertas.

Segundo a SMS existem 24 ginecologistas lotados em 23 unidades básicas de saúde, sendo sete gineco-obstetra e 17 ginecologistas, número insuficiente para um município como Fortaleza. Porém, nem todos esses especialistas desenvolvem suas atividades integradas com as equipes da ESF. Uma questão importante levantada por ocasião das discussões no grupo e nas entrevistas foi a importância e a necessidade da realização de matriciamento, discussão de casos, educação permanente e outros para contribuir na melhoria da qualidade da atenção. Em nenhuma unidade entrevistada com a presença desse especialista existe essa atividade, entretanto, algumas delas o especialista atua como referência para as equipes da Estratégia Saúde da Família.

[...] E, aí, a gente tem pontualmente, alguns obstetras que ainda estão na atenção primária, naquele modelo antigo.....que ainda atendem, de acordo com o perfil da unidade, algumas gestantes e, também, servindo de apoio para a EqSF, principalmente da unidade, e algumas poucas referências de postos mais próximos (G4).

Nesse sentido, percebe-se que um desafio para o município, que necessita reorganizar a atenção à gestante após estratificação de risco pelos trabalhadores de saúde da ESF, tendo como referência inicial esse especialista nas unidades ou regional com sua presença.

Essa questão muito foi discutida por ocasião da implementação da ESF no ano de 2006, não somente em relação à gineco-obstetrícia, mas também na pediatria. Entretanto, é necessário que, realmente, seja enfrentada essa reorganização pelo município, pois é papel da gestão repensar a forma como tem se organizado esses serviços. Assim, podemos refletir, qual o sentido real da utilização dessa ferramenta se ela não é capaz de atualizar os modos de cuidar? O discurso a seguir mostra resultados satisfatórios da equipe em relação a essa integração, quando presente.

[...] muitas gestantes que é de médio risco, a própria ginecologista da unidade acompanha. Ela só não acompanha o alto risco. Nós fazemos o pré-natal, todas que é médio risco, faz o acompanhamento com a equipe da ESF e algumas vezes com a ginecologista (T13).

Com relação a essa questão, por ocasião das entrevistas, foi revelado em uma das unidades de saúde, com a presença desse especialista e de outros médicos da ESF, que não conseguem a adesão desses profissionais no atendimento às gestantes de equipes incompletas. Diante dessa situação, algumas enfermeiras têm se responsabilizado sozinhas

pelo pré-natal de risco habitual e vivenciado dificuldades no momento da referência, situação contraditória às diretrizes clínicas do município.

Percebeu-se, também, a preocupação da gestora no que se refere à organização do processo de trabalho das equipes, pois em uma unidade de saúde, por ocasião do estudo, apesar de possuir sete equipes, quatro estavam sem o profissional médico. Portanto, são situações complexas que a gestão precisa dialogar com as equipes e reorganizar o processo de trabalho, em especial das equipes incompletas.

[...] é uma das nossas grandes preocupações.... gostaria que ficasse registrado, é a falta de médicos nas equipes do PSF. No pré-natal nós temos quatro equipes sem médico. Quer dizer, essas mulheres estão fazendo pré-natal só com enfermeiras, absurdo! Os demais médicos não aceitam a redistribuição entre eles em relação às gestantes... para alguns médicos é como se fosse um favor que ele está fazendo para a enfermeira. Bem complicado mesmo (G 12).

Estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da SR IV do município de Fortaleza sobre o cuidado pré-natal na AB, revelou alguns entraves para a realização de pré-natal pelas equipes da ESF: demora nos resultados dos exames solicitados, ausência de referência e contrarreferência, carência de recursos materiais e tecnológicos e a falta de trabalho em equipe (GUERREIRO et al, 2012).

Portanto, esses problemas ainda estão presentes nos serviços de saúde do município, contribuindo para a violação do direito da gestante, como também para a vitimização dos trabalhadores de saúde, em especial do profissional enfermeiro, pois tem enfrentado situações complexas nessa atenção à gestante. Tem ocorrido, também, contradição no que se refere às atribuições dos membros das equipes pela Política Nacional da Atenção Básica.

Das seis unidades de saúde que participaram do estudo, duas delas referiram que a organização da atenção à gestante de risco tem atendimento do gineco-obstetra como referência inicial. Segundo alguns gestores entrevistados, apesar da presença deste especialista ou outros na AB, são poucos os que estão inseridos como referência para as equipes da ESF, ou seja, não faz parte da organização da política de saúde da SMS sua inclusão como referência para a ESF, o que foi observado a partir do discurso de um entrevistado, pois essa organização ocorre por meio da discussão com a gestão local.

[...] nós aqui na unidade temos a sorte de termos duas ginecologistas. Então, a primeira referência é para a nossa "G.O. Quando a ginecologista avalia que não tem condição de conduzir essa gestante aqui, a gente vai correr atrás. Bota na regulação, não tem vaga, aí a gente consegue por outros meios. Desde quando eu cheguei aqui

que eu faço contato direto com a Saúde da Mulher, Com a Regional. Para consulta a gente consegue, mas é com luta, não é tão fácil... a questão da rede ainda não está bem organizada, mas já avançamos muito (G13).

Percebe-se que o trabalho do especialista integrado a equipe da ESF é configurado como uma questão local, que não faz parte da organização da rede a presença desse profissional ou outro na AB no município, e quando está presente é referido como “sorte”, pois, no caso acima, a gestão local conseguiu organizar o fluxo para referência das equipes, entretanto, essa situação não é comum nas unidades de saúde.

Estudo realizado por Almeida e colaboradores (2013) referiu o matriciamento entre as inovações implantadas para reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais de APS, assim como trabalhar as dificuldades encontradas pelas equipes de SF em seu próprio espaço de trabalho. Nesse sentido, os profissionais de saúde vinculados a hospitais de referência deslocam-se aos Centros de Saúde para realização de consulta compartilhada, sessões clínicas, capacitações e elaboração conjunta de protocolos.

No município de Fortaleza, a experiência de matriciamento somente tem ocorrido em relação à Saúde mental na Atenção Básica, tendo sido retornado no ano de 2017, e não está presente em todas as unidades de saúde.

Entretanto, em relação à gravidez de risco, não foi encontrada em nenhuma unidade participante do estudo o matriciamento com especialista na área de gineco-obstetrícia. Nesse sentido, sua implantação poderia contribuir na melhoria do acesso a essa gestante e na organização dos serviços, principalmente na otimização das vagas da atenção secundária e/ou terciária, pois são insuficientes para atender à necessidade da rede, portanto, necessitam ser melhor direcionadas, conforme discurso a seguir.

[...] a oferta de pré-natal de alto risco não é hoje a oferta desejada... a gente tem poucos serviços, e uma quantidade de ofertas que não atende à nossa demanda, porque essas unidades de alto risco, com exceção do NAMI, dividem as ofertas com Fortaleza e as pactuações com os outros municípios (G4).

A partir dessa dificuldade é possível inferir o conceito de violência estrutural presente nos serviços de saúde, inclusive a forma de organização com a não regionalização das consultas especializadas, assim apresentando outra dificuldade para a população, em especial por ocasião do pré-natal de risco.

Para Minayo (1994), esse tipo de “violência é gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizadas e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos”. Para a autora (1994), em

determinados momentos, certos interesses das classes exploradas são satisfeitos com a intenção de fazê-las crer que estão atingindo seus direitos e de arrefecer seus ânimos exaltados.

Desse modo, o acesso não está relacionado somente à consulta, pois diferentes situações são enfrentadas no seu cotidiano, como o acesso geográfico, econômico e outros.

O município de Fortaleza, a partir da implantação da Rede Cegonha no ano de 2011, realizou a vinculação da gestante a maternidades/hospitais que realizam parto, atendendo à Portaria nº1459/ 2011 (BRASIL, 2011a). Todas as gestantes ao iniciarem o pré-natal são informadas à maternidade por ocasião do parto (Anexo I). Por algum tempo, essa vinculação funcionou conforme relato dos entrevistados por ocasião das entrevistas realizadas, entretanto, atualmente as gestantes também têm enfrentado dificuldades por ocasião do parto.

No momento, segundo a Área Técnica da Mulher do Município, em virtude da ampliação das unidades básicas de saúde, esse processo encontra-se em implementação, ou seja, está sendo realizado uma nova pactuação em nível de maternidade/regional/unidades de saúde.

Diferentes estudos realizados no Brasil revelaram a presença de desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país, muito embora tenham sido encontradas evidências de redução dessa desigualdade nos últimos anos (ALMEIDA et al. 2013, MACINKO & LIMA-COSTA, 2012). Essa desigualdade foi mais acentuada para cuidados preventivos.

A privatização de muitos serviços é um exemplo, pois muitos deles, poderiam ser ofertados pelo próprio município a partir da implementação de seus laboratórios, de concurso público, inclusive para as especialidades básicas, da garantia de funcionamento dos equipamentos, entre eles os exames de imagem. Entretanto, até mesmo exames de rotina de pré-natal são terceirizados, e em alguns momentos se vivencia sua ausência, conforme fala de uma das gestantes e trabalhadores entrevistados, contribuindo ainda mais para a desvalorização da AB e do serviço público pelo usuário.

[...] eu fiz todos os exames aqui (hospital), no posto não tinha, nunca tem e o exame de sangue quando consegue demora muito para fazer, assim como para receber o resultado, aliás nunca tem nada... e aqui, a máquina da ultrassom está quebrada (U5).

[...] eu acho realmente isso, essa dificuldade do atendimento. Essa burocracia que faz com que atrase os exames, isso é uma violência contra os direitos das mulheres, das gestantes (T39).

Dessa forma, a oferta dos exames laboratoriais e de imagem pelo próprio município garantiria maior acesso à população, com resultados em tempo oportuno, assim como fortaleceria o SUS.

Esse processo de realização dos exames laboratoriais pelo ISGH ocorre desde o ano de 2013, ocasião em que a instituição foi qualificada pela prefeitura de Fortaleza para realizar a gestão das Unidades de Pronto Atendimento municipais e a gerência dos macroprocessos de Logística e Sistema de Apoio nas Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Na Atenção Primária, o instituto atua em quatro sistemas de apoio às unidades: Assistência Farmacêutica, Diagnóstico e Terapêutico eixo Laboratório, Serviço de atendimento ao cliente, Capacitação e educação permanente (ISGH, 2017).

Diante da situação vivenciada pela população dependente totalmente do SUS, que representa no País aproximadamente 85% da população, somente por meio de muitas lutas e mobilização da sociedade pode ocorrer o enfrentamento da situação em que vivemos, pois, avanços ocorreram, entretanto, não foram suficientes para garantir os direitos da população.

Atualmente, a privatização da saúde vem ocorrendo fortemente nos três entes federativos. A precarização do trabalho, a terceirização de serviços e outros, são propostas que interferem na vida da população e dos trabalhadores de saúde. Essas condições ora implantadas são indecentes e contrárias à Constituição Federal.

Dessa maneira, contribuirá cada vez mais para a exclusão da população aos seus direitos, ao direito à vida, com maior presença da violência institucional na saúde. Então, é necessário resistir sempre, lembrando Foucault que, para ele, onde tem dominação não se pode delegar, é necessário que cada um se implique no processo, só assim é possível o enfrentamento que o filósofo chamou de “atitude crítica”.

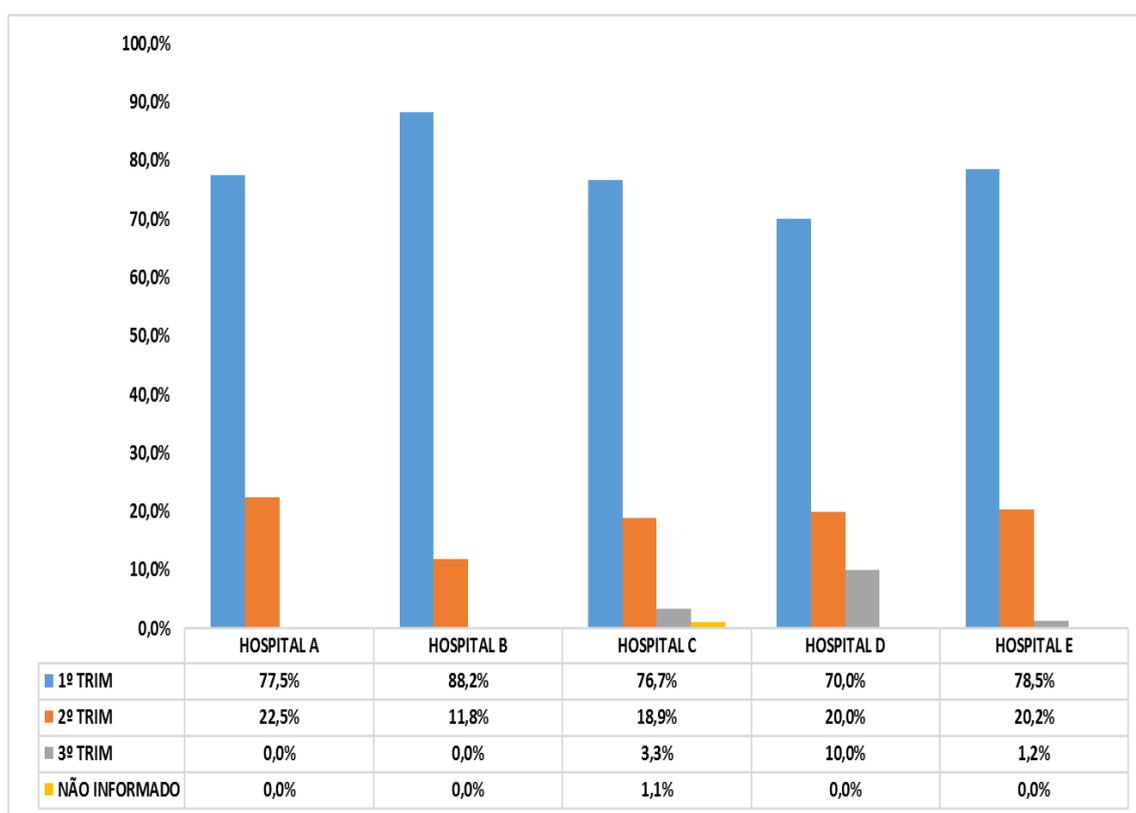
Todas as questões pautadas no estudo têm levado a uma série de questionamentos quanto às dificuldades vivenciadas pela população que depende totalmente da ação do governo, em especial a gestante de risco. Uma questão importante a ser pensada é se essa ideia de risco assumido num processo de trabalho pelo município tem sido capaz de produzir ações potencializadoras da vida. Se cotidianamente não é observado “Fazer morrer e deixar viver”.

Ao pesquisar sobre o acesso da gestante à consulta ao pré-natal, verificou-se que das 401 gestantes atendidas na atenção especializada do município de Fortaleza, 78,8% referiram ter iniciado o pré-natal no 1º trimestre; 18,70% no 2º trimestre e 2,24% no 3º

trimestre. No momento da entrevista, 62,59% das gestantes encontravam-se no terceiro trimestre de gravidez e apenas 3,74% estavam no 1º trimestre (PESQUISA ACESSUS, 2016).

Em relação ao período gestacional que se encontravam quando foram referenciadas à AE, o estudo revelou 50,87% no 1º trimestre; 37,91% no 2º trimestre e 10,22% no 3º trimestre (PESQUISA ACESSUS, 2016). O gráfico a seguir refere o período gestacional que iniciou o atendimento na AE por Hospital de referência a gestante de risco.

Gráfico 6 - Gestante atendida na AE segundo Trimestre Gestacional. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Por isso, um número importante de gestantes está sendo encaminhada no primeiro trimestre de gravidez. Em relação ao encaminhamento no primeiro trimestre gestacional, apesar de ter revelado um percentual alto, não pode ser considerado um indicador de qualidade da assistência pré-natal na atenção básica. A gravidez de risco pode ser determinada por causas diretas e indiretas constitui-se em agravo que tende a ser mais prevalente com o passar dos meses de gestação.

O encaminhamento no 1º trimestre pode decorrer do fato de as equipes de atenção básica utilizarem-se daquilo que os protocolos apontam como fatores de risco gestacional,

utilizados de forma inespecífica para decidir pelo encaminhamento, podendo ser consideradas “falsas positivas”.

Estudo realizado por Domingues e colaboradores (2012) com gestantes atendidas em unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro, refere que o início precoce da assistência ao pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV.

Além disso, propicia uma estimativa da idade gestacional mais precisa, com melhor monitoramento do crescimento fetal e melhor embasamento para decisões relacionadas a uma possível interrupção da gravidez. Viellas e colaboradores (2014), ao analisarem dados de pesquisa “Nascer no Brasil”, encontraram 75,8% das mulheres com início do pré-natal antes da 16ª semana gestacional.

O estudo revelou, ainda, que todos os municípios, exceto Porto Alegre, apresentam razão maior que 15% de partos de gestação de risco/nascidos vivos, evidenciando piora na qualidade do acompanhamento e no tratamento na gravidez de Alto Risco (PESQUISA ACESSUS, 2016). Nesse sentido, é fundamental que se faça um melhor planejamento para oferta de ações voltadas para esse grupo, a partir das evidências científicas quanto ao número de gestantes de risco no município.

Para Severo (2014), os problemas de planejamento apontam paradoxos na gestão do SUS, como a centralização dos processos decisórios, através de mecanismos de indução financeira para programas instituídos pelo Ministério da Saúde.

Percebe-se que, apesar das gestantes terem sido encaminhadas no início do pré-natal para atenção especializada, muitas delas vivenciaram demora no acesso a essa Rede de Atenção, onde o tempo do encaminhamento e do atendimento poderá interferir no tratamento adequado. Conforme verificado nas duas fases da pesquisa, muitas gestantes chegam na AE com a idade gestacional muito avançada, assim, essa questão ocasionou muitas inquietações, onde revelaram que essa situação é complexa para uma atenção adequada.

[...]. É, realmente tem algumas gestantes que demoram bastante para chegar até aqui, alguns dos problemas é esse, elas informam que é por conta da vaga...com essa demora, muitas vezes, não sabemos mais nem o que fazer, a situação está bem avançada, fica mais complicado intervir, o tempo é fundamental para essa assistência...[...] Já veio paciente para a gente com HIV positivo, com resultado com três meses atrás, e sem nenhum tratamento para o problema (T18).

[...] desde o começo no posto disseram que minha gravidez era de risco, mas fiquei na fila de espera....acho que uns três meses mais ou menos.... primeiro fui encaminhada ao Hospital B, depois, vim pra cá (Hospital C)... entrei pela urgência,

o médico me mandou porque precisava de um exame, eles disseram que aqui, é um hospital bom...é grande, tem tudo, aí que viesse tentar aqui o exame (U3).

No que se refere ao tempo de acesso à AE, varia de acordo com as vagas disponibilizadas no período, uma vez que não são fixas. No início da pesquisa, a disponibilização ocorria mensalmente com visualização semanal pelas unidades de saúde. No final das entrevistas e até o momento atual, após inclusão da gestante na fila de espera, ocorre a regulação da consulta por um médico regulador na Secretaria Municipal de Saúde. Conforme referido anteriormente, essas consultas não são regionalizadas, dessa forma apresentam alguns problemas, entre eles o absenteísmo, conforme discurso abaixo:

[...]. Mensalmente, os serviços de alto risco, ofertam, uma quantidade de consultas de primeira vez para a central de marcação. A partir daí a unidade de saúde, semanalmente, visualiza essas consultas...essa consulta não é regionalizada...A dificuldade que eu vejo nisso é que a gente não tem ofertas suficientes...ainda temos absenteísmo (G4).

[...] estou com um problema...é sífilis, fui encaminhada pra cá, mas é muito complicado para mim, aqui é muito longe, não sei como vou fazer para ficar vindo (U2).

Percebe-se que na fala acima a usuária foi encaminhada por um problema que poderia ser atendida na AB, mesmo sendo classificada como alto risco, entretanto, pode não ter sido atendida por várias situações, uma delas é que nem todas as unidades básicas realizam esse tratamento. Entretanto, diante dessa situação, foi para a fila de espera sem nenhum tratamento, situação extremamente complexa, conforme abaixo:

[...] E, assim... elas reclamam muito dos postos, não têm exames...muitas gestantes vêm já no final da gestação sem exames de rotina e aí a gente identifica algum problema no final da gestação, por exemplo, a sífilis, ou vêm com esse encaminhamento com quase 60 dias na fila até ser atendida aqui (T18).

Diante da condução do caso acima, percebe-se que a questão do fluxo após a estratificação de risco não está clara para todos os trabalhadores de saúde da AB do município. Essa situação é de uma regional que possui hospital secundário e gineco-obstetras em algumas unidades básicas, e que seria a referência inicial para pré-natal de risco, em especial diante de um caso que não fosse resolvido na AB.

Algumas situações, como esse caso encaminhado para atenção terciária, poderiam ser resolvidas na AB por meio de referência ao gineco-obstetra na própria regional de domicílio da gestante, ou pela unidade de referência secundária. Outras estratégias, como

o matriciamento com especialista, a educação permanente e a integração dos profissionais são necessárias para melhoria na atenção e maior resolutividade.

Segundo os entrevistados, existe deficiência ou inexistência de educação permanente, em especial na área da saúde da mulher, pois nos últimos cinco anos o município não realizou nenhuma formação, salvo a discussão da estratificação de risco, com período máximo de 4 horas. Referiram, ainda, sua importância para qualificação e aumento da resolubilidade da atenção, conforme discurso a seguir:

[...] a educação permanente é muito importante, porém não existe pelo município, precisava nem ser uma coisa tão complexa, que já iria ajudar, poderia ser na regional, no hospital de referência ou mesmo aqui na unidade, pois só em conseguir pelo menos refletir, tirar dúvidas e discutir os casos, como é que está sendo o nosso pré-natal, como melhorar (T10).

[...] defendo a EP só que a partir de formas inovadoras, sentar e discutir o que fazer, como e quando fazer, onde obstetra, a enfermeira da AE sentam com a equipe da ESF para discutir, por exemplo, no pré-natal de risco. Não precisa aula, isso podemos pegar na Internet, não aguento mais, como é feito na dengue. Deve sim, discutir casos..., fazer matriciamento, o especialista com o generalista. Os protocolos precisam ser construídos junto ao médico de família (T33).

A educação permanente tem grande importância para a melhoria da atenção, pois possibilita a reflexão coletiva dos sujeitos a partir de seus saberes e ressignificação de suas práticas, com objetivo de transformá-las. Nesse sentido, a EP não pode ser vista somente como ferramenta de organização do sistema de saúde ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, como a realização de cursos pontuais, restrita a momentos formais instituídos (CAMPOS et al, 2017).

Sendo assim, é fundamental maior investimento na Política de Educação Permanente do Município, com acesso a todos os trabalhadores de saúde a partir de suas necessidades, baseada na ação-reflexão-ação, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de uma prática transformadora, com aprendizagem significativa e valorização das vivências e práticas em saúde dos sujeitos.

Contudo, torna-se necessário maior atenção do município em relação a essa área, pois problemas como a sífilis ainda faz parte dos graves problemas de saúde pública, e que apesar de ser uma das doenças de notificação compulsória, ainda existe subnotificação e dificuldade no tratamento, em especial do parceiro.

Para Figueiredo e colaboradores (2015), a literatura aponta que, prioritariamente, as ações de notificação da sífilis, busca ativa, tratamento adequado de parceiros sexuais e

acompanhamento sorológico que comprove a cura da doença, representam atividades a serem realizadas na atenção primária à saúde.

Estudo realizado em 2014, no município de Fortaleza, revelou que apesar do tratamento ser simples e de baixo custo, a compreensão e o diagnóstico da infecção expressam certa complexidade, o que pode dificultar o manejo por parte dos profissionais, e que apenas 16,9% das unidades básicas de saúde administravam a Penicilina G Benzatina, em virtude do temor advindo da possibilidade de eventos adversos, entre os quais a reação anafilática e a deficiência de recursos necessários ao atendimento de tal ocorrência (ARAÚJO et al, 2014).

Entretanto, para Galvão e colaboradores (2013), não se justifica, pois, as reações anafiláticas são raras, as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados (FÉLIX; KUSCHNIR 2011). A norma revela-se como produtora de adoecimento e reforça o descaso do Estado com aquilo que não é visível.

Dessa forma, a não realização do tratamento na AB implica em um dificultador para a sua não realização e trazer grave consequência em virtude do risco de transmissão vertical, podendo desencadear sífilis congênita.

No município da pesquisa, a incidência da sífilis congênita em menores de 1 ano evoluiu de 8,7 casos por 1000 nascidos vivos (NV) em 2007 para 20,4 no ano de 2016, conforme gráfico 7 a seguir, demonstrando o grave problema que a gestão e os trabalhadores de saúde necessitam enfrentar, uma vez que a meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de 0,5 casos por 1000 nascidos vivos ao ano.

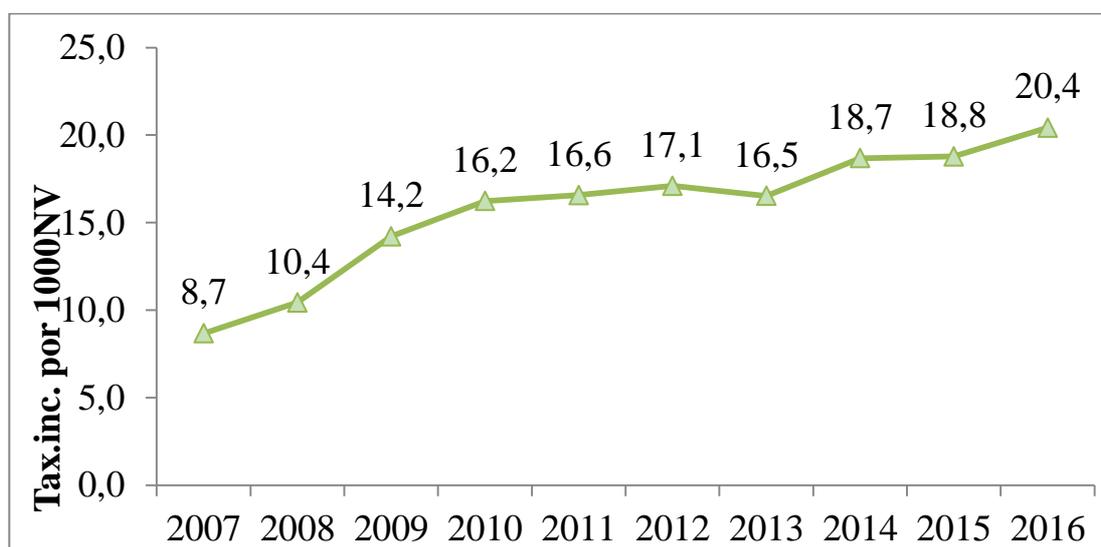
Diferentes situações podem estar associadas a esse crescimento, como fatores ocorridos durante o período pré-natal, que se referem à vigilância da sífilis em gestante: diagnóstico da mãe não realizado, tratamento inadequado ou não registrado e seguimento laboratorial impróprio, a partir da identificação do caso (FORTALEZA, 2017a).

Todavia, torna-se necessário refletir esses achados com o modelo de atenção do município, pois conforme revelado neste estudo, o acompanhamento das gestantes está prejudicado em virtude da agenda prioritária para eventos agudos. Essa questão poderá estar interferindo em muitos indicadores, não somente em relação à sífilis.

[...] mesmo as equipes se dedicando, dando prioridade ao atendimento da gestante, fica na deficiência no atendimento, identificação... muitas mulheres são identificadas com sífilis no final da gestação, e nós não temos como monitorar o tratamento, mesmo as unidades que fazem o tratamento, pois tem o parceiro. Exige maior tempo e dedicação dos profissionais, ACS na área etc. (G17).

Portanto, pela complexidade da adesão ao tratamento da sífilis, principalmente por parte dos parceiros, o acompanhamento das equipes é fundamental, sendo necessário esse monitoramento e discussão em equipe acerca dos procedimentos a serem realizados diante das situações-limites revelados. A seguir, o gráfico 7 sobre a situação da sífilis congênita no município do estudo.

Gráfico 7 - Taxa incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de mães residentes em Fortaleza, segundo ano de diagnóstico, 2007-2016



Fonte: Fortaleza/SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan Net *Dados até out/2017, sujeito a alterações.

Em todas as entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde e gestores foi referido como uma potencialidade a presença do articulador da saúde da mulher nas regionais para acompanhamento das ações, principalmente no que se refere à gestação de risco. Observou-se, então, que em algumas regionais esses articuladores atuam também como técnico da regulação e que têm se apresentado como mais um facilitador para os encaminhamentos.

Por ocasião das discussões no segundo encontro, também foi referido pelos trabalhadores de saúde a necessidade de momentos com o articulador da área técnica da saúde da mulher da regional para discutirem as situações vivenciadas no cotidiano, pois, anteriormente, existia esses momentos em um nível de regional, e que, a partir do modelo atual de gestão não conseguem mais discutir com a equipe da regional, ou entre os profissionais nas unidades, os problemas que necessitam ser superados. Nesse sentido, tem ocorrido deficiência no monitoramento e na avaliação dos indicadores nos territórios.

[...] a gente observa mesmo essa falta de encontro, de discussão, eu não estou falando da atenção básica com a secundária, e sim, da atenção básica com a Regional. Antes a gente podia fazer reunião para dizer para o profissional quando encaminhar, para onde encaminhar... mensalmente, a gente tinha reuniões e essas discussões chegavam na unidade... a gente desconhece tudo, o básico, ninguém sabe de nada (T24).

[...] aqui tem representante da maioria das unidades, que seja repassado para os demais gestores e suas equipes. Eu acho que a Regional VI, está tentando retomar essas coisas que se perderam. Estamos finalizando um processo árduo de reterritorialização... isso vai ajudar nesse processo... como você colocou no começo da pesquisa, aqui não tá sendo o enfermeiro, o médico, o agente de saúde, o gestor, o técnico da área. Nós todos estamos juntos nessa (G20).

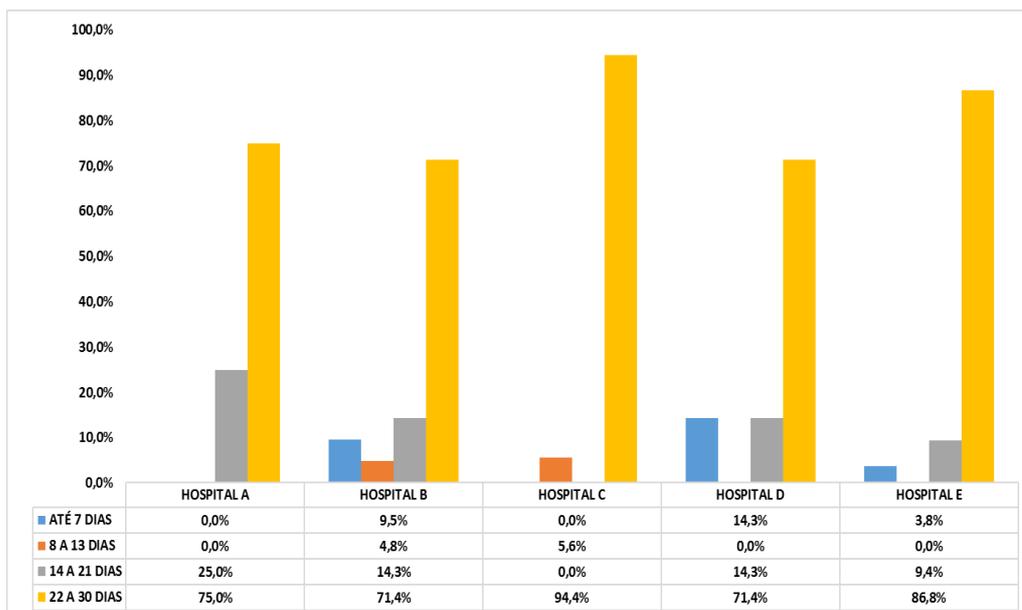
Percebe-se, portanto, que apesar dos avanços, ainda não foi superado o distanciamento da gestão com a atenção, a fragmentação e a desarticulação das redes e a deficiência na garantia do acesso à população.

A Constituição Federal Brasileira, no seu art. 196, está bem clara quando refere que a saúde é um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para proteção e recuperação da saúde, assim como no art. 198, quanto à questão dos serviços públicos, no que tange ao dever de integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituirá um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Entretanto, a realidade é que a cada dia essa garantia de direitos está ficando mais distante da população.

Em relação ao tempo de espera da gestante de risco a AE, o estudo revelou que, do período do encaminhamento, 26,93% das gestantes conseguiram agendar até sete dias; 30,92% entre 15 a 21 dias; 21,20% entre 29 a 36 dias e 7,48% com mais de 45 dias. Ao estudar o tempo de espera por unidade de referência, encontramos: até 7 dias: Hospital B (9,5%), Hospital D (14,3%), Hospital E (3,8%). No período de 22 a 30 dias, Hospital A (75%), Hospital B (71,4%), Hospital C (94,4%), Hospital D (71,4%) e Hospital E (86,8%) (Pesquisa ACESSUS, 2016).

O estudo revelou que o acesso à atenção terciária por algumas gestantes foi menor que na atenção secundária, pois o período menor a sete dias não foi encontrado em nenhuma situação. Quanto ao período de 22 a 30 dias, não apresentou muita diferença de tempo de agendamento entre a atenção secundária e a atenção terciária, conforme o gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8 - Tempo de espera do encaminhamento da Atenção Básica e a primeira consulta na Atenção Especializada da Gestante de Risco. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016).

Durante as discussões, outra situação complexa encontrada na questão da referência secundária é a não disponibilização da oferta das vagas para a central de marcação de consulta, portanto, o agendamento é realizado direto da unidade de saúde, prioritariamente da Regional VI e no Hospital, conforme abaixo:

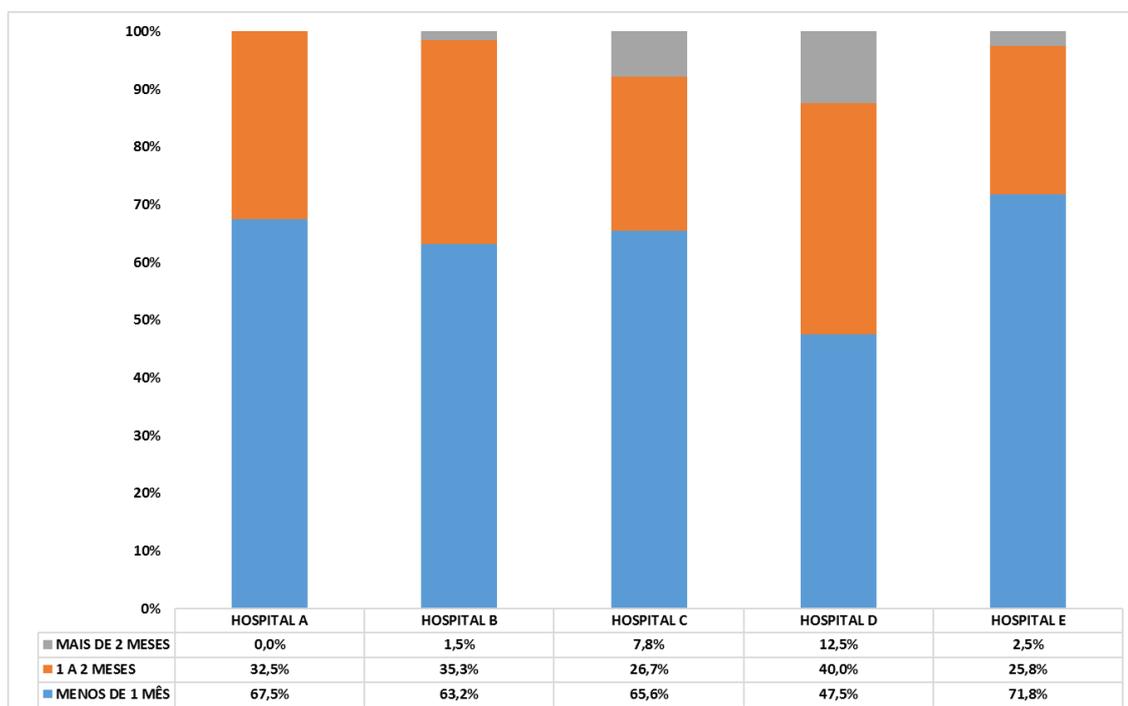
[...] as consultas são agendadas pelo NAC. Há uma comunicação da atenção básica com o hospital por meio de telefone, não acompanho esse processo..... Apesar de nós sermos referência para essa regional, tem casos que a gente não pode atender e não temos comunicação direto com a terciária (G2).

[...] já tivemos gestante aqui na unidade de passar quase três meses sem a gente conseguir vaga para o especialista. Em novembro de 2016 aconteceu sim. Duas gestantes que demoraram bastante, quando conseguiu já estava com 40 semanas (G 17).

Nesse sentido, percebe-se que existem dificuldades na atenção secundária e terciária. Na atenção secundária as consultas não estão disponibilizadas no sistema, são agendadas pela coordenação por telefone, informações muitas vezes não disponível no momento do agendamento e outros. Posteriormente, retomaremos a essa discussão, ocasião em que será apresentado o fluxograma construído a partir do caminhar da gestante entre as Redes de Atenção.

Ao estudar o tempo de agendamento entre 30 a 60 dias e com mais de dois meses que a gestante ficou na fila de espera, o Hospital D apresentou o maior percentual das gestantes, ou seja, 40%, e 12,5%, respectivamente, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 9 - Acesso da Gestante de Risco à AE segundo o tempo de espera por Unidade de Referência. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Percebe-se, portanto, que mesmo que a gestante seja encaminhada no 1º trimestre para a AE, em virtude da demora no agendamento, principalmente para atenção terciária, ocorre interferência na condução do caso, portanto, é necessário melhorar o tempo de acesso da gestante a essa atenção, no momento que necessita, com pelo menos uma avaliação inicial do especialista até esse agendamento, pois, como são casos de gestantes de risco, maior monitoramento faz-se necessário nessa condução.

Ao associar essa questão com um tempo de agendamento, por exemplo, com dois meses, o início do pré-natal na AE pode representar uma situação complexa para a gestante e a criança, uma vez que o tempo é fundamental para a intervenção. Essa questão também ocorre no caso da gestante encaminhada para o Hospital A de forma não adequada, ou seja, encaminhada para atenção secundária uma gestante com perfil para terciária. Nessa

situação, o problema é mais complexo, pois terá que retornar para AB e entrar novamente na fila de espera.

A partir desse achado, os trabalhadores foram discutindo o tempo como regulador de movimentos no território, e ao mesmo tempo não se acessa-o para tomada de decisão, conforme abaixo:

[...] a gente já tem uma dificuldade aí, por exemplo, 80% mais ou menos iniciou no primeiro trimestre na AB, dessas 80%, 50,87% foram encaminhadas no primeiro trimestre...só aí já tem uma diferença, portanto, além de demorar um pouquinho mais para encaminhar, ainda tem as dificuldades de, depois de encaminhado, para conseguir o atendimento, é um absurdo (T26).

[...] vivemos diferentes situações, áreas descobertas de ACS, equipes incompletas, turnos de trabalho com um percentual alto de DESP, agendas lotadas, muita dificuldade para acompanhar... (T29).

Ao perceberem a realidade da atenção básica por meio da discussão, os trabalhadores da atenção da especializada ficaram surpresos, pois não tinham conhecimento da dificuldade em relação à deficiência na realização de visitas, do número de ACS nas microáreas, da organização da carga horária dos trabalhadores de saúde que cuidam de a gestante ser muitas vezes maior para eventos agudos e outros.

Para quem não vivencia a AB, não imagina como funciona de fato, pois é uma Rede dinâmica, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, e que no cotidiano apresenta dificuldades diversas para responder às necessidades da população, conforme revelado pelos sujeitos em todas as regionais de saúde.

[...] eita, eu agora fiquei muito preocupada. Acho que, como todo mundo, a gente não enxerga a realidade, assim, quando você tem uma pesquisa para mostrar esses dados ficamos surpresos, a gente precisa conhecer mais sobre os serviços, cuidar dessa integração urgente...porque impacta na mortalidade materna, já que a gente está trabalhando com médio e alto risco, tem que ter flexibilidade, resolubilidade....realmente ela deve continuar na atenção básica... (T26).

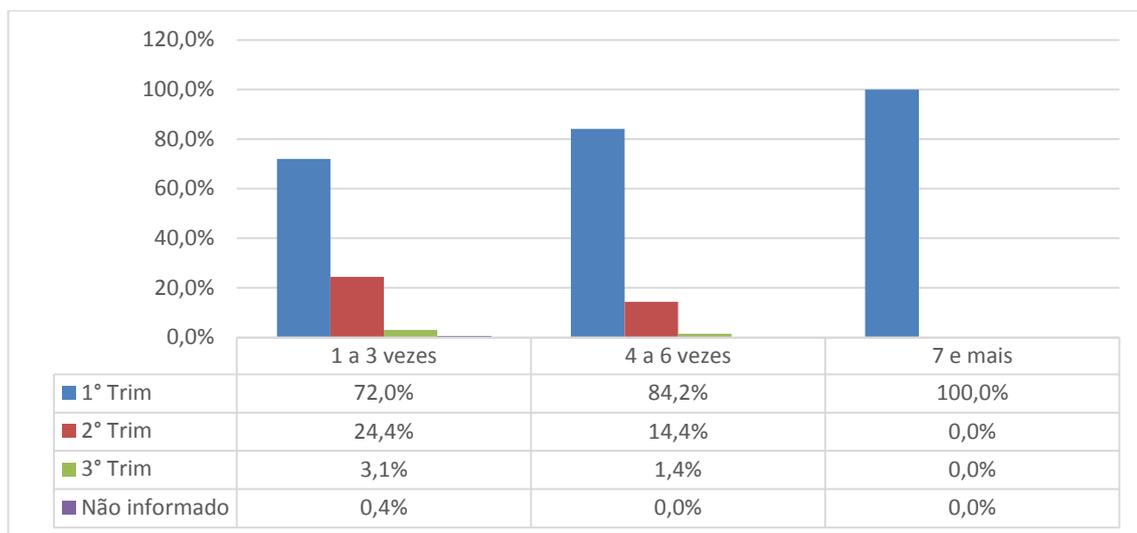
[...] estou surpreso com essa cobertura da ESF no município... acho que não é isso, 42% está muito alto...a realidade é outra. (T 28).

[...] na nossa vivência nas unidades de saúde, nós não temos essa rede organizada, nós não damos a garantia de que essa gestante vai ter o seu pré-natal completo, com todas as consultas, com a garantia dos exames, ultrassonografias. Atualmente, não é garantido, seus direitos são violados. (G 12).

Ao avaliarmos o tempo de gravidez que iniciou o pré-natal com o número de consultas realizadas na atenção especializada, percebeu-se que as gestantes com o maior

número de consultas especializadas foram as que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre na Atenção Básica, conforme gráfico 10 a seguir.

Gráfico 10 - Início do Pré-Natal da Gestante de Risco na Atenção Básica com o número de consultas na Atenção Especializada. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

Em relação ao serviço de saúde que realizou o atendimento, os resultados apresentaram o acesso inicial da gestante na AB, representando que 91,77% das mulheres com gestação de risco foram encaminhadas pelas unidades básicas de saúde, 3,24% pelo serviço de urgência & emergência, 0,75% pelo consultório privado e 2,99% por outro local.

Este estudo revelou ainda que a porta de entrada da mulher para o pré-natal tem ocorrido no município prioritariamente pela AB/ESF, entretanto, demonstrou que ainda existem casos de gestantes que tiveram acesso à AE sem encaminhamento da AB. Essa situação foi detectada por ocasião da 1ª etapa da pesquisa, embora esse achado possa ainda não ser o real, pois o critério seria ter sido encaminhada pela AB e ser de risco, assim, poderá ser um número superior.

Entretanto, por ocasião das entrevistas e nas discussões no grupo, por ocasião da restituição, foi revelado casos que chegam na AE sem encaminhamento da AB e com gravidez de risco habitual, prejudicando o acesso de quem realmente necessita.

[...] tem casos que chegam na atenção secundária e terciária, mesmo de risco habitual através de funcionários, seja familiar, amigos e outros, principalmente no hospital terciário que atendo também (G21).

A Atenção Básica, entre as diferentes atribuições, é responsável pelo acompanhamento da gestante, independente do risco presente. Ao referenciar a gestante para a atenção especializada, deve responsabilizar-se por seu acompanhamento, por meio de visitas domiciliares, consultas ambulatoriais e outras. Contudo, percebe-se que ainda é presente, em alguns serviços especializados, deficiência no fluxo dessa atenção, pois no momento em que é acolhida uma gestante de risco habitual no nível de AE, exclui a que realmente necessita.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a gestante de risco encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco deverá ser orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. Essa questão necessita ser melhor discutida com as duas redes de atenção, porque nem sempre os trabalhadores de saúde e gestores possuem esse mesmo entendimento, em especial da atenção especializada, conforme abaixo:

[...] acho que não é preciso voltar para unidade de saúde quando está sendo acompanhada aqui, assim dá vaga para outros pacientes.... (G5).

[...] realmente, a gestação todinha elas vêm só para cá, ficam o pré-natal todo aqui (secundária) (T26).

[...] não, me disseram que agora vou fazer o pré-natal só aqui (atenção terciária), não preciso voltar mais para o posto (U1).

Durante as discussões no grupo, por ocasião do segundo encontro, debateu-se sobre a importância da estratificação de risco na gestação, revelando a sua necessidade para otimização das vagas diante do encaminhamento da gestante de forma adequada.

Por ocasião do debate, um dos gestores referiu o problema da mortalidade materna tardia no município como mais um indicador importante a ser refletido pelos trabalhadores de saúde e gestores da AB e AE, no que se refere ao maior acompanhamento pelas equipes, a partir da reorganização do processo de trabalho.

A mortalidade materna tardia, da mesma forma que a mortalidade até os 42 dias de puerpério, refletem os riscos atribuíveis à gravidez, ao parto e ao puerpério e às condições da assistência à saúde da mulher, desde o acesso aos serviços de saúde à qualidade da assistência prestada. Sua análise é também necessária para identificar ações concretas para a redução das mortes maternas evitáveis. Esse processo tem ocorrido por ocasião das reuniões do Comitê de Mortalidade Materna em nível de Município e Estado.

Vega e colaboradores (2017) referiram que a razão de mortalidade materna total (RMM Total), com a inclusão das mortes maternas tardias, aumentou em 15,8% no Município de São Paulo e em 13,1% no Estado do Paraná, chegando a 55,91 e 64,08/100.000 nascidos vivos, respectivamente.

A questão relatada acima é preocupante, instiga a diferentes questionamentos, retoma as discussões ocorrida no primeiro encontro quanto ao processo de trabalho, modelo de atenção, cobertura da ESF, à dificuldade do acesso nas suas diferentes dimensões e outras deficiências relacionadas à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Durante as entrevistas em todas as regionais e por ocasião dos encontros, os sujeitos participantes revelaram que, com à priorização de eventos agudos, tem ocorrido prejuízo do acesso a consultas programadas nos diferentes grupos, inclusive nos que se encontram nas condições crônicas, como é o caso da gestante, em especial nas unidades com menor número de equipes.

[...]. Comecei com três meses o pré-natal, mas a consulta demora tanto no posto, do terceiro mês, eu fui atendida quase no quinto mês, por conta do intervalo da consulta, acho que é porque é muita demanda e não tem vaga, aí eu fiz uma consulta com o enfermeiro e uma com o médico, aí ele me classificou como gravidez de alto risco e me encaminhou pra cá (hospital terciário) (U1).

[...] O atendimento de DESP é prioridade, tem unidade que chega a fazer pré-natal a cada 15 dias. Então..., assim, essa demanda espontânea veio só oprimir mesmo os profissionais. Os programas estão relegados a segundo plano...se remarca um pré-natal porque a DESP não pode ficar descoberta, aí se bota para outro dia. E assim não é só um pré-natal, é o hipertenso, o diabético (T21).

Desse modo, observamos que o modelo de gestão é contraditório com o que está proposto na atenção ao pré-natal nas diretrizes clínicas do município (FORTALEZA, 2016a), no Plano Municipal de Saúde (PMS) (2014-2017) (FORTALEZA, 2013) e nas orientações do Ministério da Saúde, pois com a priorização de eventos agudos, muitas equipes não estão conseguindo disponibilizar vagas para consultas de pré-natal semanalmente, assim como seguir o cronograma proposto pela SMS e MS, no que refere o acompanhamento mensal, quinzenal e semanal, de acordo com a idade gestacional. Nesse sentido, essa situação interfere nas ações de enfrentamento da mortalidade materna.

Dessa maneira, torna-se necessária maior priorização da gestão com esse grupo, mais discussões com os trabalhadores de saúde sobre a realidade de cada território, não somente na perspectiva da epidemiologia clínica, mas também na social, levando em consideração o número de equipes, de ACS, das áreas descobertas, assim como o risco e a vulnerabilidade.

Percebe-se, pelo discurso abaixo que, apesar da gestão referir à necessidade de acompanhamento da AB à gestante de risco de acordo com as diretrizes clínicas para gestantes, na prática, a forma como está organizada o processo de trabalho, conforme revelado pelos participantes do estudo, tem apresentado dificuldades em relação a essa priorização. Entretanto, esse problema é mais presente nas unidades com um número menor de equipes, conforme referido anteriormente.

[...] Mas a gente teve uma dificuldade no início da nossa gestão passada, porque as unidades abriram as portas para o acolhimento com classificação de risco para as urgências da atenção primária. Acabou, assim, que essa abertura de portas, ela um pouco que desorganizou o nosso serviço na atenção programada. Na verdade, a forma como foi implementado gerou muita dificuldade, gerou a fragmentação dos grupos que a gente tinha, não só de gestantes, como outros grupos operativos, de outras condições crônicas (G11).

[...] três turnos do meu tempo da semana, é ocupado pelo acolhimento, só que para mim, ele não é resolutivo... prejudica a relação médico/paciente, vínculo, equipe/paciente. Às vezes, passo a tarde todinha atendendo gente que não é da minha equipe e que eu tenho que atender, porque as portas são “escancaradas”, não são abertas, são “escancaradas”. É gente até de Caucaia, é gente de todo lugar...(T11).

Verifica-se que essa deficiência ao acesso pode interferir não somente na atenção à mulher por ocasião do pré-natal, mas também na saúde da criança, inclusive em relação à mortalidade infantil do município. Os dois indicadores no município precisam efetivamente de priorização, pois, ao revisitarmos a situação da mortalidade infantil, encontramos quase nenhuma redução nos períodos de 2014, 2015 e 2016, com resultados de 11,3%; 12,3% e 12,0%, respectivamente (FORTALEZA, 2018).

No ano de 2017, a situação ainda é mais preocupante, pois até o momento da finalização deste estudo a taxa de mortalidade infantil apresentava-se em 14,6% por 1000 nascidos vivos, portanto, um aumento que há anos não ocorria. Ressalta-se que esse dado está sujeito a alterações (FORTALEZA, 2018).

Embora a mortalidade infantil esteja associada a uma série de fatores, logo, não somente às falhas exclusivas da atenção à saúde, é necessária maior avaliação desse indicador, pois, no que se refere à saúde, muitas questões necessitam de melhorias, de avaliação, de monitoramento e implementação de estratégias para seu enfrentamento, como: visita domiciliar no puerpério, atenção ao recém-nascido na primeira semana de vida, puericultura, educação em saúde, articulação entre os setores que possuem influência nas condições de vida da população e repensar o modelo de atenção implantado nos últimos anos, entre outros. Em vista disso, a priorização deve ser efetiva, demonstrada por meio de ação,

conforme mensagem a seguir escrita no Plano Municipal de Saúde do Município (2013-2017).

“(...) a vida a ser defendida não só com palavras..., Mas, a vida patrocinada por ações e decisões políticas.”

(João Cabral de Melo Neto)

Portanto, apesar da importância do atendimento à demanda espontânea para facilitar o acesso da população, a maneira como está organizado o processo de trabalho das equipes precisa ser reavaliada, pois não dá para implantar e/ou implementar processos de forma uniformizadas sem condições adequadas, com recursos humanos insuficientes e com modificações das ações de competência das equipes da Estratégia Saúde da Família.

O que tem ocorrido em muitas unidades de saúde, conforme revelado, é a procura de hipertensos e de diabéticos somente para receber receita do tratamento medicamentoso, muitas vezes até por faltar à consulta, conforme revelado na pesquisa. Por isso, cada vez mais tem ocorrido o fortalecimento do modelo biomédico, medicamentoso, centrado em um profissional.

[...] O acolhimento é importante, deveria organizar o serviço, deixou a ideia de usuário procurar a unidade de saúde e o enfermeiro ou o coordenador ter que pedir favor para o médico atender. O problema foi como foi divulgado, passado a ideia de atendimento médico de 7 as 19 horas, então a população pensa que é só ir na unidade e ter consulta médica, muitos vão pela receita, como hipertensos, diabéticos. Assim, faltou diálogo com a população e com o trabalhador...gerou então uma desorganização do serviço (G17).

A medicalização é sinal e sintoma de que é necessário rever significados e sentidos que são construídos nas Unidades de Saúde da Família (SILVA, 2012). Para a autora (2012) os trabalhadores de saúde ainda continuam se guiando pelo saber poder que se cristalizou e observou-se como as ações das unidades de saúde se estruturaram com foco na doença ou na visão constituída de que o médico que tem potencial para resolvê-las.

O não conhecimento da realidade dos territórios e o “engessamento” dos processos configuram grande risco na atenção à saúde, pois, dessa forma ocorre a deficiência no que está proposta na Política implantada a partir da Rede Cegonha, em especial para o enfrentamento da morbimortalidade materna e infantil das três esferas de governo.

Portanto, não deveria ser permitido que gestantes e crianças, em especial menores de dois anos, fossem deixadas em segundo plano, diante de uma realidade complexa que é a

mortalidade de ambas no município e as desigualdades sociais existente nos territórios. Nesse sentido, não podem ser abandonadas à sorte, desresponsabilizando com quem necessita do cuidado e da atenção.

Por ocasião das entrevistas, foi revelado que existe um outro fluxo para as gestantes com Zika, portanto, não vivenciam dificuldade de acesso, existe uma maior preocupação com essa condição, conforme discurso a seguir: “[...] eu queria só registrar que temos notificado algumas gestantes com zika, porém essas gestantes não são inseridas no sistema, elas vão direto para a referência (G 16) ”.

Assim, priorizar a demanda espontânea em detrimento das outras ações é complexo, principalmente nos territórios de maior risco e vulnerabilidades atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Atender aos que procuram o serviço é fundamental, torna-se necessário também a discussão entre gestores, trabalhadores e usuários, pois, pelos relatos dos participantes da pesquisa, a carga horária destinada a essa questão é superior às demais atividades da ESF, inviabilizando, dessa forma, o desenvolvimento de muitas ações de responsabilidade das equipes, em especial o acesso, o cuidado e o vínculo. Logo, não dá para colocar tudo sob a responsabilidade das equipes e dos trabalhadores de saúde, em virtude das deficiências existentes na gestão.

Entretanto, o dispositivo “acolhimento” para os trabalhadores de saúde da AB vem se constituindo como uma triagem e não tem respondido à necessidade real da população, uma vez que em muitas unidades de saúde somente conseguem acessar um atendimento por meio desse dispositivo, e não necessariamente com sua equipe de referência. Outra questão, é o não entendimento da população e dos usuários do sistema sobre o que significa os eventos agudos, pois no momento em que não conseguem agendar uma consulta, procuram o acolhimento para essa demanda.

[...] É, na verdade, o modelo proposto, ele é válido, só que ele não é muito bem desenhado para os profissionais não... Porque ele tem uma proposta de um atendimento de demanda livre....no caso de uma gestante, se ela procura no dia que não estiver agendado para uma auscultação ou qualquer outra coisa a gente não tem condição de atender. (T17).

[...] Eu acho que facilitou muito o acolhimento. Agora, minha opinião como usuária, até... o acolhimento em si.... ele não funciona como a gente vê na teoria. Não há essa disponibilidade do médico estar atendendo às pessoas que chegam na urgência (T3).

Isto posto, a efetivação do acolhimento, deverá ser atravessada por processos de responsabilização, com criação de vínculo a partir da escuta qualificada, com utilização de ferramentas como clínica ampliada, projeto terapêutico singular. Sendo assim, contribuindo para a produção de um cuidado que atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, ocorre maior resolutividade na atenção, assim como reorganização do processo de trabalho e fortalecimento de vínculo. Dessa maneira, se a política não consegue atender às necessidades da população, é preciso revê-las e discutir quais necessidades são essas (SILVA, 2012).

Estudo realizado no município desta pesquisa revelou que, para os coordenadores das unidades de saúde, ainda não está claro o atendimento à demanda espontânea para o profissional de saúde e para o usuário, que existe um baixo investimento em processos de formação para as equipes nas ações de acolhimento e que as ações normativas não são suficientes. Revelou ainda, a centralização das decisões, a fragmentação do trabalho, a desvalorização dos profissionais, que os leva ao desinteresse, a não criarem vínculos com o serviço, à (des)motivação, à alienação e à (des) responsabilização em relação aos resultados finais (LEITÃO, 2016).

Ao dialogar com Faria (1999), observa-se no sistema de saúde uma relação que se estabelece, em que o técnico sabe o que faz e determina o que fazer. O poder exercido pela imposição caracteriza-se como um espaço de violência não física, mas uma violência que despreza a subjetividade daqueles que procuram esse serviço. É uma violência silenciosa, que traduz a cumplicidade entre o saber e o poder.

Percebe-se, portanto, a existência de relação de poder entre a gestão, trabalhador e usuário, assim como sua presença no modelo verticalizado, onde os processos instituídos ocorrem sem diálogo e sem o protagonismo, principalmente de quem executa e recebe o cuidado. Para Severo (2014) o envolvimento e o protagonismo dos diversos atores tornam-se essenciais para a construção de um direcionamento coletivo.

Dessa forma, nota-se também diferentes situações de exclusão, pois, além da privação econômica, existe uma negação de respeito, de reconhecimento de direitos, onde as pessoas sofrem uma privação da própria ideia de cidadania. Logo, a falta de acesso ao sistema de saúde é mais uma manifestação explícita da exclusão social e configura-se como uma forma de violência estrutural e institucional.

[...] a gente se sente fracassada de não poder pagar um particular... eu acho que a gente fica triste, muito mal... (U1).

[...] A própria falta de medicamentos, falta dessas vagas para o pré-natal de alto risco... o Estado, ele tem que garantir esse acesso. Essa falta dessas vagas é uma violência institucional” Eu acho que os maiores riscos são os riscos sociais, esses são os mais complexos” (T7).

Assim, as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente (ASSIS & ABREU DE JESUS, 2012). Para os autores (2012), apesar da realidade perversa em relação ao acesso aos serviços de saúde, é possível construir a consciência cidadã, derrotar o conformismo social por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade e, finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população.

A dificuldade do acesso não se restringe apenas ao atendimento nas diferentes Redes de Atenção, pois também vivenciam o não acesso à assistência farmacêutica e outros. Na pesquisa realizada em Fortaleza, parte considerável das gestantes não tem garantia de acesso a medicamentos pelo SUS, o que demonstra severas restrições a esse grupo que tem por opção não usar, ou usar parcialmente e/ou bancar as expensas da família com aquilo que é um direito.

O estudo revelou que 93,77% das gestantes faziam uso de medicamento, 41,22% referiu receber alguns nos postos de saúde, enquanto 32,92% não recebia nenhum medicamento. Em relação à realização de exames pelo SUS, revelou índice de 92% em Campinas, 88% em Porto Alegre, 72,5% em São Paulo e Fortaleza com apenas 57%. (PESQUISA ACESSUS, 2016), percebendo-se, portanto, outra violação de direito.

A deficiência na atenção é visível a partir dos dados apresentados, existe violação nos mais diferentes acessos. Essa situação, também, foi revelada pelos participantes deste estudo por ocasião da segunda e terceira etapa desta pesquisa.

[...] medicamento também nunca tem... às vezes um medicamento como o sulfato ferroso, é muito barato, mas se tivesse pra gente receber, a gente não tinha que gastar para comprar, já economizava...as farmácia lá quase não tem medicamento por toda essa gravidez tive que comprar... porque nos postos de saúde, as farmácias tudo desfalcadas mesmo... muito difícil agora você chegar com a receita e ter o remédio para receber (U3).

A partir das considerações estabelecida até aqui, não tem como não perceber que, apesar da violência institucional ser uma violência silenciosa, silenciada, invisível, naturalizada, ela está presente nos serviços de saúde, nas instituições consagradas por sua

tradição e poder, e, normalmente, não é contestada, pois existe conformismo e alienação, principalmente por parte da população e dos trabalhadores de saúde.

O não direito ao acesso aos serviços de saúde consiste em violação de direito à saúde, porém, sem maiores discussões, reivindicações ou indignação. É compreendida muitas vezes por incompetência de governo, mas os trabalhadores de saúde e a população ficam assujeitados no que está posto e a população, muitas vezes, sem entender, penaliza os trabalhadores de saúde, provocando violência, pois, diante da deficiência do serviço o trabalhador de saúde também fica exposto a situações diversas.

Nos encontros que participamos por ocasião da avaliação do resultado da pesquisa com os demais pesquisadores do estudo que ocorreu na cidade de Campinas, observou-se que das quatro cidades do estudo, somente no município de Fortaleza o encaminhamento da gestante de risco é realizado apenas por médico.

Observamos, também, que no momento em que ocorre o atendimento da gestante, e é estratificada como de risco, ocorre diferentes situações de acordo com a realidade local. No caso da referência para atenção terciária, o sistema só aceita encaminhamento pelo médico, diferenciando das outras cidades da pesquisa.

Na cidade de Múrcia-Espanha, o responsável pelo encaminhamento é o profissional de saúde que atende e estratifica o risco. Ressalta-se que essa situação ao ser encontrada em algumas unidades básicas de saúde sem o médico da equipe no momento do atendimento pela enfermeira, a paciente necessita retornar para esse encaminhamento pelo médico, o que se constitui em outra dificuldade enfrentada pela gestante. Na ausência de médico na equipe, a situação fica mais complexa.

[...] Antigamente eu e o médico atendíamos no mesmo dia e no mesmo horário, e aí facilitava... agora não. Diante de uma gestante de alto risco, eu converso com ele (médico) e, dependendo do risco, a gente tenta agendar uma consulta com mais brevidade para ele... Assim, em alguns casos eu repasso toda a história clínica, qual é a situação, e ele já dá o encaminhamento manual para o pré-natal de alto risco para essa gestante, se ele não estiver na unidade, ela tem que retornar (T7).

[...] diante de um caso de risco, encaminho para o médico da equipe e se for para o hospital do município eu mesma encaminho (T4).

[...] no momento da referência e o médico da equipe não está na unidade, ela (gestante) retorna no outro dia para pegar o encaminhamento (T7).

[...] tive que voltar na unidade duas vezes para pegar o encaminhamento do médico, então só depois fui marcar. Depois fiquei indo na unidade para ver se tinha vaga (U5)

Dessa forma, o enfermeiro não consegue acessar esse procedimento diante da necessidade de encaminhamento. Percebe-se, então, que a atuação das equipes em horários diferenciados, além de descaracterizar a ESF, contribui para o não fortalecimento do trabalho em equipe, o não compartilhamento e a não discussão dos casos naquele momento, o não referenciamento da gestante quando necessário entre outros.

Acredita-se que o achado, conforme gráfico 11, que refere ao encaminhamento realizado pela enfermeira nesta pesquisa, mesmo em um percentual pequeno, pode ter ocorrido por ocasião de encaminhamento diante de uma situação de urgência e/ou durante o atendimento ao estratificar como gravidez de risco, dependendo da situação realizou uma consulta compartilhada com o médico, ou no caso de encaminhamento para o Hospital municipal em nível de atenção secundário.

O não referenciamento pela enfermeira também foi revelado no discurso de um dos gestores entrevistados como um grande dificultador, principalmente para as equipes incompletas.

[...] muito complicado para a enfermeira quando necessita referenciar a gestante e não tem médico, pois fica como um favor. Quando ela vê essa paciente, ela vai lá no colega que, muitas vezes, alguns não querem fazer esse encaminhamento. E fica essa dificuldade, fica mais uma vez o profissional se sentindo angustiado diante dessa falta do profissional médico. Eles questionam, pois referem que se der um jeitinho, a SMS nunca vai colocar outro médico, porque estão dando resposta (G12).

Percebe-se que, nesses casos, a gestante é mais uma vez vitimizada, pois a situação não é vista como prioridade, e sim o problema da gestão, trazendo interferência no cuidado à gestante de risco. Diante dessa situação, o trabalhador de saúde não se corresponsabiliza com esse cuidado, assim como revela ainda a deficiência do trabalho em equipe, uma vez que a relação com a gestão, muitas vezes na não confiança de que seja solucionado o problema local, tentam penalizar a gestante por não se responsabilizar pela sua condição.

Outra questão seria a própria relação do poder do médico interferindo no processo de trabalho, assim como o assujeitamento por parte da enfermeira em assumir um problema que não é exclusivamente dela, pois nesse caso, a gestão, em especial a local, é responsável por resolver o problema, e não o profissional ser submetido a situações de conflitos ou de favor.

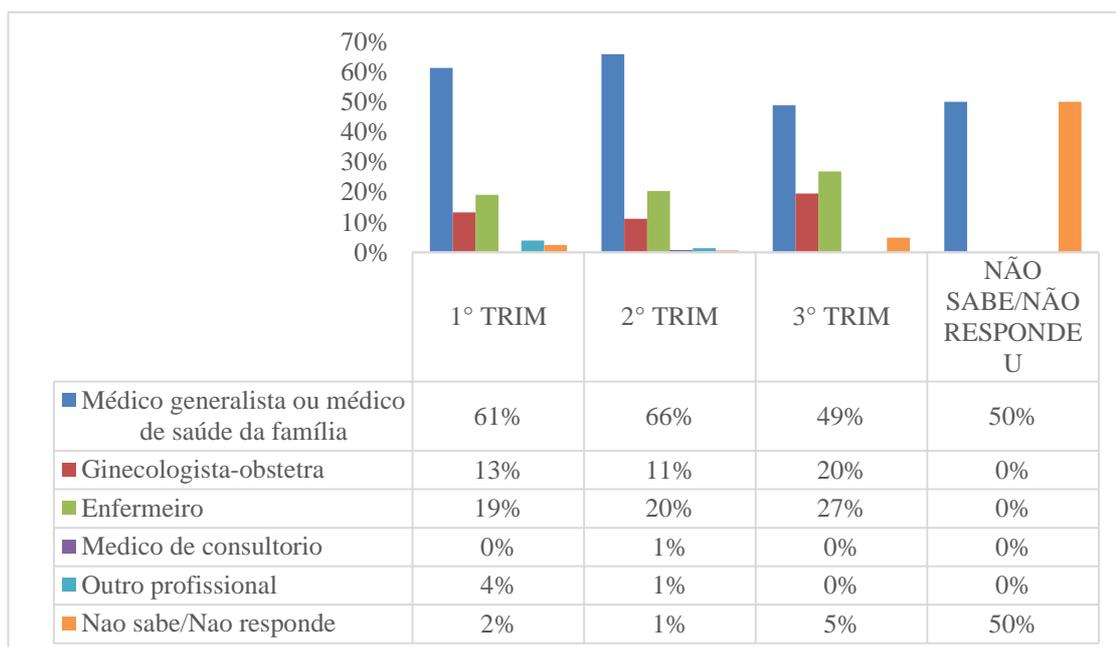
Situações semelhantes foram encontradas, ou seja, equipes sem médico, porém os que estão na unidade se responsabilizam por esse atendimento de forma institucionalizada, não como um favor à gestão e/ou ao trabalhador de saúde.

Portanto, independente do risco da gestante, a unidade de saúde terá que garantir o atendimento médico, intercalado com o da enfermeira, conforme as diretrizes clínicas implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde, não justificando o não atendimento da equipe à gestante, independentemente do risco.

Muitas vezes, percebe-se o quanto essa questão disciplinar de assujeitamento está presente na relação entre os trabalhadores de saúde e gestores. É necessário que ocorra diálogo, reorganização do processo de trabalho e planejamento junto às equipes, fortalecendo, assim, o trabalho em equipe.

Muitas coisas precisam ser avaliadas em relação à atenção à gestante de risco. O estudo revelou que mesmo existindo critérios para encaminhamentos para AE, a partir da estratificação de risco, qual o problema da enfermeira referenciar? Independente se é médico ou enfermeiro não terão que avaliar se a gestante está no perfil da unidade a ser encaminhada?

Gráfico 11 - Profissionais que encaminharam a Gestante de Risco da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Fortaleza, 2016.



Fonte: Pesquisa ACESSUS (2016)

O estudo revelou ainda que, das gestantes entrevistadas, a maior parte delas estava no 1º trimestre de gestação, independente do profissional que encaminhou, seja, médico generalista, gineco-obstetra ou enfermeiro.

Os profissionais da Atenção Básica são os que mais encaminham. Percebe-se que todas as gestantes de risco ao serem encaminhadas necessitam de maior acompanhamento no período de encaminhamento da AB a AE, pois são diferentes situações, desde o tipo de risco, o período gestacional e diferentes fluxos que poderão interferir na atenção à gestante de risco. Posteriormente, discutiremos esse fluxo e as situações limites vivenciadas pela gestante de risco e trabalhadores de saúde.

[...] a gente vê muito isso no pré-natal na atenção terciária, semana passada, peguei várias gestantes que chegaram com 38 semanas para triagem, que só tem vaga no próximo mês, ela vai parir e não vai passar pelo pré-natal por conta dessa peregrinação...a gente marca mesmo só por marcar o retorno, porque não tem vaga para atendimento, só pro final do próximo mês. Então vai ter bebê sem nenhum acompanhamento do pré-natal na atenção terciária (T18).

Segundo ainda o estudo, das gestantes que realizaram quatro a seis consultas na atenção especializada, foram atendidas: Hospital A (55%), Hospital B (41,2%), Hospital C (28,9%), Hospital D (17,5%) e Hospital E (34,4%). Entretanto, em relação ao maior número de consultas na atenção especializada, ou seja, de sete (7) ou mais consultas, foram as acompanhadas no Hospital E (Pesquisa ACESSUS, 2016).

Ao relacionar com a idade gestacional encaminhada no 3º trimestre, apresentou um percentual menor que os demais hospitais, ou seja, 7,4%. Essa situação pode ocorrer exatamente devido ser o Hospital E a unidade de referência que mais oferta vaga para o pré-natal de risco, conforme já referido anteriormente.

A pesquisa teve uma ampla dimensão, pois avaliou inclusive a participação ou não da gestante na escolha do tipo de parto e outros. Nesse sentido, em virtude do tempo dos encontros, optamos por apresentar e discutir com o grupo participante da pesquisa apenas alguns dos indicadores, principalmente os que estavam relacionados com os objetivos da tese.

A proposta, portanto, para essa segunda etapa, foi desenvolver momentos de análise e reflexões coletivas com o objetivo de que fosse revelado analisadores relacionados às duas redes de atenção na assistência à gestação de risco.

5.1.2 As inquietações dos sujeitos no momento da restituição: como me sinto?

“Nunca me dê o Céu... Quero é sonhar com ele na inquietação feliz do Purgatório.”

(Mario Quintana)

A proposta da pesquisa-intervenção teve como objetivo gerar um movimento instituinte entre os sujeitos participantes do estudo, a partir da apresentação da pesquisa (1ª etapa) com desencadeamento dos analisadores, surgidos por ocasião das discussões no grupo com representação de trabalhadores de saúde e gestores das duas Redes de Atenção à Saúde.

A partir desse processo, ocorreram pactuações para a construção de uma proposta iniciando com a revisitação de alguns processos instituídos e/ou normas impostas na AB e AE que interferem no cuidado e/ou no vínculo das gestantes de risco com os serviços de saúde, assim como no acesso as Redes de AB e AE.

Para esse momento, pactuamos o que estava na governabilidade do grupo e voltado para a mulher com gestação de risco, uma vez que, mesmo tendo sido revelado analisadores relacionados à atenção à gestante de risco, procuramos definir principalmente os que estavam diretamente voltados ao acesso, ao cuidado e ao vínculo a esse grupo.

Nessa perspectiva, utilizar a AI, traz a pretensão dos institucionalistas que é a contribuição da ciência não somente com o espaço acadêmico, mas principalmente com as demandas sociais e com as práticas reais que se efetuam e a têm como sustentação (ROMAGNOLI, 2014). Por isso, a contribuição não é só no campo de saberes e práticas, mais que isso, é na produção social.

O processo de discussão dos dados apresentados gerou muitas inquietações, questionamentos e análise do grupo. No primeiro momento, alguns profissionais levantaram dúvidas quanto aos resultados, demonstrando desconforto, até mesmo desconfianças dos resultados revelados.

À medida que ocorriam as discussões, foram se colocando, inclusive já com um olhar mais articulado com sua realidade, identificando-os no cenário atual do município e do território de cada sujeito participante, quanto às situações-limites vivenciadas pela gestante de risco, por eles trabalhadores e gestores.

Este tipo de pesquisa compromete o pesquisador com a restituição, pois traz à tona falas, ações, comportamentos e olhares que, em geral, são deixadas de lado, “à sombra”. Coisas que são observadas/ouvidas no cotidiano das relações, longe de ouvidos “inimigos”,

enfim, “tais coisas são aquelas ‘falas’ institucionais que não podem ser ‘ouvidas’ de forma pública” (LOURAU, 1993, p. 52).

Em alguns momentos ocorreram acontecimentos provocadores entre gestores e trabalhadores, em especial no momento do relato de que, apesar da presença do ACS na microárea, muitas vezes tem ocorrido inviabilização do trabalho, devido ao número de pessoas para atender, chegando um ACS a acompanhar 3.000 pessoas.

Outros trabalhadores de saúde concordaram em relação ao excesso de pessoas por equipe e por ACS, novamente referiram à dificuldade na organização do trabalho de trabalho em virtude da existência de muitas microáreas descobertas, assim como a utilização de processos complexos que interferem nessa atenção à gestante de risco, conforme fala a seguir:

[...]. desconheço no FastMedic qualquer agente de saúde que tenha 3.000 pessoas, pelo contrário. O agente de saúde que tem vinculado, assim, no FastMedic o maior número é 1.280 pessoas, portanto, falando que ele vinculou, se ele não vinculou... E o que demonstra é que parte dos agentes de saúde não estão sobrecarregados em termos de número de pessoas que eles acompanham, ou se eles estão, eles precisam nos mostrar. Não por boca, por números (G18).

A discussão, nesse momento, foi voltada para a implantação do FastMedic no município, onde todos os ACS necessitam vincular as pessoas do território no sistema, pois somente é reconhecido pela gestão o que está vinculado, daí a importância dessa atividade, ou seja, da vinculação das pessoas do território para o conhecimento real da população atendida por ACS e por equipe.

Alguns trabalhadores de saúde manifestaram-se nesse momento, outros sentiram-se inibidos de falar. Momentos delicados surgiram, tendo sido necessário retomarmos a fala, reafirmando de forma tranquila, qual o nosso papel naquele grupo, o que significava aqueles encontros, e lembrado o grupo quanto ao que foi pactuado, a importância da fala de todos, a não existência de hierarquia naquele momento.

De forma mais leve fomos trazendo algumas questões como a importância desse momento para uma construção coletiva, de modo que ali estávamos na condução de refletirmos e analisarmos a situação no cuidado da gestante de risco pelas duas Redes de Atenção. Sendo assim, frisando a importância de seguirmos nesse movimento instituinte para construção de propostas coletivas a partir das situações-limites detectados, levando em consideração a governabilidade do grupo.

Em “*A Ordem do Discurso*”, Foucault (2014b, p. 8) discorre sobre o perigo das pessoas falarem, de proferirem seus discursos, supõe que “[...] em toda a sociedade a

produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos [...]”Tratam-se dos procedimentos exercidos em exterioridade ao próprio discurso, aqueles que põem em jogo o desejo e o poder. Assim, o discurso não se reduz somente ao “[...] que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar” (p. 10).

Nesse sentido, percebeu-se o quanto o discurso da gestão é assumido dentro do sistema, alguns trazidos de forma “adestrada”, bem incorporado à forma como é conduzida a relação gestão e trabalhador de saúde em uma perspectiva de um discurso que dialoga de forma instituinte. Para Foucault (2006a, p.253), o poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder.

Nesse momento, foi percebido algumas situações complexas como a hierarquia e o controle das falas, sensação normalizadora, onde trabalhadores revelaram que eram mal interpretados no momento em que falavam, discordavam, enfim. Esse momento desestabilizou o grupo, alguns trabalhadores de saúde da AB que mais se manifestavam foram silenciados.

Percebemos que os trabalhadores de saúde e gestores da AE observaram as discussões sem nenhuma manifestação, alguns bem atentos à discussão e ao que estava sendo revelado, já que pelo processo demonstraram pouco conhecimento da realidade dos territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família.

No que se refere à Rede de Atenção Especializada, em nenhum momento revelaram qualquer conflito, entretanto, por ocasião dos outros encontros percebeu-se pouco protagonismo de um dos trabalhadores de saúde que está incluído no processo de atenção à gestante na AE.

Esse comportamento pode ser naturalizado, acusou uma diferença hierárquica não revelada por ocasião dos encontros. Dessa maneira, Foucault (1995) refere que em qualquer circunstância dialógica pode haver disputa pelo poder, ainda que nem tudo seja dito de maneira direta.

Dessa forma, fomos percebendo a presença de diferentes analisadores, principalmente aqueles que silenciavam o grupo. Assim, por todo o momento da restituição, as discussões foram intensas e estiveram presentes os dispositivos da AI como implicação e analisador. Portanto, em todas as discussões foram surgindo os analisadores a partir da fala dos trabalhadores de saúde e gestores, e até mesmo a partir do silêncio, assim já identificando

os que estariam mais na governabilidade do grupo, pois alguns eram muito complexos para aquele momento.

A partir dessas discussões foram surgindo as demandas, assim como a oferta, pois, inicialmente, não estava proposto a elaboração do fluxo a ser implantado no serviço de saúde. Porém a partir da revelação de um dos analisadores, o grupo sentiu essa necessidade. O processo foi intenso, além da inexistência desses encontros entre as duas Redes de Atenção, percebeu-se, também, essa deficiência na Rede de Atenção Básica, mesmo no nível local. À vista disso, a partir dos analisadores revelados nos encontros sentimos a necessidade, no final, de pactuarmos o que realmente teríamos condição para colocarmos em análise.

Situações complexas foram sentidas ao longo dos encontros, pois para os participantes, a ausência de momentos de diálogos nos serviços de saúde tem gerado conflitos e angústias aos trabalhadores de saúde. Esse analisador necessita continuar a ser analisado em outro momento, no sentido de discutir com a gestão uma melhor escuta com os trabalhadores de saúde, pois essas questões foram encontradas também nas entrevistas realizadas nas demais regionais.

Com esse exercício foi possível o desencadeamento de uma escuta além do fenômeno em questão, pois indicou a potência da produção coletiva, de um olhar singular para cada sujeito a partir de seu território de atuação. Pois, a escuta, os encontros, a partir desse movimento instituinte, foram se fortalecendo e alguns dos sujeitos foram tornando-se mais livres a partir da descriminalização da norma, das regras e da sensação de vigilância.

Essa discussão evidenciou, do mesmo modo, momentos de estresse, a presença de violência institucional que muitos trabalhadores de saúde vivenciam no seu cotidiano de trabalho, pois referiram sentir-se coagidos, perseguidos, mal interpretados pela gestão. Essa forma de violência não é percebida por quem vitimiza e nem sempre por quem é vitimizado, pois é tão naturalizado que a torna invisibilizada, conforme discursos a seguir:

[...]. Pois eu tenho problema em falar, muito problema. Eu já sofri muito na época na regional (anterior)..., foi uma experiência muito ruim... É, exatamente..., então eu acho que ninguém está satisfeito em trabalhar do jeito que está, todo mundo quer que melhore, ninguém está aqui para fazer crítica, para derrubar ninguém, nem derrubar gestão, eu acho que todo mundo tem o mesmo objetivo, é que as coisas melhorem principalmente, para a população (T23).

[...] Às vezes, nós somos muito mal interpretados...mas quando as pessoas colocam as situações, as dificuldades, a gente fica sendo mal visto....Só que assim, as pessoas deveriam entender que, se a gente está reclamando de uma situação, é porque a gente quer uma situação mais adequada para fazer o nosso melhor... [...] Se a gente não tivesse nem aí.....a gente não estava nem preocupado e nem se estressava, ia lá, deu para fazer, não deu, pronto. Só que a situação é mal interpretada e as pessoas são tidas como problemáticas (T24).

Desse modo, a gestão precisa abrir espaço de diálogo com os trabalhadores e usuários para implantação e ou implementação das políticas, pois percebe-se que a primeira gestão da saúde desse governo foi direcionada para processos, com pouca ou nenhuma inclusão dos trabalhadores e usuários, pouco valorizado a realidade e a singularidade dos territórios, desconsiderando os tipos de risco e vulnerabilidade existente em cada território de atuação da AB na implantação dos serviços.

Percebe-se que diante das discussões, a não conformação ou aceitação de algumas regras, com manifestações contrárias, insatisfação, mesmo que seja em defesa do paciente, isso pode implicar em algumas situações punitivas para o trabalhador de saúde, seja por meio de isolamento das discussões, “rotulação de pessoa que não atende às regras”, “pessoa que fala muito”, ou por perseguições no trabalho e outros.

Para Goffman (2010), as regras da instituição e as rotinas diárias são um conjunto de prescrições e proibições que, se bem aceitas, permitem prêmios e privilégios ou, se desobedecidas, geram o castigo, quer dizer, suspensão temporária ou permanente dos privilégios.

Ao dialogar sobre essa situação, Foucault (2006b), em sua teoria da biopolítica do poder, refere que no momento em que há relação de poder, há resistência em potencial. Para o autor (2006b), todas as estruturas da vida social estariam marcadas por relações de poder, *a priori* invisíveis, mas que ditariam o seu desdobramento. Sendo assim, nas relações de poder existe, ao contrário, o espaço para ação, visualizada na forma de resistência, presente em todos os momentos por ocasião dos encontros.

Assim, Foucault (2017) afirma que se há relações de poder em todo campo social, é porque há liberdade para todo o lado, liberdade esta que viabiliza a resistência. Nesse sentido, as correlações de poder somente podem existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistências que apresentam nessas relações o papel de adversário, de alvo, de apoio de saliência que permite apreensão. Portanto, o poder tem a capacidade de criar e assim dependerá do sujeito que ele seja menos repressivo, por isso, uns acabam sendo mais vitimizados que outros, mesmo estando na mesma condição.

Desse modo, não existe a centralização do poder em uma única pessoa, existe uma cadeia de submissões, com mecanismo de controle por meio da hierarquia. Sendo assim, o poder produz saber, discurso e resistência. A relação de poder existente nos serviços de saúde gera conflitos à medida em que ocorre um distanciamento entre os sujeitos, seja trabalhadores, gestores e usuários.

Dessa forma, a organização do processo de trabalho de forma multidisciplinar, com colaboração interprofissional possibilita propostas instituintes, com posturas éticas, acolhedoras e com direcionamento para mudanças.

Diante das situações presentes no cotidiano dos serviços de saúde, muitas questões foram reveladas quanto à dificuldade no processo de trabalho da AB, o não diálogo entre as Redes AB e AE, e as diferentes situações que contribuem para a deficiência no acesso e no acompanhamento da gestante de risco nas unidades da AB e outros. Essas questões serão discutidas a seguir.

Nesse sentido, situações que direcionam para a presença de violência institucional nos serviços de saúde, como o não atendimento às necessidades de atenção à saúde à gestante de forma integral, a não garantia da longitudinalidade e do acesso nas suas diferentes dimensões e outras. Destarte, as gestantes de risco vivenciam esse tipo de violência nos serviços de saúde, principalmente quando o Estado não lhes garante uma atenção adequada, mesmo estando em uma condição diferenciada, ou seja, com a presença de algum risco.

Discutir violência institucional provocada pelos serviços de saúde não ocorre nesses serviços. Existe deficiência na relação dessa forma de violência com a violação de direito, pois esse termo é amplo e complexo. Assim, apresenta-se de maneira diferenciada, invisível, pouco percebida, discutida e muitas vezes não revelada.

[...] violência... eu creio que é acerca disso mesmo, de tudo que eu estou falando... o atendimento que está péssimo, assim, precário mesmo...precisando muito melhorar (U3).

[...] para mim é aquela mulher que está lá na maternidade, que escuta uma piada, que não quer ter o parto normal, mas tem que ter o normal ou o contrário (G 10).
[...] É... eu acho que a falta do fluxo, demora em se conseguir um serviço que exige um cuidado maior (T 4).

[...] É a falta de medicamentos, de exame, de profissionais para dar assistência adequada para as pacientes. E além do mais, às vezes quando tem um profissional, o profissional não é humanizado, trata mal essa paciente (T 18).

Esse fenômeno é, de fato, algo indelével da experiência humana e está presente no cotidiano da sociedade, seja nos serviços de saúde, na escola, no trabalho e outros. Muitas vezes passa despercebido, é banalizado e naturalizado. Na discussão desse tipo de violência, na atenção à mulher durante a gravidez, percebeu-se, por ocasião do estudo e das pesquisas realizadas, que é mais reportada à violência obstétrica no que se refere ao parto.

Apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos na atenção à gestante, a violência institucional ainda tem ocorrido no momento do parto, que também é muito complexa. Pode-

se referir aqui a avanços em relação à sua inclusão por ocasião das propostas na Conferência Nacional das Mulheres, implantação da Rede Cegonha, e outros.

No ano de 2017, a Secretaria de Santa Catarina criou a lei nº 17.097/2017, que tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Entretanto, toda a legislação é voltada para o momento do parto, não trazendo nenhum artigo relacionado à garantia integral à gestante por ocasião do pré-natal. Dessa maneira, apesar de sua importância, a situação da gestante por ocasião do pré-natal, em especial de risco, ainda possui problemas a serem enfrentados e priorizados, pois muitos permanecem ocultos, principalmente perante os que não vivenciam essa problemática.

Ainda, referindo ocorrências de violência, este estudo revelou situações em que a gestante, mesmo classificada como de risco, em alguns casos, poderá permanecer somente na atenção básica. Entretanto, no momento em que necessita ser avaliada pela atenção especializada, tem ocorrido situações diversas de constrangimentos e falta de ética na relação entre os serviços/profissionais, assim como relação de poder entre os níveis de atenção. Ao longo do estudo, percebemos muita deficiência no conhecimento do papel da AB na atenção à gestante de risco.

[...] no serviço de saúde tem várias violências, inclusive contra mim. Tem maior violência que quando você encaminha a paciente para a emergência e o profissional dizer para ela (paciente) que você é doida. Parece até que você está fazendo coisa errada, mas não é, não sou especialista, eu preciso de uma avaliação. Outra coisa, se estou encaminhando conforme o protocolo e dizem que não é para ir para lá, isso é uma violência também para a própria gestante. Nós médicos de família quando precisamos de respaldo não temos esse acesso, esse suporte. A AE precisa estar mais presente. (T36).

[...] Às vezes elas são maltratadas, chegam queixas dos gestores...têm alguns profissionais que realmente tratam mal. Fazem críticas com relação aos profissionais da atenção básica para a gestante, então a gente vê essa falta de ética (G13).

As Redes de Atenção necessitam dialogar, conhecer seu funcionamento, suas potencialidades e as situações-limites, evitando situações constrangedoras que levam à violência institucional também contra o trabalhador de saúde, assim como essa forte relação de poder. Em um dos discursos foi revelado avaliação negativa que se tem da AB, entretanto, a leitura que é feita de forma equivocada, muitas vezes ocorre pela falta de conhecimento do funcionamento da AB, conforme discurso abaixo.

[...] É. Se a atenção básica fosse eficiente, as nossas emergências não estariam lotadas... coloca uma atenção básica perfeita, com equipe, que o médico frequente, não aquele que vai só bater o ponto e a coordenação justifica o ponto dele... Que é fácil você “não, eu só vou dar uma hora no posto, meus outros horários estão todos em particulares”. Falta de compromisso, é o que acontece (G6).

[...] mas eu não vejo interesse deles (AB) em saber se realmente ela tá tendo essa assistência não, e nem eles entram em contato com a gente para saber se aquela paciente foi assistida adequadamente (T37).

Percebe-se que a partir dos discursos acima, o não conhecimento da realidade leva a essas situações de distanciamento e avaliação precipitada e desrespeitosa, seja em relação à AB e/ou aos trabalhadores de saúde. Integrar essas redes é mais do que necessário, inclusive, conhecer as potencialidades e as situações-limites enfrentadas no cotidiano do trabalho para garantir a atenção aos pacientes, em especial as gestantes.

Por ocasião da pesquisa, encontramos unidades de saúde com oito equipes, todas completas, entretanto, existiam outras com o mesmo número de equipes, mas somente com três completas. Logo, realmente é muito complexo falar-se do que não se conhece ou culpabilizar os trabalhadores de saúde diante dessas situações, ou seja, a não resposta às necessidades da população. São situações complexas que necessitam serem melhor avaliadas e discutidas.

Durante uma das entrevistas foi referido algumas considerações em relação à necessidade dessa integração das Redes, assim como o conhecimento da Atenção Especializada em relação à Atenção Básica.

[...] um dos grandes desafios, é a AE deixar o mundinho deles lá e nós cá, o fluxo é tão ruim que cada especialidade tem uma triagem, então tem alguma coisa errada. Conheço um bem estruturado no Hospital terciário que é de endocrinologia, pois tem toda uma contrarreferência para a AB, não é atender o paciente lá e acabou, essa aproximação precisa existir, senão vai ocorrer falência no sistema (T 33).

A fragmentação da atenção, o não diálogo e a integração entre as Redes de Atenção podem contribuir na relação de poder-saber no processo de trabalho, principalmente na atenção especializada, pois a partir das relações de poder surgem as relações de forças no cotidiano dos serviços.

Desse modo, a relação de forças e o poder estão em todas as partes, portanto, estão presentes em todas as pessoas e em todos os lugares. É através de seus mecanismos que o poder atua como uma força, coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos, situação muitas vezes presente na relação entre as duas Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco.

Ao escrever sobre essa questão do saber-poder, Foucault (2014a) refere que a profissionalização dos técnicos deu-se por meio da articulação entre saber e poder médico, instituindo-se uma série de práticas disciplinares de regulação das relações e do espaço institucional a partir da hegemonia médica, em torno da qual foram se constituindo todas as demais profissões. Entretanto, no que se refere às duas Redes de Atenção, essa relação, muitas vezes, apresenta dificuldade entre a própria categoria médica.

O poder produz saber (...), não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 2014a, p. 30).

Constata-se, pelos discursos acima, situações complexas vivenciadas pelas equipes da ESF ao referenciar uma gestante de risco, pois muitas vezes a relação poder-saber existente entre a atenção especializada e a atenção básica traz condutas antiéticas, prejudicando o diálogo e a melhoria na qualidade da atenção à gestante de risco. Dessa forma, ao ser considerado o saber como uma forma de poder, Castro (2009, p. 323) refere que “Com efeito, o saber e o poder se apoiam e se reforçam mutuamente”.

Na percepção foucaultiana, o saber pega o conhecimento e aplica na sociedade e nos serviços de saúde, gerando uma relação de poder, exemplificando a atuação do ACS na comunidade, onde ganha poder sobre a vida dos pacientes leigos. Em vista disso, saber e poder estão intimamente interligados.

Estudo realizado por Almeida e colaboradores (2013) em quatro municípios brasileiros e em três comunidades autônomas espanholas sobre a estratégia de integração entre a atenção básica e a especializada, avaliou que o especialista precisa sair do consultório e conhecer diretamente as pressões e demandas da população, o que possibilitaria mudanças de atitude, de valorização e de respeito pelos profissionais que atuam em outros níveis do sistema.

Para os autores (2013), o baixo prestígio social e profissional dos trabalhadores de APS agrava a distância em relação às demais especialidades. Na perspectiva de membros de entidades representativas de Medicina de Família e Comunidade, o maior problema enfrentado seria a baixa valorização do médico generalista pelos pares.

Percebe-se, então, a necessidade urgente do diálogo entre as Redes de Atenção, o conhecimento do trabalho desenvolvido por cada serviço de saúde, as condições de trabalho existentes e outros, no intuito de perceberem as potencialidades e as situações-limites, em especial da AB, ao estarem diante de uma gestação de risco, pois para prestar uma atenção

integral e de qualidade é fundamental a corresponsabilização de todos os trabalhadores de saúde e gestores na produção do cuidado, independente da rede de atenção.

Muitos fatores podem contribuir para sua efetivação ou não, assim, mesmo com a presença de deficiências nos serviços de saúde, por meio desse diálogo, poderia amenizar muitas questões que estão presentes, mas passíveis de resoluções conjuntas. Para Almeida e colaboradores (2010), a ausência de integração da rede assistencial, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS.

Assim, a violência institucional apresenta-se como um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes na sociedade contemporânea e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecidas em algumas instituições, sejam elas públicas ou privadas (MELLO et al, 2008).

Diferentes situações de violência institucional foram reveladas por ocasião das entrevistas com trabalhadores de saúde, como por exemplo, a estrutura do serviço de saúde, deficiência de recursos humanos e materiais e outros, que contribui para a existência desse fenômeno, conforme abaixo:

[...] o trabalhador também sofre violência institucional, pois o usuário por estar cansado de esperar fica batendo na sua porta, a gente acaba sendo atingida também”. ... ao ver aquela situação, você quer resolver o quanto antes, mas o fluxo não anda, não tem aquela resolução. Você liga para um setor, depois liga para outro e, vai passando um para o outro (T14).

[...] A própria falta de medicamentos, exames, vagas para o pré-natal de alto risco... O Estado, tem que garantir esse acesso. Essa falta dessas vagas é uma violência institucional (T7).

A deficiência existente nos serviços de saúde inviabiliza o acesso da mulher aos mesmos, o que fere a sua cidadania, visto que ela enfrenta obstáculos para usufruir do direito universal à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

As razões para que isto ocorra são complexas: os serviços podem não estar disponíveis ou acessíveis e as mulheres podem ser incapazes de encontrar um serviço adequado (AQUINO, 2014). Arendt (2004) traz a ideia de cidadania como “o direito a ter direitos” e, quando exercido, torna possível a existência da liberdade e a eficácia dos direitos humanos.

Nessa perspectiva, o desconhecimento da população dos seus direitos contribui para a naturalização dessa situação, não atentando que essa questão se configura uma violência a partir da violação dos seus direitos. Sendo assim, percebe-se que, embora a

coordenação do cuidado seja a atenção básica, ou deveria ser, o acesso também a essa rede de atenção irá depender do modelo de atenção implantado no município, assim como está organizado o processo de trabalho das equipes da ESF para que realmente garanta o acesso no tempo oportuno.

Portanto, percebe-se a presença de um analisador complexo, que é a presença da violência institucional nos serviços de saúde, onde as diferentes situações discutidas no grupo e por ocasião das entrevistas revelaram muitos analisadores que envolvem diferentes sujeitos, entre eles a gestante de risco, e que muitos fatores interferem para essa violência no serviço de saúde.

Assim, durante o primeiro encontro esse analisador é revelado por ocasião das discussões que envolveram diferentes situações postas pelo modelo de atenção atual do município e a própria existência de relação de poder nos serviços de saúde e na gestão.

Os conflitos existentes nas relações entre a gestão e o trabalhador de saúde, muitas vezes ocorre pela falta de diálogo, principalmente quando os processos são implantados sem nenhuma discussão e avaliação da estrutura local de cada unidade de saúde, do território, percebido essas questões também por ocasião das entrevistas.

[...] Eu tinha um grupo de gestante... Agora não dá mais, porque não tem como reunir todo mundo, não chegam mais no mesmo horário, e outro dia não tem, não pode...eu sinto que a gestão precisa ouvir mais quem está lá na ponta (T27).

Acreditamos que o conflito inicialmente surgido no grupo deu-se em virtude de um dos gestores ter chegado após o início da apresentação e pactuação, e não ter entendido o papel dos sujeitos participantes da pesquisa, inclusive o dela, uma vez que na socioanálise, os analisadores são colocados em análise no grupo e não existe qualquer relação hierárquica, pelo menos não é para existir.

Essa questão é complexa, pois em muitos casos a gestão por si só já inibe, em especial quando ocorre deficiência de diálogo, ou seja, quando existe distanciamento com os trabalhadores de saúde não ocorre o exercício de cogestão, o modelo de gestão é hierarquizado e autoritário, situação revelada por ocasião das duas fases da pesquisa em alguns serviços de saúde. Talvez isso ocorra pela deficiência de tempo para esse diálogo, em virtude do próprio modelo de gestão, da existência de parametrização da agenda e da inexistência de encontros, e outros.

A hierarquização e a verticalização das decisões incitam a não participação dos profissionais nas mudanças de estrutura, de processos, e consequentes resultados, afastam o

profissional da corresponsabilidade na assistência ofertada à comunidade, como também o engessamento da rotina dos processos de trabalho não desenvolve no profissional a inovação, que são geradas a partir de novas experiências (LEITÃO, 2016).

A partir dos processos implantados na AB por meio da parametrização das agendas, a implementação do acolhimento da forma como ocorre, a não valorização dos encontros e outros, conforme discutido anteriormente, tem configurado no processo disciplinar dos trabalhadores de saúde, deixando-os alienados à sua própria prática, muitas vezes mecanizada, submetida a um controle do tempo, mesmo diante das questões mais complexas vivenciadas no momento do encontro com o outro, ou seja, com o paciente.

Entretanto, mesmo com todo esse processo instituído existem possibilidades de encontrar estratégias instituintes para uma produção de saúde diferenciada a esse modelo neoliberal proposto pelo sistema, principalmente em tratar-se de um pré-natal de risco.

Para Machado (2006, p. 173), a disciplina estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. Segundo o autor (2006, p. 173), não é o resultado que interessa, mas seu desenvolvimento. E esse controle minucioso das operações do corpo, ela o realiza através da elaboração temporal do ato, da correlação de um gesto com o corpo que o produz e, finalmente, pela articulação do corpo com o objeto a ser manipulado.

Entretanto, uma sociedade que deixou de ser a sociedade disciplinar foucaultiana para ser a "**sociedade do desempenho**" (*destaque nosso*), cuja dinâmica resulta na "guerra do sujeito consigo mesmo em processos de autoagressão, de autofiscalização e de autoacusação destrutiva geradores" (HAN, 2015, p. 51).

Para o autor (2015), a positivação do mundo forma novas modalidades de violência, como a sobreprodução e a hipercomunicação. Essa hipercomunicação, tratada pelo autor, enquanto modalidade da violência da sociedade positiva (por oposição à sociedade negativa), está ligada a vários excessos, particularmente a uma sobrecarga da produtividade e dos estímulos mediáticos.

Portanto, o autor (2015) refere que diagnostica uma transformação institucional, normativa e individual, pois as pessoas cobram-se cada vez mais para apresentarem melhores resultados, não se permite cansar, tornando-se, elas próprias, vigilantes, e carrascas, de suas ações. Sendo assim, a sociedade do desempenho, produz depressivos e fracassados.

Percebe-se, portanto, que além do poder disciplinar, encontra-se presente também o dispositivo de vigilância. O olhar vai exigir muita pouca despesa. Sem necessidade de armas, violência física, coações materiais. Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada

um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo; sendo assim, cada um exercerá essa vigilância sobre e contra si mesmo. Fórmula maravilhosa: um poder contínuo e de custo, afinal de contas irrisório. (FOUCAULT, 2017, p. 318).

Durante toda a discussão inicial ocorrida no grupo e nas entrevistas em todas as regionais de saúde em relação ao modelo de atenção, percebeu-se a priorização pelo atendimento de demanda espontânea (DESP/Acolhimento) no que se refere aos eventos agudos por parte da gestão, e que algumas questões relacionadas ao processo de trabalho, em virtude dessa prioridade, pareceu fazer parte somente da atenção básica, pois em nenhum momento foi revelado problema quanto ao produtivismo, dificuldades de diálogo e outros na atenção especializada, salvo em relação a questões de infraestrutura.

[...] A gente tem dificuldades de especialistas, de insumos, exames laboratoriais... então não são todas as situações que podemos atender, às vezes a gente precisa também referenciar e há uma dificuldade...(G2).

[...] a dificuldade é quando está numa situação como nós estamos atualmente, que é a falta de insumos. Tipo, alguns exames, às vezes, não são realizados porque está faltando insumo... Eu acho que isso que é a dificuldade maior. Em relação também ao número de vagas, se ela precisar se internar no momento de algum intercorrência da gravidez ou no próprio momento que ela for ganhar o neném (G5).

Será que realmente não existe esse problema na AE? Outra questão observada foram os discursos apresentados entre os entrevistados da atenção terciária, atenção secundária em relação à atenção básica. Situação essa percebida por ocasião dos encontros com o grupo, salvo a situação do Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC) que diferentemente dos trabalhadores de saúde demonstrou distanciamento e compreensão das dificuldades vivenciadas por essa rede de atenção e pela população.

O momento de análise, as discussões, a aproximação da realidade da AB e da AE, contribuiu para melhor conhecimento da realidade de cada rede de atenção, pois em diferentes momentos ocorreram discursos de situações que a AB deveria atender e que não fazem, como a realização de prevenção de câncer do colo de útero, e que por sua não realização, as mulheres procuram o hospital.

Entretanto, foi revelado existência de material no hospital e ausência na AB por ocasião da pesquisa. Então, diferentes situações complexas estão no cotidiano das equipes da ESF e que dificultam uma melhor atenção à população, conforme discurso a seguir:

[...] as mulheres procuram direto o hospital, porque nem prevenção os postos de saúde fazem. (G23).

[...] só não fazemos quando não tem material, situação comum nas unidades de saúde (T24).

[...]A minha equipe tem dois agentes de saúde. Tem equipe só com um agente de saúde, com número de pessoas acima do que está preconizado (T28).

Apesar do exame de prevenção de câncer de colo de útero (PCCU) está como uma das atividades realizadas pela ESF/AB em virtude da falta de material no município, em diferentes momentos foram suspensos devido ao problema. Essa situação corrobora com estudo realizado no município de Uruburetama-CE-Brasil em sete unidades de Saúde da Família, pois revelou que entre as dificuldades apontadas pelos enfermeiros da ESF quanto ao acesso ao PCCU foram: a deficiência da organização, do suprimento e da manutenção de materiais na ESF (MENDONÇA et al, 2011).

Alguns resultados apresentados da pesquisa foram sendo questionados, discutidos a partir da realidade de cada um. Durante todas as etapas da pesquisa foi realizado registro no diário de pesquisa da pesquisadora, diferentes situações observadas em relação ao fenômeno, como a implicação dos trabalhadores em relação às gestantes, em especial as de risco nas duas Redes de Atenção, onde alguns chegaram a revelar angústia por essa dificuldade.

Estudo realizado na Espanha e no Brasil revelou que é insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho em APS e a valorização de seus profissionais, o que interfere na criação de uma cultura de colaboração.

Revelou ainda, que um maior conhecimento mútuo poderia gerar mudanças positivas na relação entre profissionais dos dois níveis de atenção (ALMEIDA et al, 2013).

Entretanto, segundo os autores (2013), situação mais problemática encontrada foi no Brasil, pois a especialidade de Medicina da Família & Comunidade é de reconhecimento recente. Essa questão trouxe muitas reflexões e questionamento por ocasião dos encontros, pois têm ocorrido mudanças na forma de organização da ESF, os grupos acompanhados pela ESF nas condições crônicas têm sido prejudicados, inclusive as gestantes, em especial as de risco, no que se refere a um maior acompanhamento pela atenção básica a esse grupo, situação revelada por diferentes trabalhadores.

[...] Os programas estão relegados a segundo plano... o profissional, inclusive, é proibido de usufruir de uma folga se tiver no DESP. Se remarca um pré-natal porque a DESP não pode ficar descoberta, aí se bota para outro dia. E assim não é só um pré-natal... É o hipertenso, o diabético... (T4).

[...] ela (gestante) está agendada para a enfermeira, aí a enfermeira do DESP faltou, aí vai ser remanejada. Pronto, no meu caso agora, quarta-feira, só gestante à tarde, aí foi feriado, aí não sei qual o dia, fica difícil, eu não tenho como encaixar.... o mesmo

ocorre com as gestantes que têm que retornar semanalmente ou de quinze em quinze dias, aí fica difícil (T27).

A discussão quanto ao número de pessoas por equipe, também necessita estar na pauta dos gestores estaduais e municipais, pois nem todas as equipes possuem um número de pessoas conforme o que está preconizado pelo MS, sendo assim, alguns municípios brasileiros, entre eles Fortaleza, algumas equipes atendem um número maior que o preconizado, inviabilizando todo o processo de trabalho da equipe.

No Brasil, por exemplo, uma equipe da ESF é responsável por 2.000 a 3.500 habitantes, isso o que está preconizado na PNAB/2017, porque na prática nem sempre é só esse número de pessoas. Na Espanha, esse número é entre 1.300 a 1.800 pessoas (ALMEIDA et al, 2013). Outros países apresentam proporções semelhantes: Dinamarca, 1.600; Espanha, 2.500; Itália, 1.030; Portugal, 1.500; e Holanda, 2.350 (GIOVANELLA et al, 2008) e Inglaterra de 1.500 a 2.000 pessoas (TESSER & NORMAN, 2014).

E pensando na situação de risco e vulnerabilidade que boa parte da população atendida pela ESF do Brasil vive, fica mais complicado, pois os problemas são ainda mais complexos em virtude da grande desigualdade e exclusão social das famílias atendidas pelas equipes da Estratégia saúde da Família.

Diante de diferentes situações vivenciadas pelas equipes da ESF, seja por deficiência de profissionais, áreas descobertas e outras, o acolhimento ou DESP, segundo os entrevistados, da forma como foi implantada e funciona, tem inviabilizado vínculo, cuidado, acesso resolutivo e outros.

Portanto, o acolhimento consiste em um dos dispositivos da PNH importante para a viabilização do acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, favorece a integralidade do cuidado com responsabilização e compromisso com o outro.

Desse modo, revisitando a PNH e sua implantação no ano de 2005 em Fortaleza, e o processo atual vivenciado pelas equipes, torna-se necessário a realização de encontros para diálogo entre os trabalhadores de saúde e a população para monitoramento e avaliação do acolhimento da forma como vem sendo implementado e conhecer o que de fato tem melhorado para a população, em especial no que se refere ao acesso com resolubilidade, assim como sua contribuição para a organização do processo de trabalho das equipes.

O monitoramento é entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao acompanhamento, à avaliação, ao monitoramento de objetivos e metas alcançadas com uma

intervenção (metas preestabelecidas e esperadas). Deve ser realizado na rotina dos serviços, permitindo maior agilidade na correção de rumos (BRASIL, 2009c).

Para isso, são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos (BRASIL, 2009c).

Nesse contexto, torna-se necessário que sejam elaborados indicadores a serem avaliados e monitorados, pois há mais de quatro anos que esse processo foi implementado e em nenhum momento ocorreu estudo que demonstre seus resultados a partir da percepção dos usuários e trabalhadores de saúde. O que de fato tem mudado para a população? E para os trabalhadores de saúde? O que os números e a percepção desses sujeitos revelam?

Logo, todo esse processo de avaliação e monitoramento refletirá na qualidade da atenção, eficiência e eficácia, no sentido de responder ao que está acontecendo em relação à melhoria do acesso, integralidade, resolubilidade, satisfação dos usuários e trabalhadores, efetivação de vínculos, melhoria dos indicadores e outros.

Diante de todas as questões levantadas até aqui, em relação à gestante de risco, torna-se necessária uma reflexão sobre o dispositivo implicação, pois segundo o pensamento de Barbier (1985), consiste em dimensões afetiva, existencial e profissional. Portanto, a implicação, até mesmo inconsciente, com tudo aquilo que se faz, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada pelos trabalhadores de saúde quando estiverem realizando um trabalho.

A análise da implicação perde lugar para uma demanda generalizada de cobrança de engajamento do outro: captura produtivista como imperativo incessante de estar em ação no trabalho, a qual Lourau (2003) chamou de sobreimplicação. Nesta deriva, identifica-se a implicação à identidade de um “eu”: “Implique-se!”; “Você está implicado? ”; “Quem está mais implicado nesse trabalho?”. Dessa forma, a sobreimplicação está presente em alguns processos instituídos nos serviços de saúde do município estudado, e tem contribuído para o distanciamento dos sujeitos na construção coletiva para a transformação da produção do cuidado.

[...] Eu acho... que o primeiro passo para a gente corrigir e melhorar o que foi apresentado, é ver os erros e assumir que tem. Porque, enquanto a gente está com uma visão da gestão como um todo, que está ótimo, que está tudo bom, que está tudo maravilhoso, qual é o problema? Como é que a gente vai resolver o problema se não tem problema? (T24).

[...] Então assim, o que eu tenho dificuldade..., já briguei muito e já desisti em relação a essa gestão..., você fala, você sabe da realidade. Todo mundo que está aqui

sabe da realidade e não é diferente em canto nenhum, mas para a gestão não existe (T23).

Portanto, para Lourau (2003) o “implique-se” imperativo é uma forma de captura vinda do capitalismo para extrair um sobretrabalho, uma forma de trefismo generalizado. Esse trefismo, produtivismo foi percebido nos discursos dos entrevistados e nos diferentes encontros, assim como no cotidiano da pesquisadora no trabalho na ESF.

O sentimento que se tem é o de que a realidade está posta, entretanto, a presença do conformismo e da alienação aos processos presentes na produção do cuidado tem dificultado o enfrentamento das situações-limites vivenciados nos serviços de saúde, pois tem inviabilizado uma construção coletiva, e acatado muitas vezes o autoritarismo, as normas sem nenhum questionamento no “cumpra-se”.

Muitas discussões que ocorreram durante os encontros, envolvia o processo de trabalho das equipes, configurando-se um analisador, revelando sua interferência na atenção ao pré-natal, inclusive o de risco. Entretanto, embora os trabalhadores de saúde desenvolvam suas atividades em uma mesma regional de saúde, as realidades existentes em cada território são diferentes, inclusive em relação aos riscos e às vulnerabilidades.

Sendo assim, é necessário que as equipes tenham liberdade para pensar e agir, e que possam ser incluídas nas discussões e nas decisões que estejam relacionadas com seu processo de trabalho, de forma que ocorram decisões compartilhadas e participativas, pois sem a garantia do encontro, a análise coletiva, o olhar para o outro como sujeito importante no processo de reflexão-ação- reflexão possivelmente poucas mudanças acontecerão.

Muitos dos profissionais revelaram o não conhecimento do perfil do hospital de nível secundário, assim, para muitos deles, a referência era independente do tipo do risco apresentado. Então, o diálogo foi acontecendo de forma mais participativa, prazerosa, demonstrando implicação e desejo de mudanças.

As questões foram abordadas, como as dificuldades na referência ao encaminhar a gestante inclusive junto ao hospital de nível secundário e, principalmente em relação à contrarreferência, o não conhecimento de todos em relação ao caminhar da gestante nas redes de atenção, os instrumentos utilizados para comunicação entre as redes, referência da atenção secundária para terciária e outros, conforme discurso a seguir:

[...] Eu não sei se elas são visitadas como deveriam ser e gostaria de ter esse feedback das unidades... Gostaria de saber também, ao longo de toda a gestação, do feedback que a gente orienta que ela não perca o vínculo com a atenção primária, mas a gente não tem nada da atenção primária da vida dessa mulher, entendeu?

Assim, a gente não estaria tão preocupada em estar mantendo uma paciente que é da AB numa unidade secundária (T. 26).

[...] Dentro do que ela falou, poderia ver essa questão do sistema, algum sistema que favorecesse... atenção primária é a porta prioritária, mas que não fosse exclusiva, já que a pessoa tem acesso à atenção especializada, precisa ir para terciária, por que não desburocratiza isso? Porque não tem uma maior liberdade do acesso (G2).

A participação dos sujeitos foi intensa, uma potência de discussões e vontade de contribuir com a mudança no processo para melhorar o caminhar dessa gestante nas redes de atenção e garantir uma atenção integral e de qualidade, percebido pelos sujeitos do grupo, onde a cada encontro demonstravam-se mais implicados com o fenômeno. Percebemos a deficiência no monitoramento pelas Redes de Atenção em relação ao que está instituído, pois no momento que a gestante é referenciada da secundária para a terciária, foi revelado que não procuram as equipes, acredita-se que devam ir direto para o Núcleo de Atenção ao Cliente - NAC da Atenção Básica.

Essa situação foi muito discutida, pois quando a atenção secundária, encaminha a gestante para atenção básica para ser atendida na atenção terciária, não faz uma contrarreferência para a equipe, muitas gestantes não passam pelo mesmo fluxo, ou seja, da priorização junto à regulação e à área técnica da mulher na regional, pois fica na fila de espera aguardando essa vaga, salvo se o trabalhador do NAC repassar para a coordenação, ou se tiver ACS na área e se esse souber da situação e procurar a equipe, portanto, são muitas incertezas que essa gestante vivencia. Consequentemente, mais uma vez é vitimizada, pois a dificuldade do acesso é ainda maior.

[...] Encaminhado para a atenção secundária, se algumas delas voltam para marcarem para atenção terciária, elas se perdem, nunca me procuraram, na verdade não tinha esse conhecimento (T25).

[...] Então, assim, fica muito a mercê se o profissional de saúde for mandar aquelas cartinhas, mesmo, manual, um para o outro, para poder ficar comunicando e fazendo um plano de cuidado minimamente, sei lá, para essa mulher, um plano de cuidado a nível especializado e, por exemplo, atenção primária. Fica muito a cargo da mulher estar repetindo e tendo o discernimento de compreender para poder repetir para o outro profissional. E, aí, se gera esse ciclo (G11).

A partir dessas discussões realizamos um momento de reflexão, a partir do questionamento: Como me senti a partir do que foi revelado nesta pesquisa? Esse momento foi também para dar possibilidade aos que pouco tinham se manifestado, por ocasião das discussões, assim, foram revelando alguns questionamentos em relação às Redes de Atenção, como, por exemplo, a não priorização de ações de educação em saúde.

Corroboramos com esses achados os estudos realizados no município desta pesquisa e em Juazeiro do Norte- CE, onde foi identificada deficiência e/ou inexistência de atividades

educativas (SILVA, et al 2012; LEITÃO, 2016). Percebe-se, portanto, que a educação em saúde como uma das ações fundamentais da ESF não é priorizada, seja pela equipe ou pelo próprio modelo de gestão.

Conforme comunicação informal por ocasião da pesquisa, em um dos diálogos com a gestão municipal, foi registrado no diário de pesquisa, que, atualmente, está sendo retomada a formação de grupos, pois, em todo o município existem somente 20 grupos de gestantes, situação preocupante, uma vez que o município conta com 380 equipes da ESF completas.

Por isso, algumas das atribuições das equipes da ESF encontram-se prejudicadas, pois devido à organização do processo de trabalho tem-se dado prioritariamente com o DESP/ acolhimento, então o restante da carga horária é readequado para os demais atendimentos, pouca ou nenhuma carga horária para ações de educação em saúde, seja na comunidade e/ou na unidade. Essa questão é contraditória à proposta da ESF e à mudança do modelo de gestão, pois demonstra a persistência do modelo biologicista, médico centrado.

Algumas equipes não conseguem disponibilizar, semanalmente, consultas para o pré-natal, ocorre deficiência no atendimento de puericultura e outros. Revelaram ainda, dificuldade em relação ao vínculo com a população e entre as equipes, apontando necessidade de retorno das rodas² de gestão nas unidades de saúde, de acordo com os discursos abaixo.

Essas situações foram encontradas em todas as regionais de saúde. Percebe-se como no discurso abaixo, a atividade desenvolvida pela enfermeira no acolhimento é “desqualificada” por outro membro da equipe, isso ocorre em virtude da forma como o acolhimento tem ocorrido, pois independente de ser evento agudo é encaminhada para atendimento, ou seja, é porta de entrada para qualquer situação na unidade.

[...] Nós já tivemos grupo de gestantes, ultimamente não tem, aliás, não tem nenhum, começou com o NASF, agora não tem mais NASF e nem as enfermeiras tem tempo... era mais fácil antigamente quando a enfermeira não precisava passar o dia todo dizendo “sim”, “não”, “sim”, “não”, infelizmente, o papel dela ficou esse, como testa de ferro, né? Muitas vezes o paciente não entende que nem tudo vai para a consulta médica... seria bem mais proveitoso se tivesse no consultório fazendo o que ela fazia antes (T40).

Ademais, a proposta implantada pela gestão não dialoga com o que de fato seria o dispositivo acolhimento da PNH, pois na realidade não existe discussão sobre essa atividade,

² O método Paideia ou da roda se sustenta sobre o conceito de co-produção de sujeitos (CAMPOS, 2000), e tem como objetivo o aumento da capacidade de análise e intervenção ou, em outras palavras, da capacidade antropofágica de sem negar forças internas e externas, mas justamente lidando com elas – (re)inventar-se (CUNHA & CAMPOS, 2010).

os trabalhadores de saúde são submetidos às normas, às regras sem nenhuma avaliação, diálogo, assim simplesmente tem que cumprir um trabalho alienante, de assujeitamento diante de algumas normas instituídas com pouco ou nenhum movimento instituinte para questionar esse processo, muitas vezes doloroso, mas silenciado.

Esses discursos revelam situações complexas vivenciadas pelas gestantes, pois enfrentam, em alguns territórios, dificuldades também de acesso à Atenção Básica, necessitando retornar em diferentes momentos em busca de atendimento. Dessa forma, o cuidado e o vínculo vão se distanciando do processo de trabalho das equipes da ESF.

[...] E tem outro fator ainda..., então quando a gestante sai do posto sem o agendamento dela (gestante), porque a agenda está fechada, devido o pessoal do ISGH não abrir agenda, ela tem dificuldade de vir e voltar outro dia só para marcar. E, detalhe, não tem o dia certo... (T23).

[...] Eu acho que, diante de tanto problema, burocracia, o vínculo está se perdendo...população, equipe, agente de saúde, eles podiam pensar até melhor como voltar a ter aquele vínculo anteriormente. Hoje, a gente tem que fazer acolhimento por muito tempo, eu acho que só prejudica, não é resolutivo (T24).

[...] aqui saio com a consulta agendada para o outro mês, no posto tinha que ficar indo várias vezes, pois nem sempre tinha vagas ou a agenda está aberta (U6).

Em diferentes momentos tornou-se necessário recorrer ao diário de pesquisa onde muitas observações foram registradas no momento dos encontros com o grupo, por ocasião da pesquisa e até mesmo informações com alguns gestores para maior compreensão de alguns processos, já que se diferenciam entre as regionais, e até mesmo entre as unidades de saúde, muitas vezes não estava muito claro, algumas situações revelavam diferentes analisadores, assim o diálogo ocorreu muitas vezes fora dos encontros, seja por meio de trocas de *e-mails*, telefone e WhatsApp, sempre com respostas e esclarecimentos, que foram fundamentais para a pesquisa.

Alguns resultados do estudo (1ª etapa) estavam visíveis a toda a situação complexa dos territórios, entretanto, se a mortalidade materna e infantil, principalmente a neonatal precoce, ainda se configuram como um grande desafio para o município, por que ainda tanta violência institucional à mulher na condição de gestante, em especial a de risco? O que de fato está sendo realizado para o enfrentamento desses problemas? Que tipo de monitoramento e avaliação é realizado com as equipes em relação aos indicadores relacionados à mulher no ciclo gravídico puerperal e a criança?

São questionamentos que no momento que revisitamos os instrumentos formais como o Plano Municipal de Saúde, diretrizes clínicas na atenção ao pré-natal não dialogam com a realidade dos serviços de saúde reveladas nesta pesquisa, assim, ao investigarmos por

meio das entrevistas em profundidade e por ocasião dos encontros com o grupo por meio da intervenção, possibilitou maior compreensão dos resultados obtidos na 1ª etapa.

Esses questionamentos vão sendo refletidos a cada momento dos discursos, seja do gestor, trabalhador e da gestante. Observou-se, também, o não acesso das equipes da SF quanto aos dados produzidos mensalmente pelos trabalhadores, a deficiência ou inexistência do planejamento, a não avaliação dos dados produzidos pelos ACS, assim como insatisfação do trabalhador, pois tudo isso tem interferido na avaliação das equipes e entre as equipes.

Relataram ainda, que somente o gestor local tem acesso ao relatório dos atendimentos realizados pelo trabalhador de saúde, e que os mesmos têm acesso quando solicitam, porém, não faz parte da rotina das unidades sua disponibilização e utilização. Em apenas uma unidade de saúde pesquisada foi referida a utilização dos dados com geração de informações, e discutidos no planejamento mensal. Entretanto, não foi revelado esse procedimento por todas as equipes da mesma unidade.

Resultado similar foi encontrado por Leitão (2016), pois revelou em seu estudo que apesar das equipes coletarem os dados e alimentarem os sistemas de informação, não dispõem do retorno da informação processada para ser valorizada, analisada e utilizada no seu espaço de ação.

Nesse sentido, a não discussão e a avaliação das informações produzidas a partir dos dados contribui para a não valorização da situação enfrentada pela gestante, por exemplo, ao ser referenciada, o tempo que permanece na fila.

Dessa forma, a discussão da violência institucional surge por meio da necessidade de trazer esse tipo de violência para sua visibilidade perante a sociedade, demonstrando o abandono e o descaso que muitas vezes a gestante, em especial a de risco está exposta, onde para Bourdieu (2012, p. 30 e 47): “**o problema público é um problema que merece ser tratado publicamente, oficialmente**” (*destaque nosso*).

Desse modo, esse grupo necessita ser melhor cuidado, ser fortalecido vínculo com as duas Redes de Atenção, principalmente com a AB no sentido de garantir a integralidade da atenção não somente no período gestacional, ou por tratar-se de gestação de risco.

Sendo assim, planejar as ações e os recursos necessários a partir do que se espera encontrar em relação à gestante de risco no município, por regional, é fundamental, pois segundo Viellas e colaboradores (2014) as gestantes de alto risco representam 10 a 20% das gravidezes, portanto, é possível maior organização para garantia de seus direitos, entre eles o vínculo e a corresponsabilização de todas as Redes de Atenção.

A construção do vínculo depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma determinada região e também da forma como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular (CAMPOS, 2007). Autor como Merhy (1994) refere à noção de vínculo traz uma reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso.

Dessa maneira, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Afirma o autor (1994): criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. A alma cuidadora do serviço de saúde trata-se de uma produção singular do cuidado em territórios tão diversos.

Embora em todos os momentos da pesquisa termos percebido a dificuldade apresentada pelos trabalhadores de saúde em relação à deficiência atual em manter vínculos com a população, demonstraram em todos os discursos, responsabilização e implicação principalmente com às mulheres por ocasião do pré-natal.

Essas implicações desses sujeitos foram percebidas por meio de situações reveladas de preocupação, angústia, ações instituintes por meio de modificações do instituído, mesmo seguindo as normas postas pelo serviço de saúde, a própria indignação dos trabalhadores de saúde com a realidade apresentada, principalmente os que atuam na ESF, pois conhecem a realidade de cada gestante, onde muitas vezes além da gestação de risco convivem com situações de extrema vulnerabilidade social.

Todavia, em outras situações, a forma de como as instituições são instituídas, todos os processos vão se naturalizando sem muitos movimentos instituintes, portanto, situações diversas estão presentes para que ocorra ou não esses movimentos.

Ao analisar a questão do vínculo, Campos (2003) refere como um recurso terapêutico, sendo, portanto, parte integrante da clínica ampliada, ou seja, “(...) superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista (...)”. E complementa, “(...) para que haja vínculo positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de resolver problemas de saúde. Sendo assim, uma atenção fragmentada, que distancia a equipe da população e dificulta a efetivação de vínculo.

Diante do que os estudos mostram no que consiste vínculo, a utilização da clínica ampliada e do projeto terapêutico para responder às necessidades do usuário, no caso da gestante de risco, se faz necessário revisitar o discurso de alguns trabalhadores, e questionar-se: como fazer vínculo quando se prioriza uma grande carga horária para atenção voltada para

a demanda espontânea de usuários de outra área? Como fazer clínica ampliada, projeto terapêutico, planejamento em equipe nesse modelo de gestão? Em que momento da agenda se pode acompanhar os encaminhamentos realizados, por exemplo, a gestante de risco diante de uma agenda totalmente fechada, parametrizada, sem nenhum momento para planejamento e avaliação?

São muitas inquietações e que as situações-limites vivenciadas são contrárias aos dispositivos da Política Nacional de Humanização, as orientações presentes nos manuais, diretrizes para o desenvolvimento das ações da ESF e o conceito de cuidar tão bem colocado pelo autor Leonardo Boff.

Para Boff (1999), o cuidado possui uma dimensão ontológica, ou seja, entra na constituição do ser humano. É um modo de ser singular do homem e da mulher, pois sem o cuidado, você deixa de ser humano. Nesse sentido, o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro.

Portanto, o cuidado à gestante, somente ocorre, quando está presente a responsabilização, o sentimento de amor, afeto, maior dedicação no que se refere a atender as suas necessidades em relação à sua saúde, e, portanto, a não naturalização diante da violação da garantia dos seus direitos, assim é necessário indignar-se sim, resistir a esse modelo neoliberalista, excludente e que vitimiza as pessoas, em especial as que mais necessitam ser cuidadas.

As inquietações apresentadas por ocasião dos encontros e das entrevistas, corroboram com estudos realizados no município de Fortaleza, pois revelou a insatisfação dos trabalhadores da forma como ocorre e está sendo trabalhada o acolhimento nas unidades básicas, onde ocorre priorização do atendimento das equipes aos eventos agudos, prejudicando o acompanhamento dos pacientes em condição crônica, como por exemplo, os hipertensos, vínculo com a população, assim como ações de promoção e prevenção (PONTES, 2014; GIRÃO & FREITAS, 2016, LEITÃO, 2016).

Assim, o acolhimento acaba sendo simplificado como uma triagem de urgências (por exemplo, o “Protocolo de Manchester”, adotado – ou importado – por algumas secretarias de saúde municipais), para salvaguardar uma agenda priorizada com serviços e programas institucionalizados.

Aquilo que não se encaixa nas “prioridades programáticas” ou simplesmente não está agendado é avaliado por técnicos de enfermagem ou enfermeiras e encaixado conforme a preferência do profissional ou o grau de urgência da situação. Como a flexibilidade das

agendas é pequena, torna-se comum os usuários serem referidos para os prontos atendimentos ou emergências (TESSER & NORMAN, 2014).

Referindo à forma como está organizado o acolhimento nas unidades básicas, trazemos aqui o discurso de trabalhadores de saúde quanto a esse dispositivo da PNH.

[...] O que é feito lá é uma triagem, as pessoas brigam comigo quando eu falo que é uma triagem: “enfermeiro não faz triagem, enfermeiro faz classificação de risco”. O acolhimento começa com a informação correta quando a pessoa chega na unidade, muitas vezes eles batem de porta em porta para ter uma informação, não tem quem direcione, aí o ISGH é uma gestão dentro de outra gestão, entendeu? ...dificultando demais o acesso... (T24).

[...] Isso não é acolhimento.... quando chega uns 24, 30 pacientes, sei lá, para nós (médicos), é porque já passou 60, 70 pelo enfermeiro. E ela já levou tudo que é nome, de humilhação... Você é quem? Quem é você? Você não é nada, não. Esculhambam a profissional, falta de respeito...é angustiante tudo isso (T44).

Em muitos casos, o acolhimento é viabilizado a um acesso e cuidado pontual, sacrificando-se a longitudinalidade e, com isso, a qualidade: quem acolhe não é profissional da equipe de SF responsável.

Estudo realizado em Florianópolis no ano de 2009 revelou que em 80% dos 47 centros desse município, o atendimento à demanda espontânea do dia (não agendados) não era organizado por equipe, ou seja, não era adscrito por área de abrangência (LUZ & TESSER, 2009), essa mesma situação é encontrada no município de Fortaleza, portanto, não sendo considerado o atributo da APS que é a longitudinalidade, a qual implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (STARFIELD, 2002).

O discurso acima sugere a existência da violência institucional também contra o trabalhador, de forma mais visível, com a enfermeira que está no acolhimento, pois cotidianamente sofre diferentes tipos de violência, principalmente a psicológica. Nessa perspectiva, percebe-se que esse modelo produtivista está enraizado nos serviços de saúde, principalmente na AB, e cada vez mais se fortalecendo, em detrimento a uma atenção integral e resolutiva, com acesso restrito no que se refere ao acompanhamento.

Percebe-se que o trabalhador é vitimizado na medida que é exposto a situações estressantes, desenvolvimento de atividades acima de sua capacidade física e intelectual. Outra questão presente é a existência de forte relação de poder disciplinar, de controle e de vigilância ao trabalhador, seja por meio da parametrização da agenda, dos processos alienantes que são subordinados e outros.

Para que o poder disciplinar fosse aplicado, a acomodação dos mecanismos de poder sobre o corpo individual teve de desenvolver-se no âmbito limitado das instituições como a escola, o hospital, o quartel, a oficina, etc., conforme demonstrou Foucault no livro *Vigiar e Punir*. De modo geral, o autor declara que essas instituições utilizam-se do sistema disciplinar visando à ocupação do tempo, da vida e do corpo do indivíduo.

Desse modo, o poder disciplinar tem como função prioritária fabricar corpos sujeitados. Para assegurar a sujeição, controla por meio de registro tudo o que acontece, permitindo, assim, uma vigilância de suas ações.

Contudo, o poder disciplinar rege a multiplicidade dos corpos individuais se faz através de instrumentos como a vigília, o treinamento, a utilização, e eventualmente a punição. Isso significa que, o poder disciplinar se caracteriza como “uma apropriação exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo. É uma apropriação do corpo, e não do produto; é uma apropriação do tempo em sua totalidade, e não do serviço” (FOUCAULT, 2014a, p. 58).

Um exemplo demonstrado por Foucault, em relação à disciplina de oficina, pode ser trazido para o processo de trabalho na AB do município pesquisado, pois existe uma pressão contínua por meio de regulamentos e normas que não permitem o “prejuízo do tempo”, mesmo que seja para a realização de ações de educação e saúde, daí a parametrização da agenda dos profissionais de saúde.

Assim, esse poder atende a “adestrar” o indivíduo, como sujeitado e não como sujeito, sendo assim, inviabilizando muitas vezes a criatividade no agir no seu processo de trabalho. Para Foucault (2014a) em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes.

Percebe-se a importância e a necessidade da implementação do acolhimento em todos os serviços de saúde, entretanto, se faz necessário maior discussão com a própria população. Por ocasião da pesquisa observamos que, nas unidades com maior número de equipes, a organização se faz de forma diferenciada, pois, muitas vezes, cada profissional fica somente um dia no DESP/acolhimento, não trazendo prejuízos à agenda dos programados e de outras atividades. Pode-se perceber essa diferença por perfil de unidade, número de equipes, população e outros.

[...] o acolhimento para mim é fundamental em qualquer serviço... muitas vezes ele é mais para organizar a demanda espontânea, aquelas pessoas que chegam sem ter um direcionamento. Então, o acolher chega nesse sentido e também para classificar o

risco, usar a equidade, correr mais rápido para quem precisa mais. Então, o processo de acolhimento, ele foi fundamental... Nós aqui já fazemos acolhimento há muito tempo, a gente já tem aqui o protocolo desde 2008, só que aqui temos muitas equipes e completas, aí é possível (T16).

[...] minha população é muito grande e tenho muitas equipes sem médicos.....eu vejo entre as equipes é exatamente esse desgaste, principalmente da enfermeira, porque a enfermeira no acolhimento não pode voltar ninguém, ela tem que acolher todo mundo, mesmo que seja 50, 70 pessoas.... Então, eu acho que quem sofre mais é esse profissional...está mais prejudicado. Não sou enfermeira, mais sei o que acontece, quem realmente pega o todo (G12).

Estudo realizado por Mitre e colaboradores (2012) por meio de um resgate da produção bibliográfica do Brasil revelou dificuldade de compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de trabalho no acolhimento, que o reconhecem como uma espécie de “triagem humanizada” e já apontam para a sobrecarga de trabalho nas Unidades de Atenção Primária à Saúde- UAPS.

Essa situação pode ser observada no discurso acima quando a gestora refere que as enfermeiras no acolhimento têm que atender quem chega, independentemente da situação, ou seja, se é ou não evento agudo, passa pelo profissional, portanto, se os autores acima referem como uma “triagem humanizada”, pode-se referir, como uma atividade desumanizada para o trabalhador, e de não compreensão da população e da própria gestão, uma vez que é impossível ter uma escuta qualificada com atendimento de cinquenta pessoas, por exemplo.

Entretanto, apesar da não compreensão da população, é possível perceber que ela quer resolver o seu problema, já que não tem vaga nas agendas de alguma forma quer resposta. Nesse sentido, organização de processo de trabalho que não atende às necessidades reais da população.

Ressaltamos que esse modelo de atenção proposto necessita dialogar com o Plano Municipal de Saúde (PMS), pois ao revisitar o PMS do período 2014-2017 quatro Redes Temáticas de Atenção são prioritárias para o município, uma delas é a Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011), entretanto, alguns indicadores não têm alcançado bons resultados, mesmo estando como prioridade ainda existem deficiências nas ações implantadas e/ou implementadas nessa área.

Dessa forma, questionar alguns processos instituídos faz-se necessário, seja os protocolos, os fluxos, o modelo e outros processos existentes na atenção, por meio de movimentos instituintes, inclusive o que está instituído para atenção à gestante de risco do município. Esse processo é complexo, porém por ocasião da implantação da política de humanização no município de Fortaleza a partir da experiência de várias cidades, entre elas Chapecó e Campinas, foi implantado o método Paideia, ou seja, o método da roda em todas as

unidades de saúde do município, como importante método para o diálogo com os trabalhadores, gestores e usuários e a implantação dos dispositivos da PNH, entre eles a cogestão, entretanto, não mais existe.

Esse método dialoga com o método Análise Institucional criado por Lourau, entretanto, conforme referido anteriormente na AI esse método parte de uma encomenda e uma demanda, ou demandas, onde são colocados para análises os analisadores surgidos no coletivo, a partir do não dito por esses sujeitos, mas, para que isso possa acontecer é necessário encontro (s) com os sujeitos.

O método Paideia é uma proposta de cogestão de coletivos (CAMPOS, 2000) que aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. Para o autor (2000), a dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e cogestão. Para tal, algumas características são fundamentais.

No entender de Cunha & Campos (2010), esse método aponta para uma construção institucional democrática, reconhecendo uma tríplice finalidade intrinsecamente conflitiva das instituições: a produção de valor de uso para outros (finalidade declarada da instituição), a produção de sujeitos (os trabalhadores) e a sustentabilidade (reprodução da instituição).

Nesse sentido, percebe-se a necessidade desses encontros na rede de saúde, no intuito de produzir mudanças, não somente no serviço de saúde, mas também nos diferentes sujeitos implicados com o coletivo e, principalmente, no cuidar da gestante de risco, entendendo que todo movimento instituinte de alguma forma mobiliza, inquieta, traz reflexões.

Assim, apesar de intensificar a importância da autogestão e cogestão utilizados na socioclínica, é fundamental cada vez mais que os sujeitos coletivos³ possam ser incluídos no processo, e que auto avaliação seja permanente, respeitando as subjetividades, e as singularidades dos territórios, sem culpabilização, violência e distanciamento do outro. Nesse sentido, ao propor uma construção coletiva, a possibilidade de adesão ao processo é mais mobilizadora, inovador e apresenta maior possibilidade de adesão.

Os processos instituídos para a atenção à gestação de risco no município em algumas situações são complexos e desafiadores, porém é necessário que sejam compreendidos e enfrentados para alcance de soluções. Assim, a demora de acesso da

³ Um grupo de indivíduos, ao constituir certa organicidade, um compartilhamento de interesses, valores, relações, pode ser reconhecido por Campos (2000) como um “sujeito coletivo”.

gestante a atenção especializada, aos exames e aos medicamentos em tempo oportuno necessitam ser reavaliados por todos que estão implicados no cuidado, seja trabalhador de saúde e gestão.

Embora seja apresentada de forma oculta a violência institucional em relação à gestante de risco, é preciso fazer essa discussão para sua não banalização, naturalização e provocar discussões sobre a deficiência desse acesso e a violação do direito do cidadão.

[...] não recebi nem o sulfato ferroso...tem um médico e um enfermeiro para atender um horror de gente....aí quando não é atendido, esculhambam os médicos...eu acho isso errado, pois eles não têm culpa, é assim mesmo... quando aconteceu comigo, eu não disse nada, não esculhambo, não digo nada, fico na minha (U4).

Por meio das visitas realizadas aos serviços de saúde da cidade de Murcia na Espanha, observamos diferentes avanços no sistema de saúde naquele País, além da regionalização da atenção especializada, presente também em muitos municípios brasileiros, a gerência dos hospitais junto às unidades de saúde daquela região, ou seja, cada hospital é referência não somente para o atendimento de determinado número de unidades, mas responsável pelo gerenciamento geral.

Segundo alguns gestores e trabalhadores de saúde que dialogamos no momento da visita e registrado no diário de campo, referem melhoria da integração das redes, entretanto, referem a não total efetivação.

Nesse contexto, estudo realizado na Espanha por Conill e colaboradores (2011) revelou que embora o sistema funcione com territorialização, fluxos definidos e sistemas de informações compartilhados, que inclui o acesso à agenda dos especialistas a partir dos centros de saúde, esse nível não tem controle sobre esses processos de trabalho, prevalecendo a impressão de pouca transparência.

O cenário atual no Brasil é claro em relação à necessidade de maior atenção a esse problema, pois apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos, após a implantação do SUS, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e de gestão no que se refere ao modo como a gestante acessa os serviços de saúde pública, especialmente em relação à atenção especializada.

Portanto, é preciso restituir, na prática, o princípio da universalidade, segundo o qual todos os cidadãos podem ter acesso a um atendimento humanizado pautado no acolhimento (BRASIL, 2009), e que a mortalidade materna ainda é um problema para o país, visto que cada óbito materno precisa ser entendido como falha do sistema de saúde e violação aos direitos humanos (SZWARCOWALD, et al. 2014).

Sendo assim, a violação dos direitos humanos é representada como uma violência que não tem visibilidade, existe deficiência em estudos que articule essa forma de violência a partir da violação do direito, em especial na saúde da mulher durante a gravidez. Outra questão importante é a deficiência de movimentos instituintes de trabalhadores de saúde e população, em especial das mulheres na condição de gestante, no que se refere a esse problema, pois o não acesso muitas vezes tem gerado conformismo, inclusive das gestantes.

Por isso, o seu não reconhecimento da violação do direito como violência, dificulta a visualização do problema enfrentado pelas gestantes de risco e ação efetiva do Estado no que refere a garantia do direito.

Verifica-se, então, que a violência institucional é reforçada pelo conformismo, naturalização, levando à invisibilidade do problema e à compreensão que se trata o fenômeno. Necessário que seja priorizado o enfrentamento do problema, assim como monitoramento permanente dessa deficiência da oferta e demanda, fila de espera, estudos sobre mortalidades materna e infantil em relação ao acesso na sua dimensão mais ampla.

Portanto, a não divulgação desse problema, a deficiência de implementação de políticas públicas que garantam uma atenção integral, e a não integração das redes de atenção, faz com que ocorra a naturalização não somente pelas usuárias, mas pelos gestores e pelos trabalhadores de saúde.

A violência institucional contra a mulher apresenta escassez de discussão, em especial no componente do pré-natal, e a situação de violência vivenciada pelas gestantes está caracterizada na falta de acesso qualificado a serviços de saúde capazes de percebê-las como cidadãs, isto é, sujeito de direito a um pré-natal qualificado (BRASIL, 2010a).

Diante das situações-limites, os trabalhadores de saúde, buscam diferentes formas para resolver o problema da deficiência do acesso e peregrinação da gestante para acesso à AE, seja junto à coordenação da unidade, área técnica da saúde da mulher em nível regional e central, por meio das redes informais, e até encaminhamentos indevidos, aumentando ainda mais essa peregrinação e a própria violência.

[...] eu acho que essas dificuldades que elas enfrentam, como o não acesso...na realidade é uma forma de violência. Elas se sentem, digamos assim, atingidas em sua autoestima, talvez até humilhadas em sua condição de pessoa, de ser humano (G2).

Estudo realizado em cinco hospitais públicos do município do Rio de Janeiro por Fleury e colaboradores (2013/tradução nossa) revelou a existência de diferentes dimensões de negação de direitos no cotidiano dos serviços públicos de saúde. Presença de grandes

desigualdades no acesso e uso de serviços: atrasos nos cuidados, infraestrutura deficiente, filas de espera, peregrinação de usuários para várias unidades de saúde que buscam cuidados para sua patologia específica, na ausência de receptividade e respeito.

Por ocasião das entrevistas foi possível perceber questões em relação à existência de problemas de infraestrutura em algumas unidades da AB, como a falta de privacidade de serviços no momento do pré-natal, deficiência em recursos materiais, humanos e outros. Situações também reveladas pelos trabalhadores, gestores e usuários como violência no serviço de saúde. Assim, são diferentes situações que apresentam violação do direito à gestante, pois o acesso conforme já referido anteriormente é muito mais que um atendimento.

[...] a gente era para ter nove equipes de saúde da família, temos seis, sendo uma incompleta há muito tempo.... veja, não existe privacidade no momento do atendimento.... as salas são divididas por divisória desde a época que a gente chegou aqui.... isso é uma violência, não só para a gestante, mas para o profissional... condições péssimas de trabalho... (T4).

[...] não foi abordado, a questão dos recursos materiais para o trabalho do profissional para essas gestantes. A gente tem oito equipes com apenas um sonar, que quebra bastante... balanças antigas, onde a gente não consegue ter o peso preciso dessa gestante, isso é violência também (T17).

[...] eu queria só falar... aqui está em reforma, porém quando vim pra cá (hospital) não tinha tomado nenhuma vacina, tomei aqui..., porém foi aplicada no banheiro, eu de frente pra uma privada do lado de um lavatório de mãos, e... fiquei constrangida... tava lá a privada do meu lado, sem tampa, sem nada (U5).

Discutir o acesso, foi trazido pelo grupo muitas situações complexas vivenciadas nas Redes de Atenção. Então, neste estudo, o processo de trabalho se comportou também como um analisador, e apareceu em todos os encontros, questões foram referidas em relação a não existência de diálogo entre a gestão e trabalhadores de saúde, até mesmo entre os próprios trabalhadores de saúde, deficiência de autonomia. Na maioria das unidades pesquisadas não tem ocorrido esses encontros, nem mesmo para que as equipes possam realizar o planejamento mensal, realizar avaliação e monitoramento de suas ações.

[...] Antes do processo de informação, quando fazíamos SIAB, nós tínhamos a reunião mensal. Enquanto a gente estava debatendo, a gente até tinha esse momento de discutir os atendimentos, mas hoje não temos mais. Desde que foi informatizado o sistema, e essas agendas lotadas, nós não temos mais esses momentos (T39).

[...] O acolhimento é muito bom, porque dá disponibilidade da pessoa naquele momento que está necessitando ser atendida. Mas, em compensação, por causa desse modelo, algumas atividades, elas deixaram de acontecer, como reuniões de equipe, grupos de hipertensos e outros, pois não tem agenda (T39).

Em vista disso, a partir dos discursos de muitos entrevistados e por meio da discussão do grupo foi possível perceber que após a implantação do E-SUS, são poucas as equipes que possuem momentos juntos, inclusive as que realizam planejamento mensal, monitoramento dos dados desse sistema, conforme discurso a seguir de um ACS.

[...] a demanda espontânea dificultou o nosso trabalho em equipe. Eu posso dizer, aí começou o desmonte do PSF, pelo menos na nossa equipe. Porque quando tiraram dois dias, a médica e a enfermeira para a demanda espontânea, fizeram o desmonte. Porquê? Porque elas ficaram com menos tempo para os crônicos, visitas, puericultura...(T20).

[...] Não tem mais aquela coisa de parar, de discutir sobre o paciente da nossa equipe, com essa demanda prejudicou sim o PSF, inclusive no que se refere a desenvolver ações que é de nossa competência (T9).

Nesse sentido, os processos autoavaliativos na AB são muito importantes, devem ser contínuos e permanentes, e que apesar do monitoramento e avaliação fazerem parte das atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes da ESF/AB e dos gestores foi revelado a deficiência ou inexistência atualmente, prejudicando, assim, maiores reflexões e discussões da situação de cada área, cada território para o enfrentamento da realidade com planejamento de estratégias para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

É necessário, por meio da autoanálise, que os trabalhadores de saúde possam avançar na autogestão, na identificação dos problemas para o seu enfrentamento, mas para isso torna-se necessário ter condições de trabalho para o desenvolvimento das ações e estratégias para superação dos problemas ou necessidades do seu território.

Devido ao número de analisadores e à necessidade do grupo em dar continuidade a esse processo de análise coletiva a partir da socioclínica, foi pensado como possibilidade futura, pelo próprio grupo, a continuidade desses encontros. Trazemos aqui as palavras de Paulo Freire e Myles Horton (2011) “o caminho se faz caminhando”, assim esse processo abre outros caminhos, outros encontros. Bons encontros, quem sabe.

Apesar das dificuldades e problemas revelados, percebemos muitas potências em todos os territórios estudados, em especial no que foi desenvolvido a pesquisa-intervenção. Desse modo, a busca das potencialidades no sentido de encontrar aliados foi necessária para essa construção, percebendo o desejo do grupo como um bom sinalizador a partir do que se definiu como potencialidade.

Para os sujeitos participantes dos encontros, é necessário ser repensado a forma de agendar as consultas, assim como de realizar melhor avaliação da necessidade do usuário por parte do NAC (Núcleo de Apoio ao Cliente), pois existe uma deficiência de captar a

necessidade do usuário, prejudicando, inclusive, o acesso da gestante na AB, conforme discurso:

[...] a primeira coisa que esgota é a consulta de clínica médica...Aí, por exemplo, agora a nossa agenda vai abrir dia 20, aí o pessoal vai perguntar pelos atendimentos aí “não só dia 20 que abre”. Só que, às vezes, o que está atrás não é de clínica médica, às vezes é consulta pré-natal, ainda tem consulta tanto na agenda do enfermeiro como na do médico...Só que eles dizem “não, só dia 20” (T24).

O agendamento da gestante na AB, seja de risco habitual ou de alto risco não ocorre da mesma forma em todas as unidades de saúde do município, ainda existem unidades que o retorno da gestante é feito no NAC, e nem sempre após seu atendimento essa agenda está disponível, dificultando o acesso para o retorno da gestante, uma vez que deveria ser agendado pelo próprio profissional de saúde, portanto, em algumas unidades básicas de saúde também existe dificuldade de acesso e peregrinação da gestante, conforme fala a seguir.

[...] a gente normalmente costumava agendar o retorno, só que a nossa agenda é aberta mensalmente... Aí, muitas vezes o que acontece, a agenda não está aberta, você não consegue marcar, mesmo quando o profissional tem disponibilizado o cronograma bem antes...assim não consigo agendar meus retornos...dessa forma a gestante fica indo várias vezes para agendar (T23).

[...] Ainda em relação à agenda.... atualmente é muito complicado encaixar paciente, portanto, até mesmo os feriados têm prejudicado essa organização, assim essa falta de calendário da prefeitura é complicada... de última hora é avisado, com essa agenda apertada, não temos como remanejar (T22).

Nas unidades de saúde com agendamento pelo profissional de saúde por ocasião da consulta, foi referido retorno da gestante, mesmo em acompanhamento na atenção especializada, portanto, o não agendamento no retorno pode ser um complicador para a não continuidade na unidade.

Na atenção especializada, as gestantes entrevistadas revelaram agendamento de retorno da primeira consulta para a seguinte, conforme a seguir: Hospital A (95%), Hospital B (100%), Hospital C (95,7%), Hospital D (97,5%) e Hospital E (100%) (PESQUISA ACESSUS, 2016). Essa questão é fundamental para garantir o vínculo da gestante com as duas Redes de Atenção. Entretanto, foi encontrado situações em que a gestante não tem agendamento mensal na atenção especializada, podendo variar de até dois meses, configurando ainda mais um motivo para a necessidade do acompanhamento na AB.

[...] Elas fazem acompanhamento tanto no hospital de referência como aqui, a gente não perde o vínculo com ela, pois já sai com a agenda do retorno aqui na unidade. Às vezes ficam até muitas consultas, elas um pouco que reclamam, porque ficam

muito tempo fazendo pré-natal, mas a gente acha importante manter esse vínculo. Só que não existe uma contrarreferência, o cartão da gestante é nossa contrarreferência, não existe assim uma coisa formal, porém muitas vezes falta o cartão da gestante, aí dificulta (T13).

[...] no pré-natal de alto risco nem sempre é mensal na especializada, muitas vezes esse agendamento é espaçoso. Penso mais um motivo fundamental para a contrarreferência, pois é necessário que seja feito a linha de cuidado (T33).

Estudos realizados por Silva e colaboradores (2010) e Lima & Assis (2010) destacam problemas ligados à disponibilidade e localização dos serviços, e ao modo de organização da oferta, como o horário de funcionamento das unidades, o sistema de agendamento de consultas e exames e a limitação das ações para grupos programáticos.

Para os sujeitos participantes da pesquisa das duas redes de atenção ainda é complexo e desafiador essa integração, e no caso da regional VI, revelaram que em algum momento, esse processo foi iniciado, entretanto não por muito tempo. Essa Regional possui muitas potências e tem grandes possibilidades de ocorrer a continuidade, principalmente no processo de integração das redes, revelado por gestores e trabalhadores das duas Redes de Atenção.

O processo de integração das Redes no município de Fortaleza, ainda possui muitos desafios a ser enfrentado, apresenta dificuldades no que se refere à prática de uma rede integrada com as demais, inexistência da contrarreferência e de fluxograma para o caminhar da gestante da AB à AE. Embora a gestão atual do município seja continuidade da anterior (2013-2017), ocorreram muitas mudanças na saúde.

Por ocasião dos primeiros quatro anos da gestão (2013-2017), a SMS contratou uma consultoria para reorganizar e integrar os serviços de saúde a partir das Redes de Atenção. Entretanto, muitas situações complexas estiveram presentes nos serviços de saúde, principalmente devido à falta de diálogo com os trabalhadores no momento da discussão e implantação dos processos.

A impressão que se tinha, era que o trabalhador de saúde teria que somente cumprir. Atualmente, percebe-se que muito do que se vinha discutindo foi “modificado”, pelo menos é o que demonstra no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (FORTALEZA, 2017a), pois não tem dialogado efetivamente com o PMS anterior, ou seja, do período (2013-2017).

[...] Então, uma das dificuldades seria a falta dessa integração dessas redes....outro problema é quando se muda de gestão. Você começa com a política, que vinha de uma forma de integração das Redes, do cuidado integral, capacitando a atenção primária. Aí, de repente, muda a gestão e mudam todas as propostas. (G3).

[...] Nós não temos essa integração com a AB, dei início e isso foi interrompido... (G2).

Outra situação complexa percebida no discurso dos sujeitos, foi o problema enfrentado pela atenção secundária de não conseguir referenciar direto para a atenção terciária. Muitas gestantes de risco têm permanecido na atenção secundária pela inviabilidade do acesso à atenção terciária. Conforme referido anteriormente, o encaminhamento da atenção secundária à atenção terciária se dá por meio da atenção básica, e esse procedimento tem apresentado dificuldades quanto ao acesso da gestante à atenção especializada, conforme revelado pelos trabalhadores de saúde e gestores.

[...] Eu acho que a paciente que chega aqui para a gente, unidade secundária, ela já está no sistema, então a unidade secundária não deveria ser privada de mandar para a terciária...então, ninguém melhor que nós, a equipe daqui para fazer isso. Nós da secundária temos plenas condições de saber se aquela paciente é do meu nível de atenção ou não (T26, G21, G2).

Observa-se, portanto, presença de burocracia complexa vivenciada pelos serviços que repercute no caminhar dessas gestantes de risco, pois mesmo quando encaminhada adequadamente à atenção secundária, em algum momento ela pode necessitar de encaminhamento para a atenção terciária, e nesse caso esbarra em uma burocracia, ou em um processo de organização que não leva em consideração nem quem está encaminhando e nem a gestante, conforme abaixo.

[...] se a gestante está dentro de uma unidade especializada, que seria aqui, do lugar de encaminhar para a terciária e ter a garantia essa ida dela (gestante), ela volta para o posto de saúde, vai de novo para uma fila... então, assim, a gente escuta muita coisa aqui, mas eu acho que o principal é a gente desburocratizar e facilitar esse acesso, tanto da primária para a secundária, como da secundária para a terciária, pois a gestante perde muito (T26).

[...] Eu entendo que nós somos uma unidade de nível secundário, que a rigor isso deveria ser feito em unidade de nível terciário, mas em função das dificuldades, então nós fazemos o que é da competência do nível terciário (G2).

Portanto, o diálogo entre essas redes, ou seja, secundária e terciária, necessita também acontecer, pois tem dificultado a própria organização dos serviços, assim como levado prejuízos à gestante de risco, conseqüentemente em alguns casos uma revitimização. Não foi encontrado nenhum estudo que revelasse essa situação em outro local, como se dá essa referência sem burocratização e com garantia da atenção que a gestante necessite de acordo com o risco apresentado.

Muitas revelações surgiram a partir das discussões no grupo, muita coisa não dita, oculta foi surgindo, reafirmando a necessidade de maior articulação da gestão em nível estadual, SMS, regional e dos hospitais de referência para atenção secundária e terciária. Os analisadores percebidos são complexos e envolve a PPI (Programação Pactuada e Integrada), portanto, outro nível de governabilidade para de fato ocorrer esse enfrentamento.

Acredita-se que esse debate necessita ser enfrentado emergencialmente, pois Fortaleza, como a capital do Estado, e com o número de gestantes de risco, não conseguirá resolver sozinha esse problema. Percebe-se que embora as redes Estadual e Federal sejam de muita importância nesse processo, o município precisa rever também seu planejamento para garantir o que é de sua competência, pois conforme revelado anteriormente, coisas básicas ainda não são ofertadas de forma permanente durante o pré-natal, como exames, medicamentos, e essa questão é de responsabilidade do município.

[...] eu acho que é uma lacuna a ser preenchida. Eu sinto que o serviço de saúde do nosso Estado precisa dialogar mais.... Não é só nessa referência ambulatorial que precisa dialogar, não, mas em toda a assistência à saúde, pois esse diálogo não flui bem... (G2).

[...] às vezes a gente começa o atendimento e tem que referenciar para outros serviços. E a gente encontra muita dificuldade quando precisa referenciar para atenção terciária... eu sinto que esse é um assunto que precisa ser aperfeiçoado ainda, melhor trabalhado... (G2).

[...] A dificuldade que a gente tem é de acesso aos exames de imagem, isso sim. A gente não consegue a tempo. Os ultrassons, nunca se consegue. As gestantes geralmente não fazem, quando não têm condição financeira (G4).

A organização da rede de saúde então, é fundamental para o maior fortalecimento “de entrada” demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS (ASSIS et al, 2012).

Corroborando com essa discussão, estudo realizado no ano de 2017 no município de Fortaleza, revelou que a falta de referência e de contrarreferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal. Ao serem encaminhadas para um pré-natal de alto risco pela ocorrência de DHEG, pré-eclâmpsia, diabetes ou sofrimento fetal, por exemplo, os profissionais das UBSFs perdem a continuidade do cuidado a essas mulheres (RODRIGUES et al, 2017).

A realização desses encontros por meio desta pesquisa trouxe a possibilidade do diálogo entre gestores e trabalhadores das duas Redes de Atenção, principalmente nesse momento que em ocorreu mudança de 50% dos coordenadores das unidades de saúde da SR VI, e onde os outros 50% ou mudaram de unidades de saúde ou vieram de outras regionais. Esses coordenadores participaram de um processo seletivo, muitos deles não são da rede municipal, ou estão na gestão pela primeira vez.

No que se refere ao município, ocorreram mudanças de 42% dos gestores das unidades básicas, dos seis gestores da atenção básica que participaram de uma das etapas da pesquisa, apenas dois permaneceram, e somente um continua na mesma unidade de saúde. Sendo assim, necessária discussão sobre essa questão com os gestores, principalmente por não existir regionalização na consulta especializada da gestante de risco e pela existência de dificuldades ao acesso, sendo necessário a utilização de diferentes estratégias para garantir esse atendimento, e nesse processo tem a participação da gestora da unidade, conforme fluxogramas nº 1, 2, 3 elaborados por ocasião desta pesquisa.

O não conhecimento de muito dos trabalhadores de saúde e gestores quanto a referência secundária em relação a gestação de risco, assim como pela inexistência de fluxograma institucionalizado, tem contribuído na demora no atendimento na atenção terciária, pois no momento que a gestante de risco é referenciada para esse nível de atenção sem os critérios estabelecidos em virtude da oferta existente ocorre uma nova peregrinação.

Entretanto, no momento dessas discussões, foi colocado por gestores e trabalhadores de saúde da AE que o hospital secundário não tem todas as especialidades, e somente os casos que estão no perfil do hospital deverão ser encaminhados para o pré-natal de risco, uma vez que a referência é secundária e não terciária.

Portanto, esse não encaminhamento adequado contribui também no tempo de espera para atenção terciária, uma vez que caso a gestante não esteja dentro do perfil do hospital, encaminham de volta a unidade básica de saúde para agendamento na central de marcação de consulta para a atenção terciária, portanto, entra em uma nova fila de espera, conforme fala a seguir.

[...] eu digo com toda sinceridade, mando todas as gestantes de risco para o hospital (secundária, porque não tenho conhecimento do que só podemos encaminhar..." e acho que nem a gestora da minha unidade tem (T25).

[...] fui encaminhada para o Hospital A, depois voltei para a unidade e fiquei aguardando vaga para esse Hospital. Agora estou somente aqui, mas foi difícil (U4).

Durante as discussões nos encontros, uma outra questão apresentada foi a não existência da contrarreferência, mesmo em relação aos serviços de saúde da rede municipal. A sua implementação, e o seu acompanhamento na AB contribuirá para um cuidado integral e compartilhado, dessa forma, a própria gestante e os trabalhadores de saúde ficarão mais seguros.

Embora a discussão da referência e contrarreferência não seja um problema novo, sua implantação de forma efetiva pode acontecer dependendo da priorização inclusive da gestão, uma vez que todas essas questões de registros a serem implantados, foram se incorporando na prática do profissional, como foi o caso do cartão da gestante, hoje um instrumento utilizado por todas as Redes de Atenção que acompanham o seu caminhar, embora ainda ocorra deficiências em relação ao registro completo, porém faz parte do cuidado durante o pré-natal.

[...] Eu vejo, assim... essa semana, eu atendi uma gestante... ela era do pré-natal de alto risco daqui (hospital)...só que ela, apresentou uma queixa, foi lá no posto, após examiná-la... estava sem o médico na unidade, fiz a referência e mandei para ser avaliada aqui, .ela voltou, sem atendimento e sem contrarreferência.(T31).

A não existência da contrarreferência representa um grande desafio para as redes de atenção, pois nem sempre a gestante tem a compreensão do que está acontecendo por ocasião do seu acompanhamento, seja por falta de informação adequada do profissional que atendeu, ou por sua própria deficiência.

[...] Mas a gente está precisando realmente dessa comunicação.... a gente sabe que elas (gestantes) aumentam muito a estória, mas eu senti que ela realmente foi ao hospital. Agora, ela talvez não entendeu porque não seria atendida (T31).

[...] Eu... estava com uma gestante agora lá no posto com asma, era descontrolada, acompanhada por pneumo, e eu achei que tinha que encaminhar.... no sistema não tinha opção pré-natal de risco asma, ninguém sabia para onde encaminhar a gestante. Aqui (hospital secundário) não aceitaram, disseram que não era aqui, e ela voltou (T27).

[...]acho uma violência não ter uma contrarreferência por parte do hospital para a AB até porque a grávida...., não faz só o pré-natal lá, ela volta pra unidade de saúde (T10).

Por ocasião das entrevistas e nos encontros não foi revelado a existência da contrarreferência por nenhum participante da pesquisa, seja a referência municipal, estadual e/ou federal, normalmente o que possuem de informação é o que a paciente revela, quando é possível, e ou pelo cartão da gestante.

Essa forma de comunicação também foi referida por ocasião da pesquisa realizada em Fortaleza no ano de 2016, onde referiu que a comunicação entre a AB e AE ocorre principalmente por meio da caderneta da gestante, ou seja, 62,24%, entretanto, 11.19% das gestantes referiram que o meio de comunicação se dá pelo o que ela conta ao médico (PESQUISA ACESSUS, 2016), situação não adequada para o seu caminhar nas Redes de Atenção, interferindo no seu cuidado.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, constatou dificuldades em se manter um fluxo de contrarreferência entre os níveis de atenção (SERRA; RODRIGUES, 2010) e que a inexistência da contrarreferência implica descontinuidade do cuidado, além de comprometer o fluxo do sistema quanto aos serviços e atendimentos que deveriam ser prestados na atenção primária.

Nesse sentido, no caso da gestante de risco pode-se observar a fragmentação do cuidado, e a não responsabilização do serviço, uma vez que a contrarreferência para atenção básica é de grande importância para garantir o cuidado da gestante, puérpera e da criança conforme previsto na Política da Saúde da Mulher/ Rede Cegonha.

Portanto, percebe-se a inexistência da contrarreferência nos serviços especializados na atenção à gestante de risco, mesmo em se tratando de hospitais escola, portanto, hospitais responsáveis pela formação dos mais diferentes profissionais, em especial, de médicos, com residências em gineco-obstetrícia e pediatria.

Percebe-se que não está presente em sua rotina, no processo de trabalho nem a contrarreferência e nem a integração com a AB. A implantação desses procedimentos por parte desses serviços de saúde seria um bom começo para essa mudança no sistema, pois poderia fazer parte inclusive da discussão por ocasião dessa formação e assim mudaria de fato esse cenário.

No que se refere ao hospital municipal, por ocasião das discussões, foi revelado que a implantação seria possível e necessária, sendo discutido pelos sujeitos participantes do grupo representando a AE sua inclusão na pauta da instituição, junto aos demais trabalhadores de saúde, no sentido de maior responsabilização no cuidado da gestante a partir do diálogo com todos que estão implicados nessa atenção.

Apesar de avanços no município de Fortaleza quanto à implantação do prontuário eletrônico na maioria das unidades básicas de saúde, o mesmo não ocorre na atenção secundária, dificultando, portanto, essa integração na própria rede municipal. O mesmo foi revelado por ocasião das entrevistas, pois em outras unidades de referência, apesar de

possuírem prontuário eletrônico, não está implantado em todos os serviços e não é integrado, conforme discurso a seguir:

[...] Às vezes até no hospital terciário.... alguns setores estão já funcionando com o prontuário eletrônico, outros não. Se fosse a rede toda do hospital facilitaria muito, imagine de outro. Então, seria um benefício muito grande. (G5).

[...] seria muito bom a integração dos sistemas, assim poderíamos trocar e realizar *feedback* entre atenção especializada. No entanto, isso não ocorre, nós não temos contato com o serviço terciário e, não recebemos contrarreferência do serviço. Há uma lacuna muito grande nesse meio e isso dificulta o trabalho, essa falta de contato com o especialista principalmente (T5).

A implantação do prontuário eletrônico tem apresentado vantagens em relação ao prontuário em papel, pois evita a deterioração, a perda ou a adulteração da história clínica, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com evidente redução de custos. Também permite reunir toda a informação do paciente, identificando-o univocamente e preservando sua identidade, além de armazenar informações inter-consultas (GOST GARDE et al, 2000). Entretanto, apesar dos avanços torna-se necessário à sua implantação em todas as Redes de Atenção, assim como integração junto aos serviços de saúde internos e externos para que efetivamente contribua na atenção integral do paciente.

Ao ser discutido, por ocasião das entrevistas e nos encontros essa questão, observamos que apesar da implantação do prontuário eletrônico, os trabalhadores de saúde da AB revelaram sua insatisfação em não terem acesso ao relatório de seus atendimentos, o perfil de sua área, o que mais atenderam e outros, salvo os que encontraram outras estratégias para esse monitoramento, como por exemplo em relação às gestantes, registro em um formulário próprio criado normalmente pelas enfermeiras, assim como a continuação da utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pois com a implantação do E-SUS⁴ nem todas as equipes utilizam o sistema anterior.

Atualmente, somente o coordenador da unidade tem acesso ao relatório das atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde, e não foi relatado a rotina da disponibilização desse relatório para as equipes, salvo, quando solicitam, onde se percebeu não ser um procedimento comum nas unidades, principalmente no momento de situações de grande fluxo nas unidades, como foi o caso em um dos períodos do estudo com aumento de casos de dengue.

⁴ E-SUS- Essa estratégia busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível nacional. O objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na AB, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais.

Outra situação encontrada, foi a deficiência de sua utilização para discussão dos indicadores pelos gestores e trabalhadores de saúde, apenas uma unidade de saúde participante do estudo referiu esse procedimento, assim, os indicadores não estão sendo avaliados, monitorados pela equipe, normalmente. Dessa forma, a não existência do planejamento das equipes, dos gestores, a partir dos indicadores do território, traz deficiência quanto ao atendimento real das necessidades da população, como problemas em relação à agenda e outros.

Percebe-se a partir do discurso da gestora abaixo, a dificuldade vivenciada, também, pelo gestor da AB no que se refere à sobrecarga de trabalho, principalmente pela existência de diferentes dificuldades, como deficiência de recursos materiais, humanos e outros, pois ocupa o maior tempo resolvendo essas situações. Essa situação foi revelada por muitos dos gestores participantes do estudo.

[...] por que a gente não tem acesso ao relatório? nós é que atendemos, e não temos como acessar. Não podemos ver quantos pacientes atendemos no mês...os atendimentos do DESP... você não sabe, só sabemos os pacientes que foram agendados... não temos mais acesso ao que você faz (T23).

[...] existe um módulo administrativo no sistema que é manuseado pelos gestores das unidades, e esses (gestores), pelos seus diversos motivos, particulares e institucionais, eles não acessam e não fazem essa devolutiva para os profissionais (T17).

[...] foi uma das questões que eu, como gestora, me senti mais incomodada e, principalmente, pela questão do tempo do gestor, se debruçar nessa discussão da produtividade, da estratificação..... não consegui fazer isso em dois anos.... pelo menos aqui na minha unidade de saúde, me sinto como uma apagadora de incêndio, tudo é responsabilidade do coordenador, da infraestrutura ao setor pessoal (G12).

A integração do prontuário eletrônico ainda consiste no grande desafio não somente para o município de Fortaleza, mas para o Brasil e diferentes países do mundo. Esse processo tem sido aperfeiçoado em muitos países em virtude da sua importância, inclusive para diminuir custo, garantir a integralidade e maior resolubilidade da atenção, embora ainda seja um grande desafio para o Sistema de Saúde Brasileiro.

Na Espanha, por exemplo, em relação a essa questão, apesar de sua implantação, atualmente, segundo comunicação informal com gestores tanto da AB, quanto da AE registrado no diário de pesquisa por ocasião de visita aos serviços de saúde, está em processo de revisitação a implementação da integração dos prontuários, pois apesar de sua implantação em todas as Redes de Atenção, encontram algumas dificuldades, devido à existência de diferentes histórias clínicas em cada um deles.

No que se refere ao pré-natal de risco, trabalhadores de saúde da AB referiram que acessam informações pelo prontuário eletrônico, quanto aos exames realizados, tratamentos e outros procedimentos, mas que é necessário a melhoria da unificação dos sistemas.

Estudo realizado por Coelho & Jorge (2009) revelou que a ausência de prontuários unificados e com informações gerais do usuário para serem referendados a outros níveis de atenção, dificulta a comunicação e a realização do projeto terapêutico integrado e centrado no usuário. Dessa forma, a integração da atenção à saúde contribuirá efetivamente na integralidade da atenção, otimização dos recursos financeiros, material e humano, e, portanto, melhoria no acesso às diferentes redes de atenção.

Para os trabalhadores de saúde, gestores e gestantes de todas as regionais de saúde a dificuldade de agendamento para a atenção especializada é complexa. Observa-se que mesmo no caso da regional VI, que possui uma referência secundária na própria regional referem algumas dificuldades.

Atualmente, os serviços relacionados à mamografia e à mastologia encontram-se regionalizados nesta regional. Segundo um dos gestores por ocasião da pesquisa, no momento encontra-se em estudo a implantação da regionalização da oferta de consultas para o pré-natal de risco no município.

No que se refere à SR VI, seria necessário apenas a disponibilização da oferta de vaga para que essa organização ocorra via sistema, ou seja, as consultas seriam agendadas via sistema, e somente as unidades de saúde dessa regional teria acesso às vagas, sendo assim, ocorreria uma melhoria no acesso e seria amenizado tanta burocracia. Implantar esse sistema é decisão de gestão, portanto, não dá para compreender a sua não efetivação, já que a referência é municipal.

Nos dias atuais, com a presença de burocracia tem dificultado a marcação de consulta da gestante de risco para o hospital de referência em nível secundário, conforme relatos a seguir:

[...] quando o gestor liga para marcar, ele perde no mínimo trinta minutos, porque o primeiro não atende, segundo, quando atende ela pede do CPF ao CEP.....caso não se tenha esses dados, não se consegue marcar (G11).

[...] Incrível que, quando a gente liga, às vezes o atendente, o funcionário diz “mas, tem isso, tem isso”, parece que procura um item que não tenha (T23).

[...] é muita burocracia... Eu esqueci de falar da dificuldade de acesso para vir aqui agendar, um mês, dois meses. Eu tenho uma gestante de quinze anos que não

conseguiu ainda agendar consulta aqui, porque ela não tem CPF...isso ela vai chegar aqui com quatro meses, cinco meses já de gestação...pior, faz uso de drogas (T28).

Ao realizar entrevistas com gestores e trabalhadores de saúde do hospital secundário e terciário, é referido a preocupação quanto ao início do pré-natal de alto risco nessas unidades, pois chegam tardiamente, e isso tem gerado discussão e preocupação aos que atuam nessa rede especializada. Ressalta-se que, a unidade terciária de referência para essa regional é um hospital da Rede Estadual, unidade participante da pesquisa em suas diferentes etapas.

[...] o ponto que eu acho que é mais complicado mesmo é essa demora para essa paciente chegar até aqui (atenção terciária) no pré-natal, quando ela chega, às vezes a gente nem sabe mais o que fazer, porque já está no estágio bem sério mesmo, bem avançado, fica mais complicado da gente dar assistência (T37).

[...] é necessário que a gente possa ter, de certa forma, apoio para encaminhar essa paciente para unidade terciária, que ela não fique aqui nas nossas mãos, ela vai para o posto, volta para a gente de novo, porque não consegue marcar para a atenção terciária (T26).

Portanto, essa reorganização da AE é fundamental para garantir uma atenção integral a essa mulher na condição de gestação de risco. Para Assis e colaboradores (2012), é necessário maior fortalecimento “de entrada” demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. Além disso, é preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS.

[...] Para a gestante a nossa agenda é só para essas áreas, Regional II, Regional VI, mas para outras consultas especializadas a gente já abre para a rede como um todo, mas para gestação é só essas duas, mas chegam de outras regionais (T37).

Dessa maneira, em todas as discussões sempre a referência da atenção secundária para a terciária estava presente, gestores e trabalhadores de saúde referiam à complexidade desse encaminhamento, ausência de um fluxograma de conhecimento de todos, assim como a preocupação quanto à permanência da gestante em nível de atenção que não atende à sua necessidade, ou seja, os problemas de saúde que a estratificaram como risco.

Essa questão traz uma revisitação de forma emergencial pela secretaria municipal de saúde por meio de seus gestores e trabalhadores de saúde, uma vez que implica questões de repactuações com a rede terciária nas instâncias federal e estadual.

Discutir integração da rede, referência e contrarreferência, ainda consiste num grande desafio, pois ainda é deficiente a comunicação, o diálogo dessas redes, e a presença de relação de poder. Para Santos e Andrade (2011) as redes de atenção ainda não estão dotadas dos elementos necessários ao seu pleno funcionamento, como a interligação dos serviços mediante o necessário suporte tecnológico de informação; a assunção por todas as organizações, serviços, profissionais, da interdependência existente, ou melhor dizendo, inerente ao SUS; compartilhamento do poder; documentos que deem segurança jurídica aos laços criados.

Estudo realizado por Mitre e colaboradores (2012), analisando artigos publicados nos últimos 20 anos sobre os avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária revelou que a ausência de articulação entre as redes de atenção, o excesso de demanda, a centralização do modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, bem como de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde, têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, a potencialidade dessa diretriz.

Nesse sentido, as inquietações em especial trazidas pelos trabalhadores de saúde sinalizam a responsabilização com o seu território, na perspectiva de melhorar o processo de trabalho e garantir uma atenção de qualidade, a partir do direito do sujeito que busca o atendimento de suas necessidades, prevenindo a violência institucional contra a população e o trabalhador de saúde, conforme abaixo:

[...] Só que assim, as pessoas deveriam entender que, se a gente está reclamando de uma situação, é porque a gente quer uma situação mais adequada para fazer o nosso melhor (T24).

[...] é muito difícil, fui várias vezes no posto para conseguir a consulta aqui (terciária), nunca tem vaga (U6).

Verifica-se que, diante desse fenômeno, diferentes limites são postos por ocasião da atenção à gestante de risco, como a deficiência da integralidade da atenção, a fragmentação, um (des)cuidado presente no cotidiano dos serviços de saúde em virtude da não garantia do atendimento de suas necessidades. Percebe-se ainda que, embora esteja o modelo de atenção vigente, seja proposto de forma que a AB seja a coordenadora do cuidado, da forma como efetivamente funciona não conseguiremos mudar essa realidade.

O modelo de atenção necessita ser revisitado de forma permanente numa perspectiva de mudanças, com discussões e implementações de estratégias para o

enfrentamento dos desafios colocados no cotidiano dos serviços de saúde. De acordo com CAMPOS (2003), a discussão da integralidade passa pela ampliação da clínica, ultrapassando os aspectos biológicos em direção às dimensões subjetivas e sociais.

Observa-se que a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde encontra-se nos grandes centros urbanos, particularmente os de média e alta complexidades, entretanto, são vivenciadas limitações quanto à qualidade e à capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a organização da atenção básica.

A implementação da ESF nas grandes cidades é muito importante, porém muito complexo, pois nos deparamos com situações sérias de extrema desigualdade e exclusão social, violência, tráfico de drogas, facções, essas últimas contribuindo para mudanças de local de atendimento à saúde, inclusive de gestantes. Em uma das unidades pertencentes ao estudo no período da pesquisa foi assaltada, e foi revelada a saída de muitos moradores da área por pressão das facções.

Portanto, são situações complexas vivenciadas pelos trabalhadores de saúde desses grandes centros, assim como pelos próprios moradores, em especial as gestantes.

Percebe-se, então, a complexidade que a população do município do estudo se encontra, por tratar-se da 5ª capital do país, com presença de grande desigualdade social, com uma cobertura da ESF menor que 70%, por isso, com grandes desafios para melhoria na atenção à saúde e à garantia do acesso.

Importante ainda refletir sobre o aumento da cobertura, pois embora seja um indicador importante, entretanto, não pode ser visto de forma isolada, necessária avaliação quanto à presença de toda a equipe, como área coberta por ACS, número de pessoas por equipe adequada à sua capacidade de acompanhamento, o modelo de atenção com fortalecimento nas ações de promoção, prevenção, vínculo, corresponsabilização no cuidado, enfim, são muitas situações que necessitam serem avaliadas a essa cobertura, para que, efetivamente, se tenha mudança nos territórios e na vida das pessoas.

Seguimos com as discussões por meio da análise dos analisadores, porém apesar de propormos para o grupo a autogestão para os encontros, inicialmente não foram desenvolvidos assim, entretanto, à medida que foram acontecendo os encontros o grupo-sujeito foi se fortalecendo, por meio de movimentos instituintes, onde se percebia articulações entre trabalhadores, gestores e a pesquisadora, principalmente por alguns desses sujeitos, que tanto nos momentos presenciais, como no momento da dispersão contribuíram na organização do encontro seguinte, articulação com sujeitos importantes para a discussão e organização do caminhar da gestante nas Redes de Atenção.

Dessa maneira, cada momento ocorria com mais implicações dos sujeitos, alguns gestores estiveram em todo o processo, seja da SMS, regional e do hospital, condição favorável para o desenvolvimento do estudo, principalmente no que refere à intervenção, pois o processo ocorreu além da proposta da pesquisa.

Ademais, pelo número de encontros, avaliamos de forma positiva, pois o diálogo foi intenso e permanente, no período em que antecedia cada momento. A inclusão dos gestores na pesquisa de unidades básicas de saúde, foi muito importante, em especial de dois deles, pois tinham conhecimento dos processos, uma vez que estavam na gestão há algum tempo, embora em regionais e/ou unidades diferentes. Com o desencadeamento dos encontros, os analisadores foram para a análise, muitas vezes surgindo novos, porém, foi possível seguir com os discursos dos sujeitos, independente do analisador em análise.

Para Baremlitt (2012), investir em processos autogestivos, nos quais os coletivos começam a reapropriar do seu cotidiano e dos saberes neles envolvidos, implica em adotar estratégias de horizontalização, entrando em um processo autoanalítico, construindo sujeitos protagonistas na construção da realidade.

A relação com a atenção secundária revelou discurso integrado, colaborativo e não hierarquizado, exceto no que se refere ao momento da entrada da gestante a esse nível de atenção, em virtude do discurso contraditório presente no setor do NAC. Diferentemente do que foi revelado por ocasião das entrevistas em alguns serviços de saúde, onde esteve presente alguns discursos com sentimento de distanciamento entre as ações desenvolvidas pela AB.

Portanto, ao longo do primeiro momento desencadeado pela restituição da pesquisa fomos identificando alguns analisadores, e pactuamos o que poderia ser colocado em análise pelo grupo, assim instigando no movimento instituinte a partir de diálogos, reflexões e relação de apoio entre a equipe e a gestão.

Apesar do grupo, desde o primeiro encontro, apresentar-se muitas vezes em seus discursos situações angustiantes, de desmotivação, de descrédito, outros demonstraram esperança na possibilidade de mudança, apostando no encontro como um dispositivo importante e potente para que, de fato, ocorra a efetivação do que se deseja a partir da necessidade.

[...] me sinto “andando em círculos”... parece que a gente está sempre discutindo as mesmas coisas e não sai do canto. A gente tem doze anos de PSF, doze anos que é do conhecimento da gestão que a nossa unidade tem, por um erro da administração,

só tem descrito lá três microáreas. Uma unidade de saúde que tem nove microáreas⁵, consequentemente, só tem nove agentes de saúde (T28).

[...] Eu sempre acho que isso vai poder melhorar. Então, acho que o objetivo é esse, mas, assim, a gente também tem muitas angústias (T27).

[...] Assim, eu sempre tenho esperança quando participo desses encontros (T29).

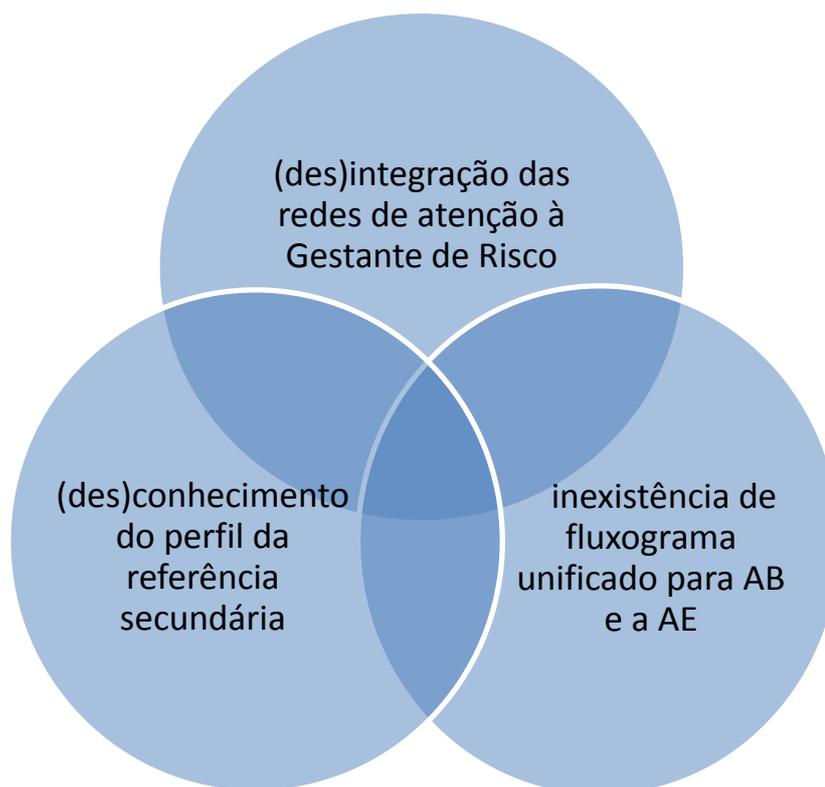
Após esse momento, fizemos um resumo breve de todas as discussões onde selecionamos os analisadores pactuados a serem trabalhados nos três encontros seguintes.

5.2 ANALISADORES DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

A pactuação dos analisadores, a serem analisados, ocorreu a partir da revisitação dos objetivos do estudo, considerando o tempo da pesquisa e a governabilidade dos sujeitos participantes, conforme figura a seguir.

⁵ Microárea – Corresponde ao espaço geográfico delimitado onde residem até 750 pessoas e que corresponde à área de atuação de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2006a).

Figura 7 - Analisadores no Pré-Natal de Risco trabalhados nos encontros com trabalhadores e gestores das Redes de Atenção e Especializada



Fonte: elaborado pela autora

Esse momento nos trouxe ainda uma reflexão do caminhar do grupo, e nos deixou mais motivada a seguir na proposta com esse coletivo, pois embora no primeiro encontro tenhamos vivenciado momentos “conflituosos”, a abertura da fala, o diálogo, a chegada de outros atores indicados pelo grupo, foi tornando cada momento mais instituinte, mais inclusivo, mais autogestivo e cogestivo, com direcionamento que apontava para aposta na transformação da realidade, seja por ocasião das dinâmicas vivenciadas, muitas delas trazidas pelos próprios participantes, como por meio das discussões em relação à integração das redes e nos demais analisadores. Sendo assim, trazemos Lapassade (2016), onde refere que o conflito por si, não é uma questão. A questão maior consiste em sua má resolução.

Assim, apesar do grupo ter conseguido seguir no propósito que foi desvelar os analisadores presentes na atenção à gestante de risco, após o encontro fomos surpreendidos com a solicitação de um dos gestores participantes do grupo, a ata da reunião, pois um dos gestores não participantes do grupo queria ter acesso. Assim, foi solicitado a inclusão de alguns gestores de unidades de saúde nos demais encontros. Essa solicitação talvez ocorreu

em virtude das discussões que envolveram tantas questões complexas e reveladoras para o surgimento dos analisadores.

Entramos em contato com a gestora, onde discutimos a pesquisa, o método utilizado (AI/socioclínica) em uma pesquisa de intervenção, assim como, o papel dos sujeitos participantes. Após discussões, esclarecimentos, ficou acordado, então, a inclusão de três gestores indicados pela regional, onde para nós não teria nenhuma alteração na proposta, pelo contrário, a inclusão desses sujeitos poderia desvelar ou não outros analisadores.

Esclarecemos, ainda, em relação a disponibilização da ata, ou outro tipo de registro, que se tratava de uma pesquisa, por questões éticas, era garantido o anonimato dos sujeitos participantes. Sem nenhuma discordância, a gestora reafirmou o interesse na pesquisa como importante para as duas Redes de Atenção e justificou a solicitação da presença de gestores das unidades, em virtude da importância da discussão para o serviço, onde poderiam contribuir com esse processo. Os gestores que participaram dos encontros não haviam participado da 2ª etapa.

No final, avaliamos que foi de muita importância a inclusão desses sujeitos, pois contribuíram não somente nas discussões, mas também na efetivação da proposta, como as unidades disparadoras do processo.

Durante o período entre um encontro e outro, o movimento foi intenso, pois estávamos sempre integrados com alguns sujeitos da pesquisa para as articulações e pactuações necessárias para os outros encontros, as quais contribuiriam na análise dos analisadores e poderiam contribuir nas mudanças desejadas pelo grupo. Dessa forma, a revisitação de alguns processos implantados para a atenção à gestação de risco foi ocorrendo no movimento instituinte com indicativos de possibilidades de mudanças a partir de autoanálise dos processos desencadeados pelo coletivo.

Por isso, desenvolver esse processo a partir do fortalecimento da grupalidade dos sujeitos participantes na produção de práticas de saúde, busca repensar e propor construção coletiva a partir de intervenções junto aos analisadores definidos pelo grupo, no intuito de desnaturalizar, desestabilizar com que se encontra instituído e não atende às necessidades da atenção à gestante de risco.

5.2.1 (Des)Integração das redes de atenção à Gestante de Risco e (des) conhecimento da unidade de referência secundária: questionando o instituído

“Acho que devemos fazer coisa proibida – senão sufocamos. Mas sem sentimento de culpa e sim como aviso de que somos livres.”

(Clarice Lispector)

Esse momento foi iniciado com boas vindas e dinâmica de integração, com apresentação dos sujeitos participantes, uma vez que outros sujeitos foram incluídos a partir da indicação do coletivo e da gestão, no intuito de contribuírem com o processo de enfrentamento aos analisadores que estariam em análise, consoante proposta do grupo conforme discutido anteriormente. Na dinâmica de acolhimento, além de referirmos quem somos, falamos do que desejamos para aquele momento.

Para esse segundo momento, solicitamos anteriormente a uma das participantes do grupo da AE, a mudança da sala, pois no primeiro encontro sentimos a necessidade de realizarmos dinâmicas para melhor integração do grupo e que pudéssemos estar em círculo, assim todos na mesma horizontalidade, onde avaliamos que o espaço do primeiro encontro não foi muito adequado, pois embora tenhamos tentado fazer um círculo, apresentou-se como a forma de um U (Apêndice D), com posição talvez diferenciada de alguns integrantes do grupo.

Assim, ao ser solicitado ao grupo o que traziam para aquele momento, muitas palavras potentes foram trazidas para o encontro, entre elas: força, energia, paz, sabedoria, compromisso, responsabilização, integração, esperança, confiança.

Em virtude de o encontro anterior ter ocorrido alguns ‘ruídos’, conforme referido anteriormente, foi muito interessante a participação dos que estiveram mais envolvidos nas discussões por ocasião do primeiro encontro, pois embora tenha ocorrido manifestação por meio de linguagem não verbal sobre o descontentamento de alguns dos sujeitos participantes naquela ocasião, o retorno ao 2º encontro representou para nós, uma grande surpresa e motivação, pois percebemos amadurecimento e a busca pelo diálogo, expressado inicialmente por ocasião da dinâmica por uma das trabalhadoras quando referiu a palavra PAZ, onde riu, assim como outros do grupo, pois se percebeu o que essa palavra significava, inclusive para quem expressou.

No primeiro momento ficamos preocupados com a inclusão de novos gestores, pois como não foram indicados pelo coletivo poderia apresentar questionamento do grupo.

Por ocasião dessa solicitação, também por alguns instantes diante do acontecido no primeiro encontro, ficamos nos perguntando: será que essa solicitação está relacionada a mais uma forma de controle da fala? Vigilância mesmo por meio de olhar hierárquico, já que são gestores de unidade participante do grupo?

Para Foucault (2014a), todo o poder seria exercido somente pelo jogo de uma vigilância exata; e cada olhar seria uma peça no funcionamento global do poder. Entretanto, apesar das nossas inquietações e preocupações, em nenhum momento percebemos qualquer situação que revelasse algum incômodo, inclusive dos que atuavam nas mesmas unidades, pois manifestavam-se por ocasião das discussões, revelavam situações complexas vivenciadas no cotidiano, enfim.

Entretanto, percebemos que três trabalhadoras de saúde da AB normalmente ficavam mais caladas, participando melhor nos subgrupos. Avaliamos que essa situação poderia ser em virtude do próprio perfil do trabalhador de saúde, uma vez que pertenciam às unidades com a presença dos gestores.

Percebemos a existência de motivações para o enfrentamento das situações-limites vivenciadas no cotidiano do trabalho, assim como revelações importantes para melhor compreensão do cenário atual nos territórios vivos das gestantes de risco e dos trabalhadores e gestores de saúde.

Para Freire (2005), situações-limites são dimensões desafiadoras, concretas e históricas de uma dada realidade, ou seja, são obstáculos, barreiras que precisam ser vencidas, superadas frente ao mundo. Esses obstáculos são históricos, posto que, são produzidos e superados pelos próprios homens.

Nesse sentido, o autor (2005) conceitua atos-limites como ações que se dirigem à superação e à negação do dado, pois não significa aceitação passiva da realidade. É assim que se passa a sonhar com outro mundo possível, algo que ainda não existe, mas poderá existir mediante a ação articulada dos seus sujeitos, enquanto necessidade ontológica de transformação da nossa realidade individual e social, o qual Freire (1992) denominou chamar de “inédito-viável”.

Após o momento da acolhida, devido à presença de novos integrantes no grupo foi realizada apresentação de forma resumida, a pesquisa, seus objetivos, o método utilizado, os analisadores definidos pelo grupo para análise. Foi reforçado, ainda, a questão ética, a garantia do anonimato e a importância da participação de todos em todo o processo, inclusive na análise.

Em seguida, solicitamos que todos procurassem uma mensagem anexada atrás de suas cadeiras, onde convidamos um participante voluntário que socializasse a mensagem e sua relação com o momento. Após a socialização da mensagem abaixo por uma das gestoras, foi realizado uma breve reflexão:

“Sabe o que eu quero de verdade? Jamais perder a sensibilidade, mesmo que às vezes ela arranhe um pouco a alma. Porque sem ela não poderia sentir a mim mesma...”

Clarice Lispector

Após a reflexão do grupo sobre a mensagem, solicitamos que fosse socializado os três casos que foram encontrados também nas cadeiras. Os casos foram construídos a partir dos discursos dos trabalhadores de saúde por ocasião do primeiro encontro e/ou entrevista. Dois dos casos foram socializados, entretanto, o terceiro não foi socializado, talvez quem o encontrou não tenha sentido a vontade de compartilhar, porém resolvemos colocá-lo em discussão, porque tratava de um caso de uma gestante encaminhada para à atenção terciária fora do perfil para aquele nível de atenção.

Nesse sentido, fomos desencadeando a discussão por meio de uma questão disparadora: Como atuo diante de um caso desse, a partir da estratificação de risco? Nesse momento tivemos muitas contribuições dos trabalhadores de saúde e gestores, principalmente da atenção especializada. Surgiram muitos questionamentos dos trabalhadores de saúde da atenção básica, que se deu desde a discussão da estratificação de risco, aos procedimentos dos casos que seriam referenciados.

Dessa forma, foi introduzido o que estaria em análise para esse encontro: a (des) integração das redes de atenção e o (des) conhecimento do perfil da rede de atenção secundária.

Utilizou-se esse disparador como aquecimento das discussões para iniciar o diálogo da estratificação de risco antes de discutir o perfil da unidade secundária para as unidades básicas da regional VI.

[...]. Quando fala integração, eu acho que a gente tem que também iniciar, saber como é que funciona a base.... Eu não sei quem são os profissionais dessa referência (secundária), como é que a gente encaminha. Eu nunca peguei esse papel, essa ficha (referência), na minha unidade não existe essa ficha (T25).

Então, antes de ser discutido a referência secundária, um dos gestores participantes do grupo apresentou como foi elaborada a estratificação de risco da gestante no município (Anexo III), ferramenta fundamental para uma atenção adequada a esse grupo, pois

permite uma melhor avaliação pelas equipes da Estratégia Saúde da Família/AB quanto à necessidade ou não de encaminhamento para acompanhamento também em outra rede de atenção, seja secundária ou terciária, embora seja necessário que não se prenda somente no que está posto, questões subjetivas devem ser levadas em consideração.

Segundo a gestora por ocasião do encontro, o município de Fortaleza elaborou os critérios para a estratificação de risco com participação coletiva, com envolvimento dos três níveis de atenção e após foi validado por outros grupos para implantação no prontuário eletrônico.

O grupo definiu três tipos de riscos por ocasião da estratificação realizada no atendimento à gestante diferente do que o Ministério da Saúde preconiza, que é gestante de risco habitual e a de alto risco. A inclusão do nível intermediário pelo município foi necessária para que os trabalhadores da AB observassem outras questões, e não somente as patologias, ou seja, aquelas condições que poderiam influenciar no decorrer da gravidez, portanto, muito importante para o cuidado a ser realizado pelas equipes de saúde.

Para essa situação, poderemos ter como exemplo a gestante com sífilis, pois no momento da estratificação apesar de estar no alto risco, o caso deve ser conduzido na AB, pois além do tratamento da gestante, necessita também que seja realizado o do parceiro e acompanhamento do recém-nascido, posteriormente. À vista disso, exige maior monitoramento da equipe da ESF.

Nesse sentido, a estratificação de risco da gestante deverá ocorrer em todas as consultas, assim se fará a identificação precoce do risco gestacional e possibilitará intervenções e encaminhamentos para os diferentes níveis de atenção em tempo oportuno. Assim, a anamnese e exame físico da gestante dará ao profissional subsídio para realizar a estratificação do risco gestacional a cada consulta (FORTALEZA, 2016a).

Por isso, a estratificação de risco se configura como uma estratégia central de organização da Rede de Atenção à Saúde da mulher durante a gravidez, possibilitando uma atenção diferenciada de acordo com a necessidade de cada gestante, levando em consideração não somente o risco, mas as situações de vulnerabilidades observadas por ocasião do atendimento, da visita domiciliar, dos grupos e outros.

Dessa maneira, o diálogo foi se fortalecendo a partir da discussão realizada por um dos gestores participantes do grupo. Por ocasião das diferentes etapas deste estudo, dialogamos em diferentes momentos com gestores e trabalhadores participantes da 2ª etapa do estudo sobre as situações enfrentadas no cotidiano pelas gestantes de risco, para maior

compreensão dos processos existentes na atenção à gestante, a partir das inquietações que foram surgindo, principalmente devido à pesquisa ter ocorrido em diferentes momentos.

Assim, fomos acompanhando a dinamicidade do processo, embora tenhamos percebido muito pouca mudança de uma fase para outra. Portanto, as negociações coletivas em torno da pesquisa ocorreram de forma permanente.

A intensão das duas últimas etapas da pesquisa, em especial a terceira etapa, deu-se pela possibilidade de desenvolver uma intervenção coletiva, por meio de proposta de mudança a partir do movimento instituinte. Em vista disso, consistiu em uma aposta na potência dos sujeitos, ou seja, no seu protagonismo, na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados: uma aposta política (PASCHE; PASSOS, 2008).

A implicação de todos, inclusive dos gestores, foi fundamental para esse caminhar, complexo, cheio de encontros e desencontros, ou à maneira de Spinoza, “bons e maus encontros”. Entretanto, tudo que foi vivido nesses encontros foram importantes para que o grupo continuasse apostando na possibilidade de um caminhar diferente do que está posto no cotidiano não somente da gestante de risco, mas dos trabalhadores de saúde.

Pesquisa realizada por Silva (2012) no município desta pesquisa, revelou que é necessário romper com esse modo de agir e estabelecer diálogos para pensarem fluxos reais em meio a um rizoma com zonas de intensidades produtoras de bons encontros, e não de desencontros.

Por isso, ao incluir o sujeito como protagonista de sua própria prática, os compromete em um outro jeito de fazer saúde, de forma ética e corresponsável pelo outro, mesmo diante de um modelo de atenção que direciona para o produtivismo, hierarquização e muitas vezes, sem protagonismo dos trabalhadores de saúde e da população.

Sendo assim, Foucault coloca que analisar os acontecimentos com a tarefa de discerni-los dentro dos agenciamentos é: “achar de novo as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias...” (FOUCAULT, 1994, p. 23).

Dessa forma, enfrentar as situações-limites torna-se necessário o diálogo, o encontro e o compartilhar, independente do fenômeno a ser enfrentado, portanto, trazer o método da análise institucional a partir de alguns dos seus dispositivos em uma pesquisa-intervenção a cada momento foi revelando sua potência e os desafios, assim as reflexões, autoanálise e autogestão foram ocorrendo, a partir da intervenção do grupo.

Nesse sentido, esse momento se configurou como gestão do processo de trabalho, trazendo reflexões a partir da realidade dos trabalhadores de saúde no cuidado à gestante de risco, conforme abaixo.

[...] eu acho importantíssimo essa discussão quanto à estratificação de risco, assim a gente fica sabendo o que é alto risco, podemos separar o que é da secundária e da terciária. Eu acho isso fundamental, porque tem um rol de situações... assim, a gestante não vai perder tempo, vindo para cá (secundária) (T26).

Trazendo a realidade de como encontra-se a oferta de vagas para atenção terciária, foi discutido o cenário do município de Fortaleza em relação a esse nível de atenção, que conta com cinco unidades de referência para o pré-natal de alto risco com oferta de vagas pela central de regulação de consultas. Essas vagas, conforme relatado anteriormente, não são regionalizadas, e segundo um dos gestores participantes do grupo, a unidade de referência terciária que mais oferta vaga para o pré-natal de alto risco é a do nível federal.

Atualmente, tem tido um aumento de oferta por um dos hospitais da Rede Estadual, entretanto, um outro também de responsabilidade do Estado tem reduzido a oferta, em virtude de fechamento de alguns ambulatorios para o alto risco. Em relação à unidade do município que atende gestante de alto risco e à unidade conveniada pelo SUS possuem uma oferta que é menor, pois possuem apenas um ambulatório.

Desse modo, no intuito de melhor otimizar essas vagas é fundamental que ocorra a estratificação de risco de forma adequada na AB, com garantia de que realmente só seja encaminhada quem estiver na condição para esses níveis de atenção.

Apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos em relação à organização das redes, sendo o acesso à atenção secundária e terciária somente por meio da atenção básica, ainda existem situações em que esse acesso ocorre de outras formas, prejudicando o acesso de quem necessita ser acompanhada nesses outros níveis de atenção, assim como em alguns momentos pela necessidade de uma vaga, agenda em subespecialidades não relacionada ao caso no intuito de conseguir esse acesso.

Essa situação vem ocorrendo em virtude das dificuldades vivenciadas no cotidiano da AB, sendo assim, são utilizadas estratégias para garantir o acesso, embora algumas tragam situações angustiante para a gestante, conforme abaixo:

[...] recebo milhares de papéis da referência terciária para gestante de risco, pois a AB agenda para o ambulatório de forma errada, por exemplo, ambulatório de retrovirose, mas ela não tinha retrovírus. A gente observa que na angústia de conseguir uma vaga, agendam para o que tiver vaga. Aí a subespecialidade que tinha vaga nesse dia lá era a retrovirose, então “eu vou marcar para você, quando chegar lá, elas resolvem o que irão fazer (G4).

[...] muitas vezes atendo gestantes que não era para estar na atenção secundária e muito menos na terciária, mas conseguem porque é parente de funcionário, conseguem por amizade...então já está lá e aí se atende, mas era para estar na atenção básica (G21).

Portanto, situações complexas foram discutidas em relação a esse acesso, pois se ainda existe essa necessidade de solicitações de acesso à rede de uma forma diferenciada, por amizade ou outros, revela, assim, a existência de dificuldade de acesso, deficiência no vínculo com as equipes de saúde e na organização das Redes de Atenção.

Na AB, se configura um dificultador para população devido a não cobertura de 100% da ESF, embora se tem priorizado os grupos prioritários, como por exemplo, gestantes, crianças e outros, ainda se vivencia dificuldade no acesso, até mesmo na AB. Também foi revelado que, em muitos casos diante da necessidade de encaminhamento da atenção secundária para a terciária, tem ocorrido por amizade, devido à dificuldade vivenciada no cotidiano dos serviços, o mesmo ocorre entre os setores como regulação regional e central.

[...] existe deficiência no número de equipes na ESF, percebe-se ainda que os 42% que estão aí na pesquisa não necessariamente é de equipes completas, pois tem equipes com apenas um ACS (T28).

[...]E agora... o “seu amigo” ... você não pode ligar para o colega e pedir para receber lá no pré-natal, não. O “susamigo” está acabando também, porque isso dá uma certa agilidade também para essa mulher. Está acabando isso aí (T26).

[...] acho isso muito ruim, porque uma gestante com seu cartão de um plano de saúde tem acesso às consultas, exames e outros e a que tem o cartão SUS por que não tem? (G2).

Conill e colaboradores (2008) defendem que o “sistema de saúde” seria composto por três subsistemas inter-relacionados: o “informal” (família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e autoajuda), o “popular” (agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema “formal” ou “profissional” (ofertados por agentes governamentais).

Recentemente, dois dos hospitais de referência, implantaram serviço de triagem realizado por médico no pré-natal de alto risco, com objetivo de “afunilar” o acesso da gestante de risco a esses serviços. Então, a gestante passa por mais uma avaliação até conseguir acessar o serviço especializado, ou seja, quando ela consegue o agendamento, é atendida primeiro no serviço de triagem, onde é avaliada se realmente seu caso é para aquele nível de atenção. Situação encontrada por ocasião da 3ª etapa, será mais uma barreira de acesso?

Percebe-se que é muita avaliação até acessar de fato a rede, pois a gestante é encaminhada para a fila de espera, é avaliada pelo médico regulador do município, quando agendada para o pré-natal na atenção terciária, é acolhida pela enfermeira do acolhimento, encaminhada para o médico da triagem do hospital e a partir daí entra ou não no pré-natal de risco. O Fluxograma a seguir representa esse acesso complexo vivenciado pela gestante de risco na atenção especializada em dois hospitais de referência.

Fluxograma 2 - Acesso da Gestante de Risco em duas unidades da Atenção Terciária



Fonte: elaborado pela autora

A partir do discurso a seguir, observamos que os casos encaminhados estavam dentro dos critérios, portanto, por que mais essa avaliação? Será que com a integração das Redes, promover processos de educação permanente, matriciamento não resolveria? Percebe-se pelo discurso que as gestantes encaminhadas realmente eram do perfil da atenção terciária, porém até conseguir esse acompanhamento existe muitas barreiras. O não diálogo, organização do serviço de forma integrada, compartilhada e avaliada fortalece a não integração das Redes de Atenção.

[...] no hospital...há dois meses foi implantada a triagem, funciona duas vezes por semana, onde a gestante de risco ao ser encaminhada será avaliada inicialmente por um profissional médico. No primeiro mês, em setembro, a gente recebeu 43 pacientes só para triagem. Dessas 43, só uma não ficou no hospital terciário, também as pacientes que são atendidas na emergência, são encaminhadas para o pré-natal, através do CALL CENTER..., (T18).

[...] elas (gestantes) levam seu papelzinho de encaminhamento, aí no dia que está marcado é avaliada pelo médico na triagem, o que realmente fica no hospital...a gente ainda vai tentar avaliar se isso realmente está dificultando o acesso... então, cada vez mais você vai criando coisa...porém o número de consultas não aumentou. Infelizmente gente isso não é discutido em rede. O hospital acha que é a melhor forma e aí faz, entendeu? E, às vezes, a gente não tem governabilidade sobre isso. E outra coisa que está surgindo agora são as judicializações dessas consultas (G4).

Durante a discussão observou-se que o segundo hospital que implantou essa triagem por médico, não era de conhecimento do município, portanto, percebe-se mais uma vez a deficiência de diálogo entre as redes de atenção também com a gestão, pois são implantadas determinadas regras sem participação do município, nenhuma comunicação. Essa questão é recente, foi revelada somente na 3ª etapa do estudo, deste modo, não se tem nenhuma avaliação quanto sua efetividade.

[...] Então, o problema é porque o alto risco, ele faz as regras, não combinam com ninguém, inclusive em relação ao fechamento de ambulatorios. Mas será que isso é o melhor? Estamos com problema de absenteísmo, as pacientes não estão chegando, pois às vezes, não dá tempo o médico regular. Centralizou demais, mais uma vez eu digo, as pessoas tomam as suas resoluções sem combinar com a rede (G4).

[...] fiquei aqui pensando quanto essa triagem no alto risco..., as que conseguem marcar. E as que não conseguem? Estão fazendo onde essa triagem, meu povo? Porque eu tenho casos aqui que voltam para mim. Não conseguiram marcar consulta no alto risco, alto risco que falo na unidade terciária. Isso aí está muito subnotificado. A gente não sabe a quantidade de alto risco que nem chega para a triagem. É isso que eu estou colocando, entendeu? Que a triagem é uma barreira, mas e as que nem conseguem marcar também? (T26).

Constata-se, assim, a relação de poder existente nesse nível de atenção, inexistência de diálogo e que as normas, regras são impostas mais uma vez sem discussão e avaliação. Assim, percebe-se que ao ser implantado essa triagem nesses hospitais de referência, configura como uma outra forma de acesso, onde todas as gestantes agendadas, terão que passar por outro processo de avaliação antes de entrar na atenção terciária.

Essas questões trouxeram algumas inquietações: Facilitou ou dificultou o acesso? Como que existe deficiência de vagas para atenção terciária e ocorre fechamento de ambulatorios? Por isso, torna-se necessário uma avaliação permanente desse processo, inclusive quanto ao tempo real que essa gestante irá realmente ter acesso à Atenção Terciária.

Para melhor atenção e organização dos serviços às gestantes de risco encaminhadas pela AB, foi implantado em quase todas as unidades de referências acolhimento por enfermeiras obstetras. Foi observado que as unidades da atenção terciária sem esses serviços eram unidades ambulatoriais conveniada pelo SUS e apenas um hospital da rede estadual. Segundo um dos gestores participantes da pesquisa, a implantação do acolhimento inicialmente realizado por enfermeiras nos serviços de referência tem avaliação positiva.

Por ocasião das discussões no grupo, algumas inquietações surgiram após ser revelado esse novo fluxo em duas unidades de referência, sendo que em uma unidade, o serviço ocorre uma vez por semana e em outro duas vezes. Dificultou o acesso? E a demora para essa avaliação final? Esses fluxos são recentes, entretanto, o que ocorre semanalmente tem mais ou menos seis meses, porém não tem avaliação.

Por ocasião das entrevistas (2ª etapa) da pesquisa, ao ser referenciada a gestante e não conseguir a vaga, as articuladoras regionais encaminhavam um e-mail para área técnica da SMS, onde também fazia avaliação de cada caso e agilizava junto à regulação e/ou em alguns casos eram encaminhados à atenção secundária do município.

No ano de 2017, por ocasião da finalização das entrevistas em algumas regionais, tinha ocorrido a mudança, a gestora da área técnica da SMS não mais tem acesso junto à central ou a outros serviços, assim, para alguns sujeitos entrevistados dificultou agilização no processo, principalmente diante dos casos mais complexos, pois ocorreu muita centralização no médico regulador, ocasionando aumento na demora na avaliação e contribuindo com o aumento no absenteísmo.

Entretanto, um dos sujeitos entrevistados revelou melhoria, pois como não existia essa avaliação, alguns casos eram agendados para a atenção terciária que não atendia aos critérios necessários. Essa situação necessita de uma avaliação, em especial em relação ao absenteísmo, indicador importante para agilização na implantação na regionalização da AE à gestante de risco.

Outra dificuldade encontrada é a deficiência na cobertura de ACS em todas as microáreas, pois a informação do agendamento muito próximo à consulta gera dificuldades no conhecimento em tempo hábil para a gestante, pois a comunicação não é pouco realizada por telefone, conforme revelado por ocasião da 1ª etapa desta pesquisa.

[...] os profissionais passam para o gestor a necessidade da referência e o gestor manda um e-mail para mim, com os dados da paciente para a prioridade desse pré-natal de risco com a justificativa. Os casos são analisados se podem ser conduzidos

na unidade.... como eu sou também da regulação na regional, olho a situação no sistema e peço prioridade, após passar pelo médico regulador para o agendamento... anteriormente a gente tinha o apoio da coordenação da saúde da mulher da SMS, era mais fácil.... e agora ela (gestora da SMS) não tem mais acesso ao sistema (G7).

[...] com a regulação agora melhorou, pois antes tinha o encaminhamento do profissional e o NAC agendava, mas eu não sei se aquele encaminhamento era adequado, se ela realmente tinha o critério do alto risco (G10).

[...] a maternidade liga dizendo que as pacientes não estão chegando. Não está dando tempo o médico regular? A obstetrícia é muito dinâmica, entra pacientes todos os dias e a quantidade de médicos regulador é insuficiente para um tempo hábil. Antes não, você botava aquela paciente ali, você conseguia a consulta, porque as ofertas eram liberadas pela central semanalmente... você está vendo absenteísmo lá no alto risco... a gente está tendo problema de acesso (G4).

Dessa forma, as diferentes estratégias são utilizadas em nível local, regional e central para acessar essa vaga, exceto quando a gestante consegue acesso pelo setor de urgência, situação diferenciada entre os serviços de referência.

Por ocasião das discussões, foi revelada outra burocracia e condução diferenciada, pois na unidade terciária participante da 2ª etapa da pesquisa, ao atender uma gestante na urgência e que se estratificada como alto risco, é encaminhada para o pré-natal do hospital sem precisar retornar na AB e ir para a fila de espera, entretanto, na atenção secundária, diante dessa situação, após atendimento, a gestante é orientada a retornar à atenção básica para acessar aquele serviço de referência, e ser encaminhada pela equipe da ESF.

O retorno da gestante da urgência após atendimento a AB não seria preocupante se fosse garantido essa vaga. Mas, no momento em que ela retorna para AB, procura a equipe, fortalecerá seu vínculo e seu acompanhamento também na AB. Os trabalhadores de saúde revelam preocupação, porque não existe a contrarreferência e existe dificuldades no acesso. Outra questão importante a ser enfrentada pela gestão.

[...] Aí a gente muito que... que fica “tateando” aí no dia-a-dia, nesse apoio da coordenação da mulher, da gestão central, para que a gente consiga essa vaga. A gente fica aguardando o médico da regulação analisar para liberar a vaga. Aí se recorre às triagens dos hospitais mesmo sem estar regulado para que a mulher tenha acesso. Aí assim, nesse dia-a-dia a gente muito que fica tentando conhecer pessoas, os “susamigo” para poder conseguir esse acesso (G11).

[...] acho absurdo, se a gestante já está aqui (secundária) porque retornar para AB para encaminhamento? Acho muita burocracia (T 18).

Nesse momento foi possível melhor compreender esse problema colocado por um dos gestores na 1ª etapa da pesquisa de um dos serviços especializados, por ocasião das entrevistas quanto ao não entendimento da existência do absenteísmo, onde foi registrado no

diário de pesquisa a seguinte reflexão: [...] você pesquisando a questão da deficiência do acesso e temos vivenciado o absentéismo, temos vagas aqui.

Percebe-se situações contraditórias e preocupantes, pois existem deficiência no acesso a gestante a atenção especializada, entretanto, são fechados serviços, ocorre redução de oferta, absentéismo, assim como não existe avaliação periódica dos processos implantados/implementados na rede. Algumas questões estão relacionadas diretamente com a instituição AE, onde muitas vezes decide mudanças sem dialogar com o município.

[...] então, infelizmente, como a grande maioria são serviços de hospitais escolas, eu faço essa leitura, vão fazendo os ambulatórios de acordo com perfil que o hospital deseja para essa formação. Então, assim, hoje eu tenho um hospital escola federal com ambulatório de gestação gemelar, e outro estadual que tinha e que fecharam, um ambulatório de medicina fetal, assim, eles começaram a fazer essas subdivisões de especialidades dentro do próprio ambulatório. E, aí, não contempla algumas questões dessas que vocês colocam (G4).

Diferentes intervenções foram feitas, principalmente em relação a estratificação de risco, pois, em alguns casos, não aparece em nenhum lugar do sistema. Portanto, esses questionamentos necessitam ser discutidos e avaliados pela equipe da SMS e os serviços de referência.

Essa questão é importante, porque é necessário uma boa anamnese e escuta para que se detecte outras situações que nem sempre serão encontradas entre os critérios definidos, conforme discurso a seguir. Durante todo esse momento da discussão, os trabalhadores de saúde e gestores foram articulando essa fala com o perfil das referências secundária e terciária dessa regional: “[...] Quando você vai botar no computador, tem lá o pré-natal, aí tem dor pélvica, DST, só tem algumas, por isso que às vezes entram pela emergência (T27)”.

Pesquisa realizada em dois municípios de grande porte da região do ABCD Paulista - São Paulo, para caracterizar outras lógicas existentes da regulação corrobora com os achados desta pesquisa, pois, para além da governamental, referiu também a regulação clientelística, em particular a realizada por vereadores, a regulação profissional, em especial dos médicos, embora outros profissionais também regulam, e a realizada por usuários (CECILIO et al, 2014).

Para os autores (2014), o estudo refere que a regulação profissional pode ser identificada na fala de um profissional entrevistado: “Muitas vezes quando a gente precisa que um paciente seja encaminhado mais rápido, a gente consegue conversar com o pessoal da regulação e passar, embora não seja fácil, outra profissional: “Então, muitos casos, nós conseguimos, através do disque amigo.

No município de Fortaleza, apesar de alguns discursos referirem à regulação profissional, revelaram não encontrar mais tanta facilidade, salvo quando existem trabalhadores de saúde que atuam nas atenções secundária e terciária, nessa possibilidade, têm encontrado ajuda em muitos casos.

[...] Demandar uma tomografia não é fácil, e aí realmente a gente tem que estar pedindo aos colegas aonde é que dá para fazer e tudo...Então, o que a gente consegue resolver é muita coisa mesmo na informalidade, na amizade. Nisso, a gente sofre, de certa forma com essa dificuldade. Você colocar uma paciente no sistema para uma consulta com especialista diante de um caso mais sério e conseguir isso sem recorrer a outros recursos, que não seja... o sistema em si, ele não dá vazão rápida a essas demandas (T26).

Nesse momento, foi revelado mais outra ferramenta no fluxograma para acesso ao pré-natal de risco em uma unidade de atenção terciária, chamada Call Center⁶, situação encontrada também por ocasião das entrevistas em algumas unidades, entretanto, não de conhecimento de todos, inclusive da atenção secundária, pois encaminham para atenção terciária somente por meio da AB. Sendo assim, outra forma de acesso para a gestante.

[...] Eu tive uma gestante com trombofilia, que tinha que ser acompanhada no hospital terciário. A gente mandou para o NAC, falou com a regional, e ninguém conseguiu...Aí, botei no Call Center, dei o número do meu celular, e eles retornaram...isso levou de 15 a 20 dias. O Call Center funciona bem...melhor que mandar pelo NAC (T1).

[...] o nosso ambulatório de gestante de alto risco vem através de município, estado e do Call Center que se encontra na intranet, o profissional pode colocar, de qualquer lugar do estado, solicitando a entrada dessa paciente, dentro dos critérios (G5).

Assim, ao atender uma gestante de risco nos serviços de saúde, não pode reproduzir modelos, existir burocratização; ao contrário, precisa ser pautada em uma atenção criadora, crítica e inovadora, onde os profissionais de saúde nas diferentes redes de atenção tenham condição de dar agilidade nas situações complexas enfrentadas no cotidiano de suas atividades, e incentivá-los a refletir criticamente a partir de suas práticas, por meio da ação-reflexão-ação.

Sendo assim, diferentes formas de acesso foram reveladas por ocasião das entrevistas, que além de não ser de conhecimento de todos, necessitam ser avaliadas quanto à sua efetividade. Percebendo, portanto, diferentes fluxos, muitos deles sem conhecimento das

⁶ Sistema de Informatização do Hospital C, implantado em abril de 2014 com o objetivo de acelerar o processo de marcação de consulta especializada. Através do Call Center, o médico habilitado solicita consultas através do portal do Hospital.

equipes. Logo, o que acontece com as gestantes que não caminham por esses outros fluxos, como ficam?

Nessa situação, por ocasião de visita aos serviços de saúde de Murcia, na Espanha, percebeu-se essa desburocratização para o acesso ao pré-natal de risco. Ao serem indagados sobre a situação de fila de espera para gravidez de risco, revelaram a inexistência de fila de espera para esse grupo, onde afirmaram que “gestante não tem como esperar”. Essas informações foram registradas no diário de pesquisa da pesquisadora por ocasião das visitas às unidades de saúde com professores da instituição de ensino da UCAM.

Segundo trabalhadores de saúde da AB daquele País, diante de alguma dúvida consultam especialistas na atenção terciária sem burocracia, e que esse processo de integração das redes tem ocorrido mudanças significativas, embora ainda existam necessidade de avanços.

Estudo realizado por Conill e colaboradores (2011) em relação à lista de espera no sistema público da Espanha, revelou que os tempos de espera para consulta especializada eram de até um mês para 37% dos usuários, sendo que 21,5% reportaram mais de três meses. Mas, por ocasião de diálogo com trabalhadores de saúde e gestores em setembro de 2017, a fila de espera não está incluída a gestante de risco.

Contudo, nestes espaços de gestão burocratizada, verticalizada, sem diálogo entre as Redes de Atenção, dificulta reflexões entre os trabalhadores, gestores e a própria gestante, existindo deficiência de enfrentamento das situações existentes no cotidiano do trabalho e da atenção à gestante, alguns complexos e outros que poderiam ser resolvidos em nível municipal, regional. Essa dificuldade foi encontrada nas duas Redes de Atenção.

[...] Existe muita burocracia... tem uma pessoa que é responsável para abrir agenda do profissional e a pessoa não estando lá, ninguém é autorizado a abrir, não atende (T22).

[...] Não, eu só queria assim que agendasse de alguma forma, porque eu estou te dizendo, é um problema essa questão de agenda fechada... prejudica a gestante, ela não tem como ficar voltando (T39).

Observa-se que a falta de diálogo prejudica a própria organização do serviço. Percebeu-se a inexistência de rodas ou discussão das equipes com a gestão, conforme relato nas entrevistas e nos encontros, entretanto, alguns colegiados ainda permanecem no município, como é o caso em nível regional com os gestores das unidades de saúde e suas áreas técnicas, e colegiado gestor da secretaria municipal de saúde com a participação dos

coordenadores regionais de saúde, entretanto, não tem ocorrido nas Redes de Atenção com participação dos trabalhadores de saúde.

Colegiado Gestor é uma inovação para o processo de gestão, servindo como modelo gerencial hegemônico, adotada na década de 1980. Com representação dos trabalhadores com contraste, disputa e interesses diferenciados, tendo um espaço coletivo, focando na prática mais solidária, com menos alienação e com mais cuidado ao usuário (CECÍLIO, 2010). Entretanto, o colegiado gestor é com representação somente da gestão.

Os trabalhadores de saúde referiram encontros sistemáticos desde a gestão iniciada no ano de 2005 entre as áreas técnicas regionais da saúde da mulher e a coordenação municipal, assim, apesar de ter ocorrido na primeira gestão do governo atual por alguns momentos, atualmente não mais existe.

Por ocasião das entrevistas, em apenas uma unidade entrevistada foi referida a existência de momentos de discussão entre as equipes e gestão como uma atividade frequente, as demais referiram que com sua inexistência tem trazido dificuldade a muitos processos, como integração das equipes na própria unidade de saúde, conforme a seguir: “[...] Até os momentos de falta de roda também dificultam. Às vezes até para socializar, chega profissional novato e você e não sabe nem quem é (T24)”.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul corrobora com esses achados, pois referiu também baixo emprego de rodas de conversas e de atividade intersetoriais, tanto para a análise dos indicadores de saúde e socioeconômicos, como para a discussões dos casos clínicos e de seminários, das oficinas de planejamento. (CANESQUI & SPNELLI, 2006).

Percebe-se, então, que muito dos problemas em relação a saúde da mulher poderiam ser solucionados a partir desse diálogo, inclusive em relação aos problemas detectados no NAC, pois não justifica por exemplo, a não marcação da consulta da gestante por falta de abertura de agenda, e simplesmente a gestão local, os trabalhadores de saúde e as gestantes aceitarem essa situação.

Todavia, a pauta da dificuldade enfrentada pela gestante de risco necessita ser priorizada nesses colegiados, pois existem situações complexas que é preciso ser avaliada, discutida entre gestores, trabalhadores, gestantes e controle social, entre elas o acesso à atenção especializada em tempo oportuno, assistência farmacêutica, exames, em especial de imagem, conforme dificuldades encontradas por ocasião nas três etapas da pesquisa.

Entretanto, diante das situações reveladas pelos diferentes sujeitos, seja gestante, gestor ou trabalhador, nos traz inquietações quanto a priorização para maior resolutividade do problema, já que a situação foi encontrada em todo o município e em diferentes períodos, pois

a 1ª etapa da pesquisa foi no ano de 2016 e a segunda e terceira etapa no ano de 2017 com um dos momentos em 2018.

Dessa forma, existem outras linhas de força que estão sendo instituídas, e apresentam-se sem nenhuma participação dos trabalhadores de saúde, em alguns casos com conduções diferentes, em especial em nível local, onde os trabalhadores de saúde sentem-se sem autonomia da sua própria agenda, mesmo diante da necessidade de um atendimento a um paciente que não esteja agendado, conforme fala seguinte:

[...] Fora a falta de autonomia, porque já aconteceu comigo de eu querer atender uma pessoa e a minha agenda estar fechada, eu pedir para atender à pessoa e não poder atender porque o ISGH não deixa abrir (T22).

[...] Eu acho que cada profissional devia ter acesso no seu computador ao prontuário eletrônico para abrir agenda, até para uma gestante que está no último trimestre do pré-natal, pois será atendida semanalmente (T 29, T 22, T 23).

O que se verificou em todas as três fases da pesquisa, diferentes situações contraditórias em relação ao acesso da população, pois apesar da implementação de atendimento à demanda espontânea, os casos que não representam eventos agudos, como até mesmos os pacientes com condição crônica, em especial gestantes referem dificuldades nesse atendimento, situação evidenciada não somente ao acesso à AE, conforme a seguir.

[...] não consegui agendar na AB todo mês nem para o enfermeiro e nem para o médico, por exemplo, no mês de maio, não tinha vaga, ficou para junho. Depois disseram que era gravidez de alto risco, porém acho que me avisaram da consulta depois de uns três meses mais ou menos, pois não tinha vaga, então fui para o Hospital da B e depois para o Hospital C (U3).

[...] só faço pré-natal de 15 em 15 dias, caso tenha feriado ou alguma coisa, não tenho como encaixar essas gestantes, minha carga horária é com maior tempo no DESP (T27).

De acordo com CAMPOS (2003), a “clínica degradada” é marcada por interesses de qualquer natureza, sejam eles econômicos, políticos ou ideológicos numa perspectiva mercadológica, capitalista, que não considera a necessidade de saúde em sua práxis. Para o autor (2003) cria em seu entorno um espaço autoritário de saberes e de poderes, em que o usuário fica sujeitado.

Percebe-se que nesse caso, não somente o usuário, o trabalhador de saúde também em muitos momentos encontra-se nessa condição, em um movimento constante entre sujeito e sujeitado, embora por todas as discussões o processo tem se dado muito na perspectiva do trabalhador de saúde estar muito mais sujeitado diante de um modelo produtivista muitas vezes verticalizado, autoritário na proposta de “cumpra-se”.

Nesse sentido, evidenciou-se que o modelo de atenção implantado no município a partir do ano de 2013, foi se infiltrando no cotidiano das equipes da ESF, interferindo no saber e fazer da produção do cuidado à mulher em estado gestacional, em especial a de risco, que para muitos foi se naturalizando a proposta no seu processo de trabalho, e que apesar da insatisfação de muitos trabalhadores e usuários, a caminhada vai sendo seguida sem muitos movimentos para esse enfrentamento, mesmo diante de situações complexas como ter que permanecer com a gestante de risco por muito tempo seja na atenção básica ou secundária diante da não disponibilização de vagas para o nível de atenção que atenda suas necessidades, quer seja acompanhar sem seus exames etc.

[...] Bom, aí tem situações que a gente está vendo o que pode ou o que não pode ficar aqui (atenção secundária). Já avaliei paciente que era da Regional IV, precisava mesmo era da atenção terciária. Aí, a paciente foi para a atenção básica e voltou, acabou terminando a gravidez aqui comigo (atenção secundária), pois não conseguiu agendamento, complicado (T26).

Portanto, a realidade de cada serviço, de cada sujeito implicado na pesquisa apresenta suas singularidades, o fazer criativo, instituinte, integrado ou não, uma atenção compartilhada com a equipe ou não, assim, são diferentes situações que vão se moldando à realidade de cada território. Nesse sentido, a utilização dos protocolos, das normas instituídas são direcionais, entretanto, precisam ser flexíveis, revisitadas, pois ao avaliar a gestante deve existir todo um cuidado de conhecer o contexto de sua realidade e diferentes avaliações não somente biológicas.

Desse modo, a atenção básica tem se configurado como a porta preferencial do sistema, podendo ser percebida no resultado da pesquisa da 1ª etapa, quanto ao acesso da gestante de risco da atenção básica à atenção especializada, revelou uma boa cobertura das gestantes que iniciaram o pré-natal na atenção básica no primeiro trimestre, embora ainda com desafios para que seja alcançado por todas as gestantes.

O não retorno à atenção básica após ser referenciada, consiste em um importante analisador para análise, relacionando com o processo de trabalho existente hoje da ESF do município de Fortaleza, o que de fato tem ocorrido para esse distanciamento desse grupo que sempre foi prioritário, independente do município? Questões, inquietações que seguem em cada encontro, em cada desencontro, como mudar essa realidade?

Percebe-se que diante desse fenômeno diferentes situações-limites são postos as equipes da ESF, por exemplo, a deficiência da integralidade da atenção e a sua fragmentação. Percebe-se que embora esteja proposto um modelo de atenção não hierarquizado entre as

redes de atenção e sim poliárquico, com a atenção básica na coordenação do cuidado, ainda se configura como um desafio.

Diante dessa dificuldade, ao referenciar uma gestante de risco, existe deficiência grande na integração dessas redes, assim como em relação ao (des)cuidado, pois encontra-se fragilizado, fragmentado e sem a presença de um dos atributos da AB que é a longitudinalidade.

De acordo com Campos (2003), a discussão da integralidade passa pela ampliação da clínica, ultrapassando os aspectos biológicos em direção às dimensões subjetivas e sociais. Todavia, tratando-se do município de Fortaleza- CE, a 5ª capital do país, com uma cobertura da ESF que não cobre toda a população, com muitas desigualdades sociais, os desafios são ainda maiores.

Nesse sentido, percebe-se que os desafios da AB são muitos, pois se deparam, também, com os limites do saber/poder presente nas relações entre as Redes de Atenção, entre trabalhadores de saúde, gestores e usuários.

O grupo foi seguindo, onde se propôs um modo de operar internamente instituinte, ainda que de forma incipiente nos processos de autogestão e cogestão, onde acredita-se que só o tempo proporcionará essa mudança.

Espera-se que possam seguir, independente de um sujeito externo, e não por um tempo, pois isso ocorreu anteriormente, iniciaram com outros sujeitos, de forma diferente, mas fizeram. Nesse fazer em que todos são sujeitos implicados e que partem dos analisadores trouxeram motivação para o encontro seguinte.

[...] olha nós demos início, fizemos reuniões aqui com todos os coordenadores de postos, mas esse processo foi interrompido.... tem alguns pontos que a gente precisa dialogar mais (G2).

Portanto, este movimento gerado em torno de uma proposta instituinte a partir de uma pesquisa, motivou os sujeitos participantes e implicados a refletir, repensar, recriar os processos, onde foram surgindo proposições para os passos seguintes.

Dessa forma, a construção de um projeto de intervenção com a participação de diferentes sujeitos implicados, produz uma “inversão epistemológica”, pois, ao unir a análise e o fenômeno que a gerou, provocou “uma inversão da relação entre objeto real e o objeto do conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas” (L’ABBATE, 2004, p.82).

Assim, os analisadores (des)integração das redes de atenção, (des)conhecimento da referência secundária provocaram esta inversão, questionando alguns instituídos, produzindo algumas fraturas no modo de organizar o cuidado à gestante de risco, discutindo os micro e macroprocessos, entretanto, com proposta inicial de intervenção dos microprocessos a partir dos sujeitos participantes do estudo.

Aqui refere-se inicialmente, porque a potência do grupo participante poderá seguir com esse movimento desafiador, mas passível de mudança e ressignificação, inclusive em cada território de atuação do grupo, até mesmo no território que atuamos como integrante de uma equipe da ESF, pois no espaço micro é muito provável que seja possível, pelo perfil do gestor, da equipe e da necessidade, pois muitos analisadores também estão presentes na atenção à gestante nessa condição.

O desafio desse momento da pesquisa foi refletir, analisar de forma coletiva os analisadores presentes para a integração das redes de atenção, analisando, assim, os não ditos organizacionais, no sentido de garantir o acesso e articular as diferentes Redes de Atenção que cuida da gestante de risco numa perspectiva humanizadora, integrada e solidária.

No momento da finalização, em forma de círculo, alguns dos sujeitos participantes falaram retomando como chegaram e como saíram, revelaram o quanto estão levando para sua realidade a possibilidade de mudança, e um dos trabalhadores finalizou:

[...] Eu saio mais confiante e esperançosa... e que de fato a gente consiga, em grupo, se ajudar e, principalmente, ajudar a paciente que está lá, acreditando na gente, esperando por nós..." (T27).

Ressaltamos aqui um momento que presenciamos por ocasião da finalização do encontro. Ao sair, percebemos alguns gestores conversando sobre as discussões ocorridas até esse momento, e ao nos aproximar, um deles comentou da importância da pesquisa e que realmente somente nesse 2º encontro tinha entendido melhor o processo, pois no primeiro encontro, por não ter estado no momento inicial onde foi apresentada a proposta do desenvolvimento do trabalho no coletivo, ficou surpresa com as discussões e com os diferentes discursos revelados.

Esse discurso foi registrado no diário de pesquisa datado em 21/11/2017, pois ocorreu nos "bastidores". Nesse sentido, esse segundo encontro foi mais acolhedor em relação às situações reveladas que interferem no processo de trabalho das equipes, em especial no cuidado à gestante de risco mesmo com as revelações nem sempre de concordâncias, todos conseguiram se colocar, apresentar indignações e propostas para esse enfrentamento.

Portanto, por meio desses encontros buscou-se desenvolver forças instituintes para o desenvolvimento de práticas capazes de conferir materialidade à ideia de integralidade das necessidades de saúde, entendendo integralidade justamente como “dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 21), embasados na articulação e no embate entre múltiplas vozes e múltiplos silêncios produzidos em cogestão por meio do fomento a redes de coletivos.

Por fim, é possível sentir pelas palavras do Papa Francisco ao mundo, que se pode fazer diferente:

“Não devemos crer no maligno, quando diz que não podemos fazer nada contra a violência, a injustiça, o pecado”. E quando essa violência é contra a garantia do direito do ser humano, mais um motivo para pensar que é possível mudar, não se deve é banalizar, naturalizar.

5.2.2 Revisitando o instituído no caminhar da gestante e propondo mudanças a partir de movimento instituinte: dialogando com os pares

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

Paulo Freire

O terceiro encontro movimentou ainda mais os trabalhadores e gestores, diante da necessidade revelada pelo grupo por ocasião do segundo encontro. Estiveram presentes quase todos os trabalhadores e gestores que participaram dos encontros anteriores, salvo uma gestora da regional que estava fora do município, onde justificou sua ausência.

Assim, em cada encontro, foi sentida a participação efetiva e afetiva dos sujeitos implicados no processo, demonstrando preocupação com a situação da gestante e o desejo de contribuir nas mudanças necessárias para melhoria do seu acesso e da integração entre as Redes de Atenção.

Esse encontro teve um diferencial devido à participação de novos sujeitos que foram inseridos no coletivo para o enfrentamento das situações-limites vivenciados pelas gestantes de risco. O objetivo foi mexer, refletir sobre o caminhar da gestante de risco nas redes de atenção, sinalizando possibilidades de mudanças e maior corresponsabilização de todos.

Para Lourau (2014, 2004) a análise institucional deve fazer entrar em cena outros atores sociais, deve desnaturalizar as relações cristalizadas, as regras estabelecidas. A análise institucional tem como objetivo mostrar a historicidade das práticas.

À medida em que foram ocorrendo as discussões e apontadas as situações-limites, visualizou-se diferentes possibilidades para a curto e médio prazo, principalmente no que estava relacionado com a governabilidade do grupo.

Essa questão sempre foi reforçada ao grupo, uma vez que a proposta era caminhar inicialmente com o que era possível, pois algumas ações envolveria recursos, pactuações com a instância estadual e outros, e que para esse momento seria necessário propor e intervir em nível de município e, principalmente, entre as unidades básicas de saúde da SR VI e a atenção secundária, por meio do hospital de referência para gestação de risco dessa regional.

No primeiro encontro foi combinado a realização de três encontros para a pesquisa, entretanto, no segundo momento foi revelado pelos gestores e trabalhadores de saúde a importância da continuidade desse processo, independente da pesquisa. Essa discussão foi muito importante, pois efetivamente diferentes movimentos se instalam entre essas redes, com autogestão e aposta na possibilidade na potência do grupo-sujeito para o enfrentamento do que estava posto em relação à gestação de risco.

Por isso, esse seria o último encontro para a pesquisa, conforme acordado anteriormente. Entretanto, repactuamos com os gestores das duas redes de atenção e da SMS a possibilidade de mais um encontro, ou seja, o quarto que não estaria inserido no estudo, ser incluído, com a proposta de revisitação do que foi construído no grupo para validação de um fluxograma a ser utilizado pelas duas Redes de Atenção.

Para esse encontro, trabalhamos o analisador pactuado por ocasião do primeiro encontro: inexistência de fluxograma para atenção à gestante de risco, e a implantação da referência e contrarreferência a ser realizada pelas duas redes de atenção na regional VI. Vale ressaltar que, especificamente, em relação ao fluxograma, se destinou as unidades da AB da regional participante da 3ª etapa, pois diferencia das demais regionais de saúde, em virtude da existência do hospital municipal de referência na atenção secundária, no que se refere à atenção à gestante de risco, conforme já referido anteriormente.

Nesse sentido, trazer para discussão aquilo que não era revelado, que de alguma forma estava oculto, pareceu desafiador, porém aos poucos foram (des) velados e apresentados, e esse não dito apesar de alguns momentos ter apresentado ruídos, desconforto de alguns sujeitos participantes foi se integrando na análise e na construção desse caminhar,

complexo, mas possível. “Para todo problema complexo existe uma solução simples, fácil e errada” (H.L. MENCKEL, 1880-1956).

Percebe-se que os ruídos podem constituir-se de fatores positivos para que, realmente, possa ocorrer as mudanças necessárias e possíveis a partir das inquietações e implicações dos sujeitos. Entendendo que algumas questões a serem enfrentadas estariam fora da governabilidade do grupo, foi iniciado o processo da intervenção com o que concretamente teria possibilidade de provocar mudanças e institucionalizá-las para aquele momento, entendendo que se a proposta é a continuação desse movimento instituinte poderão revisitar outros processos, e assim novas demandas surgirão.

Nesse sentido, Lourau refere que o campo de intervenção constitui-se na prática da própria intervenção, ou seja, na ida ao campo, a partir da encomenda e sua problematização, quando pode a intervenção transformar encomenda em demanda de trabalho. O campo de análise não pode ser entendido como separado do campo de intervenção, entre teoria e prática, fazer e pensar, sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado entre forma instituída e processo instituinte.

Assim, convidamos uma trabalhadora da AB para realizar o acolhimento do grupo, onde foi utilizada a dinâmica da caixa de presente. Iniciou-se com a apresentação, já que novos sujeitos participantes se inseriram no grupo, ou seja, trabalhadores de saúde e gestores que atuavam em alguma área relacionada à atenção à gestação de risco, entre elas a regulação.

Portanto, cada participante recebia o presente fechado, uma linda caixa, onde ao abrir, encontravam um espelho na tampa. Foram orientados que ao abrirem o presente, olhassem o que existia na parte interna, refletissem em silêncio, relacionando à sua pessoa àquele momento, e assim iam passando para o vizinho. Após o “presente” passar por todos os sujeitos participantes fizemos uma reflexão sobre como se viam diante da necessidade das mudanças para melhorar a atenção à gestante de risco. Após a fala dos sujeitos participantes, finalizamos com uma reflexão da importância de todos nesse processo e o quanto cada um poderá contribuir para que ocorra a mudança desse cenário vivenciado pela gestante de risco nos serviços de saúde.

Todos os encontros do grupo foram realizados inicialmente com a restituição do encontro anterior, com utilização de técnicas, dinâmicas que levavam os sujeitos participantes a refletir a partir de suas implicações.

Em seguida, realizamos trabalho em grupo, onde foi dividido os sujeitos participantes em quatro subgrupos, de modo que em cada um deles estivesse inserido nas diferentes representações (gestores, trabalhadores da AB e AE, regulação, NAC).

Para aquecer as discussões, iniciamos com o seguinte questionamento: O que é violência institucional provocada pelo serviço de saúde à mulher com gestação de risco? A partir dessa discussão foi solicitado que cada subgrupo discutisse sobre o assunto e apresentasse uma situação real que os sujeitos participantes identificassem como violência institucional vivenciada pela mulher com gravidez de risco nos serviços de saúde.

Após o trabalho realizado nos subgrupos, foram convidados a socializarem os casos discutidos (Apêndice H), com intuito que fosse revelado o(os) analisador(es), disparador(es) de transformações subjetivas e conhecimentos, o dispositivo que fez vir outras perspectivas do problema. Em seguida desencadearam-se as discussões com os seguintes questionamentos: A narrativa descreve uma situação de violência institucional contra a mulher com gestação de risco? O que despertou em vocês?

As discussões ocorreram a partir desses questionamentos e dos casos apresentados, referiram diferentes formas de violência institucional vivenciada pela gestante, principalmente a de risco. Após esse momento, solicitamos que fosse selecionada uma das histórias para o momento seguinte.

No início, o grupo foi se manifestando indicando o caso 1 (Apêndice H), referente ao caminhar da gestante de risco ao ser referenciada para Atenção Especializada, mas com a intervenção de um dos gestores referindo que para ele, a violência institucional ocorre quando é praticada pelos trabalhadores de saúde como um mau atendimento, violência no momento do parto, por exemplo, e que não entende o problema de infraestrutura, como uma violência, nesse caso, a escolha foi o caso nº 3 (Apêndice H).

Nesse momento, o grupo ficou dividido, uns permaneceram em silêncio, porém outros concordaram, entretanto, uma trabalhadora de saúde referiu que não concordava, pois sempre o trabalhador era culpabilizado, mesmo diante dos problemas estruturais, conforme abaixo:

[...] não concordo, sempre a culpa recai para o trabalhador, não é visto quanto à condição de trabalho, deficiência de material, recursos humanos etc... Será que essa postura é só dessa profissional ou das outras que estão lá? Ou foi um caso à parte? Já que a gente está tratando dessa questão do acesso, do fluxo, porque assim, muitas vezes tem coisas que as pessoas só focam em cima do trabalhador, mesmo diante da deficiência da rede (T24).

Na perspectiva da socioclínica, percebeu-se durante a discussão sobre a violência institucional no serviço de saúde, a presença de analisadores, na medida em que permitiu diferentes reflexões, revelações, pois muitas vezes a discussão era trazida sempre na culpabilidade do trabalhador, excluindo aspectos como condições de trabalho, deficiência no acesso, violação de direitos, precarização e outros.

Percebe-se, novamente, que a violência institucional contra a mulher gestante, muitas vezes só é visualizada quando se refere à violência obstétrica, a peregrinação da gestante por ocasião do parto, relação trabalhador/usuário, embora infelizmente ainda está presente no momento atual, entretanto, pouco é percebido a violação do direito como uma violência institucional.

Existe deficiência nas discussões sobre o assunto, denúncias, como é o caso de sua peregrinação ou deficiência no acesso ao pré-natal, em especial ao de risco. Por toda a pesquisa, ao referir esse tipo de violência, percebeu-se deficiência em relacioná-la enquanto violação de direito, conforme previsto na Constituição Federal, ou quando referiam essa violação, revelaram sua naturalização ou sua não discussão, inclusão nos processos de formação.

Percebe-se que em relação à inclusão desse tema esteve presente principalmente nos discursos dos gestores com a formação de serviço social, e no que se refere ao trabalhador de saúde foi revelado por ACS com formação também nessa área. Revelando, assim, a deficiência da discussão dos direitos do cidadão por ocasião da graduação, pós-graduação ou nos processos de educação permanente, onde na realidade deveria ser discutido de forma transversal a todas as políticas do País.

[...] violência institucional eu estou ouvindo falar agora, através de você... tenho especialização, mestrado, mas nunca foi discutido esse assunto (G 14).

[...] esse tema muito foi discutido por ocasião da minha formação como assistente social (T 12).

[...] Teve alguns fóruns sobre a violência, muito na época que iniciou a lei Maria da Penha, então veio pra cá algumas pessoas, falaram sobre algumas violências, mas a institucional, nunca foi falado (G 9).

A existência da violência institucional necessita ser discutida com a população, principalmente com a gestante para que possa empoderar sobre seus direitos e reivindicá-los perante o Estado. Ainda vivenciam situações de precariedades no atendimento, dificuldade ao acesso nas diferentes dimensões e em todas as Redes de Atenção, em especial à atenção especializada e tantas outras situações, entretanto, pouco reconhecem essas situações como

violação de direito. Então, esse tipo de violência a que estão expostas às gestantes de risco relaciona-se aos macroprocessos sociais, políticos e econômicos associados a vários outros tipos de violência.

[...] Para mim, violência praticada pelo serviço de saúde é a pessoa não atender bem., eu entendo que a profissão que vocês exercem é muito cansativa, é estressante todo dia...aqui eu só vi isso acontecer uma vez, mas lá no posto, pelo amor de Deus, é horrível a forma como você é tratada pelos atendentes que ficam na recepção (U7).

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde, por meio da Lei nº 8080/90, a qual garante acesso igualitário aos serviços de saúde, passou a ser de todos e dever do Estado em garantir a todo cidadão brasileiro esse acesso, entretanto, é comum a existência de desigualdade nessa atenção, existindo de exclusão ao sistema de saúde, desrespeito aos direitos do cidadão, omissão e negligência na atenção à saúde, mesmo diante de situações de saúde complexa.

Essa acessibilidade relaciona-se com os conceitos de Equidade e Integralidade, princípios esses que regem as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais devem garantir condições de acessibilidade e resolutividade à população, considerando os problemas de saúde da sociedade.

Conforme revelado no estudo e nos documentos da SMS como relatório de gestão, principalmente com a implantação da Rede Cegonha, ocorreu a vinculação da gestante à maternidade para o parto, com resultado positivo em relação a esse acesso, porém, atualmente, por ocasião das consultas do puerpério ou por contato da própria gestante ou de familiares para os entrevistados tem chegado situações de peregrinação da gestante também por ocasião do parto, mesmo tendo sido vinculada à maternidade.

Dessa maneira, mais uma vez essa gestante vivencia situação de violência institucional por ocasião de sua gravidez.

[...] outra coisa que me chama muita atenção, no cartão da gestante tem um adesivo pregado com o nome da maternidade de referência para o parto. Eu acho muito estranho, não funciona, não vale nada. Eu explico no pré-natal sobre a maternidade que ela está vinculada para o parto, mas na hora de parir a gestante volta, fica peregrinando em vários hospitais, enfim é um transtorno (T11).

[...] eu fico me tremendo todinha quando elas estão perto de ter neném, porque não existe uma boa acolhida em todas as maternidades. Já tivemos caso de voltar a gestante às vezes sangrando. Eu não posso simplesmente, sem nem ter examinado, dizer que não tem vaga, e voltar a mulher em trabalho de parto. Eu tenho gestante que vai numa, vai noutra, vai na terceira o menino já nascendo quase no corredor é que fica (T16).

A peregrinação das mulheres no momento do parto ainda se configura como um problema real vivenciado por esse grupo no cotidiano de suas vidas, mesmo após a implantação da Rede Cegonha no município. Esse problema demonstra o quanto o sistema de saúde ainda apresenta deficiência, pois mesmo com exposição da vida de mulheres e crianças no não atendimento em tempo hábil, o Estado, ainda não tem conseguido se debruçar de forma efetiva e enfrentar essa dificuldade, pois está claro que somente as legislações, portarias não conseguem dar respostas a essa necessidade, pelo menos não têm conseguido até o momento atual.

Estudo realizado em Fortaleza revelou que 40,9% das gestantes no 3º trimestre de gestação não sabem o local onde ocorrerá o parto (PESQUISA ACESSUS, 2016), situação preocupante, pois dessa forma, está presente o risco de peregrinação. O direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista, a qual foi efetivada no Brasil por meio da Lei nº 11.634, no ano de 2007.

Portanto, os serviços de saúde maternos devem garantir à mulher o leito obstétrico no momento de seu processo parturitivo, evitando a peregrinação durante o anteparto e parto (VIELLAS et al, 2014; BRASIL, 2007), entretanto, infelizmente, essa vinculação ainda tem deficiência, efetivamente não está garantido e persiste a violação desse direito.

Por isso, por ocasião deste estudo, percebemos que algumas regras e normas estão presentes nos serviços de saúde, e que levam à violência institucional – e não eliminá-la – e talvez com isso pudéssemos ali ousar “constituir uma nova política da verdade” (Foucault, 2017, p. 14), inovar as políticas de saúde, uma, ao menos, que possa pensar a transgressão. Se mudarmos essas relações, podemos mudar a realidade.

Dessa forma, o acesso implica processos de subjetivação, a construção de modos de vida que demanda aprimoramento e respostas efetivas, assim como traz a necessidade de dar visibilidade ao problema.

Esse exercício de análise, provoca a desnaturalização dos modos cristalizados presentes nos serviços de saúde, tornando a resistência, a luta como fundamental para o enfrentamento da realidade atual vivenciada principalmente pelos que mais vivem em situação de desigualdade.

Conforme a Lei 8.008/1990, o acesso igualitário aos serviços de saúde deve ser garantido, sendo um direito de cidadania e dever do Estado garantir o acesso equânime em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, esse conceito busca a isonomia, visto que todos são iguais perante a Lei; logo, seus direitos devem ser garantidos de forma igualitária. Já a

Integralidade transmite o conceito de atendimento integral do usuário de saúde, com ações de promoção, proteção e recuperação, em um sistema que atende um Ser integral, ou seja, um Ser biopsicossocial (O'DWYER et al, 2010; VIELLAS et al, 2014).

No momento das discussões de todos os casos, foi trazido a sua relação com o percurso da gestante de risco à AE, a resolutividade, situações-limites e outros. Em virtude de todos os casos apresentados representassem violência institucional, o grupo foi estimulado a pensar no caso que revelasse os analisadores propostos para aquele encontro. Um dos participantes do grupo colocou que continuava com o caso inicialmente que ela havia indicado, ou seja, o caso 1 (Apêndice H), pois trazia vários problemas enfrentados pela gestante, conforme discurso a seguir:

[...] A questão da violência institucional está presente diariamente nos serviços de saúde, a gente que trabalha na regulação, também passa por isso no nosso cotidiano, pois esse tipo de violência começa na falta de insumos para essas gestantes realizarem os exames básicos. Outra dificuldade é que embora seja pré-natal de risco, as gestantes ficam vagando pelos hospitais sem conseguir vaga. Muitas vezes temos que contar com amizade, pelo telefone “fulano, faz um favor para mim”, coisa que não deveria acontecer... isso vem de algum tempo (G 23).

Diferentes situações foram abordadas em relação à violência institucional no momento das entrevistas, entretanto, para muitos, ainda é uma temática pouco discutida nos serviços de saúde, nas instituições de ensino e nos processos de educação permanente. Para os entrevistados, o que se tem discutido são as outras formas de violência contra a mulher, e/ou a violência obstétrica, essa principalmente foi revelada pelos trabalhadores de saúde e gestores das maternidades/hospitais de referência.

[...] Existem várias formas de violência institucional, mas eu acho que a mais frequente é a não garantia do direito ao atendimento, não terem uma consulta de pré-natal de alto risco, de não ser humanizado o atendimento durante o parto, porém não se discute sobre isso (T2).

[...] É, a gente tem hoje, discutido muito a violência obstétrica, que é aquela violência institucional, que acontece principalmente nas maternidades. E a gente vê também que, para a gestante que vai ser atendida, que fica nesse vai e volta, que hora não tem consulta, que demora essa assistência nos diferentes níveis... É uma violência para o profissional também, pois ele fica preocupado e angustiado por conta da não oferta.... do não exame no tempo oportuno ou em nenhum tempo (G4).

Percebe-se que a violência institucional é enraizada nos serviços de saúde, pouco visualizada e percebida como uma forma de violência. Diante dessa invisibilidade, existe deficiência nas reivindicações e lutas voltadas para essa problemática, necessitando maior provocação às instituições, ao Estado quanto a respostas em relação a essa forma de violência.

Portanto, se esse tipo de violência é invisível, naturalizada, não questionada pelas gestantes, pela sociedade, pelos gestores e trabalhadores de saúde, não se revela nos serviços de saúde, assim configura como um analisador potente a ser analisado e a ser provocado as instituições. A sua não revelação, invisibilidade foi percebida nas diferentes entrevistas realizadas com gestores, trabalhadores e gestantes quando foi referido desconhecimento quanto essa forma de violência.

Percebe-se nos discursos a seguir, a deficiência na discussão dessa forma, onde existe dificuldade por muitos ainda na compreensão dessa forma de violência enquanto violação de direito. No discurso da usuária a seguir, é retratada essa violência no que se refere ao tratamento entre trabalhador/usuário, mesmo referindo o não acesso ao atendimento às suas necessidades, não visualiza a situação como uma violência, o mesmo em relação a alguns trabalhadores de saúde.

[...] violência no serviço de saúde? Não tem isso aqui não, sou bem tratada... aqui só é difícil conseguir medicamentos, os exames, a ultrassom...mas não sei o que é isso aí, não (U2).

[...] A violência institucional estou ouvindo falar agora, através de você.... esse é um tema novo, totalmente novo. O que se fala é em violência doméstica, violência à mulher. Tem muitos cursos sobre violência voltada para a mulher de um modo geral, a violência familiar, domiciliar, nada de institucional (G 14).

[...] é, assim, violência institucional eu não posso dizer esse termo que você está dizendo, porque eu acho que é específico a esse estudo não? Então, assim, na minha formação da faculdade, nem na residência foi falado sobre esse tema (T16).

Após esse momento de discussão sobre as diferentes formas de violência institucional, muitos concordaram com a escolha do caso, outros justificaram a escolha, e assim solicitamos que fosse feita defesa contrária. Entretanto, foi acordado por todos, trabalhamos nesse encontro a violência institucional no serviço de saúde a partir do caso 1, conforme abaixo:

Adolescente de 16 anos, solteira, iniciou o pré-natal no 2º trimestre, escondendo a gestação da família, realizou US obstétrica que detectou gestação gemelar. Foi descoberta pelo ACS que a encaminhou ao posto para iniciar o PN com apenas o US realizado. Foram solicitados exames laboratoriais de rotina de pré-natal, porém o laboratório não está colhendo por falta de material. Preenchido o cartão, cadastrado no SISPRENATAL, realizados os T.R. e encaminhado ao PN de risco. A coordenação agendou o atendimento para o mês seguinte, pois a paciente não tinha um documento (CPF) (caso 1).

Para desencadear esse momento, utilizamos a técnica do teatro fórum, conforme Boal (2012). O grupo que escreveu o caso selecionado foi convidado a encenar, concordaram

e convidaram outros participantes, como uma trabalhadora de saúde gestante e a que entreviu inicialmente sobre a questão da violência institucional. O uso da dramatização nesse momento foi fundamental para reflexão coletiva (em atos), sobre a maneira pela qual os papéis são mantidos na instituição.

Essa técnica, foi utilizada na primeira intervenção socioanalítica conduzida com René Lourau (MONCEAU, 2015), ressalta-se que o momento de intervenção consiste na produção teórica e, sobretudo, a produção do objeto e do sujeito do conhecimento.

Portanto, percebeu-se o quanto o lúdico animou esse processo e motivou a participação dos sujeitos, refletindo e trazendo possibilidades de resolução para a situação apresentada. Ao ser tomado aquele momento para reflexão, percebeu-se como o tempo de análise coletiva que seguiu à dramatização teve importância para as discussões dos analisadores, (des)integração das redes de atenção à gestante de risco, (des)conhecimento do perfil da atenção secundária e inexistência de fluxograma para gestação de risco.

Os analisadores têm como função na socioanálise colocar as pessoas a falarem, a elucidar os afetos implicados na ação, as posições, os destinos que elas imprimem, as recusas, os interesses e engajamentos (LOURAU, 2004).

Portanto, as técnicas, dinâmicas utilizadas foram fundamentais para as revelações apresentadas, reflexões sobre como uma questão aparentemente simples, como é a inclusão de uma norma do acesso ao serviço especializado desde a marcação somente com todos os documentos traz exclusão da gestante ao sistema, vitimizando-a e/ou revitimizando-a.

Conforme relatado na metodologia, o teatro fórum traz para a cena outros protagonistas, então a medida que realizavam a cena, quatro paradas ocorreram e outros participantes foram fazendo parte da cena, apontando encaminhamentos para melhor direcionamento do caso.

Nesse sentido, a análise coletiva que seguiu a dramatização foi fundamental para que os participantes expressassem suas percepções, seja por meio da encenação ou como expectador, utilizando aquele momento para reflexão da realidade vivenciada nos serviços de saúde.

Após finalização desse momento, abrimos para discussões, onde referiram diferentes situações-limites na condução do caso, entre elas a dificuldade de comunicação por telefone no momento da referência, como a não existência de um CPF da gestante que inviabiliza a marcação da consulta, situação comum no cotidiano das unidades conforme discurso abaixo:

[...] essa é a realidade, pois se a paciente não tiver um documento não marcam. Muitas não têm CPF e é muita burocracia, pedem até data de emissão do RG, e na ausência a gestante fica prejudicada, não se agenda (G19).

[...] muita burocracia...a paciente quando é atendida na urgência é orientada para retornar para atenção básica para agendar acompanhamento no ambulatório especializado. Por que já não agendam? Nem sempre conseguirá essa vaga de forma rápido, pode demorar muito (T28).

Percebe-se a presença de uma burocracia engessada, anacrônica e de baixa resolubilidade no serviço público como uma regra, uma norma por meio de um moralismo encarcerado na normatização, onde o não cumprimento, exclui do sistema o cidadão independente de sua necessidade e de sua condição. Para Prado (2016):

[...] Apesar da teoria administrativa revelar a burocracia como fonte de objetivos e vantagens positivas para a gestão pública, por força das críticas e do desempenho das organizações públicas, o termo passou a ser usado também com sentido pejorativo, rotulando uma administração com muitas divisões, regras, controles e procedimentos redundantes e desnecessários ao funcionamento do sistema. No momento atual, este tem sido o único significado popularmente disseminado, prejudicando sobremaneira o desempenho dos servidores, que se confundem quanto ao verdadeiro sentido da burocracia, buscando tão somente bani-la da Administração Pública.

Assim, a burocracia é utilizada de maneira demasiada e com muita rigidez, obtendo em consequência resultados desvantajosos para a população, ocorrendo, portanto, exclusão do usuário no sistema, dificultando o acesso, mesmo em situações complexas, como é o caso de uma gestante que se encontra em situação de risco, por não ter todos os documentos, é excluída do sistema, mesmo que ocorra de forma inconsciente, é “abandonada” independente de sua condição.

Essa situação ocorre, também, nas unidades básicas de saúde, por exemplo, para o recém-nascido sem Certidão de Nascimento, pois no momento que não tem registro, a mãe não consegue agendar nem a sua primeira consulta, salvo por meio de utilização de processos instituintes.

Muitas vezes esse processo é engessado pelos serviços de saúde e não se busca uma flexibilização e/ou procedimentos possíveis até a resolubilidade do problema. Essas normas impostas, não poderiam ser aplicadas na saúde, principalmente sem avaliação do caso, pois o usuário do SUS é “barrado” na recepção/NAC devido ao cumprimento dessas normas, fruto da rigidez hierárquica consentida e cumprida sem nenhum questionamento.

Portanto, burocracia e formalidade excessiva são contraditórias à equidade e à eficiência em Saúde Pública, haja vista a obscuridade empregada na análise da demanda que deve se enquadrar no engessamento burocrático do serviço prestado e não o seu contrário, ou

seja, ao invés da permeabilidade necessária do rigor formal da burocracia setorial se abrir para a necessidade do usuário, ocorre o contrário, o cliente que se encaixe na burocracia do serviço, provocando, indubitavelmente a desumanização nos processos relacionais da Saúde Pública entre profissionais e usuários (PRADO, 2016).

Para o autor (2016), o cliente fica refém de uma gestão pública normatizadora, hermética e ineficiente, suprimindo apenas as necessidades de seu cardápio, na maioria das vezes, cardápio este produzido de forma subjetiva por caprichos pessoais, falta de talento, de profissionalismo e incapacidade para cuidar dos bens públicos, muitas vezes confundindo-os como se fossem seus por direito natural (coisas, cargos, funções, etc.).

Observa-se, assim, que as normas, as regras, os protocolos, não podem ser tidos sempre como uma verdade inquestionável, inflexível, sem vida, sem nenhuma avaliação da situação apresentada, a partir da singularidade de cada sujeito, de cada caso, de cada território. Essa situação é complexa, pois é necessária flexibilização, corresponsabilização com o outro, uma vez que se trata de saúde, de vida.

Percebe-se, ainda, que os usuários que se encontram nessa situação, normalmente são os que mais necessitam desse acolhimento, dessa flexibilização, pois vivem em situação de riscos e vulnerabilidades, portanto, deveriam ser incluídos de imediato no sistema, independente da situação apresentada naquele momento, assim permitindo o acesso sem essa burocracia rígida, pelo contrário, existir maior responsabilização do serviço de saúde com esse sujeito.

Nesse sentido, os princípios doutrinários do SUS como a Universalização, a Integralidade e a Equidade são violados em detrimento às forças instituídas burocratizantes que tendem a naturalizar a realidade social a partir de poder normatizante. Assim, as regras, normas cada vez mais, estão presentes no cotidiano das unidades de saúde e acarreta a sociedade de forma normalizadora.

Para Michel Foucault (2014a), os procedimentos de poder sobre a vida são difusos, raramente são formulados em discursos contínuos e sistemáticos e compõem-se, muitas vezes de peças. Para o autor (2014a, p 30) “trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo da validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e forças”.

A essência da punição, no seio dos aparelhos disciplinares, é a normalização dos seus integrantes, ou seja, fazer com que todos funcionem de acordo com as regras estabelecidas, e que os desviantes, os considerados anormais, “mais livres”, sejam punidos no

momento em que praticam seus atos e que os normalizados sejam recompensados. Sua essência é a de adequar as pessoas a uma norma preestabelecida. Nesse sentido, Fonseca (2001, p. 178) refere à norma disciplinar:

A norma disciplinar diferencia os indivíduos um em relação aos outros, em função de uma regra interna ao conjunto que estes fazem parte. Essa regra aparece como uma média, uma medida a ser respeitada. A disciplina permite, por meio da norma, medir-se o lugar, o valor de cada indivíduo em relação a mediado grupo em que está inserido. (...) A norma disciplinar, portanto, é um critério de medida que se deve observar, que permite que se separe, no interior de um grupo determinado, as duas categorias de indivíduos: os indivíduos normais, que são aqueles que coincidem com o perfil estabelecido por essa medida, e os indivíduos anormais, que são aqueles que, de algum modo, se afastam desse perfil.

Dessa forma, o poder disciplinar presente nos serviços de saúde, com um controle normalizante, uma vigilância que tende a punir aqueles que são tidos com os “indivíduos anormais ou fora das normas”, interferindo no acesso do usuário ao sistema de saúde, mesmo diante das situações mais complexas, no caso em questão da gestante de risco.

Durante todas as etapas do estudo, registrou-se discurso dos trabalhadores de saúde e gestores da atenção básica em relação a existência de muita burocracia em relação à documentação para o acesso da gestante na atenção secundária, essa situação foi percebida no momento da representação do atendimento por ocasião do teatro fórum.

Esse procedimento não é exclusivo da atenção especializada e nem é somente para acesso à consulta, à vacina, e sim para outros procedimentos. A situação também é diferenciada por unidade de saúde, pois em alguns serviços diante dessa situação, o usuário é encaminhado para a coordenação e no movimento de ação instituinte é encontrada estratégia para esse acesso.

Essa burocracia tem funcionado de forma negativa, pois tem dificultado o acesso da gestante e do recém-nascido. Nesse sentido, torna-se necessária maior reavaliação dessa questão pelos serviços de saúde, pelo menos no momento do agendamento, minimizando situações de violência institucional, uma vez que configura como uma violação do direito da gestante.

Desse modo, a não flexibilidade das “normas”, do que está instituído para algumas situações pelas instituições atenção básica e atenção secundária, tem contribuído no não acolhimento a gestante, que muitas vezes acaba sendo excluída totalmente do sistema. Uma das trabalhadoras no momento da discussão, trouxe uma situação exemplificando a realidade de muitos locais de saúde, em especial por ocasião de urgências e/ou emergência

obstétrica. A paciente após atendimento na urgência por exemplo, é encaminhada para atenção ao pré-natal na unidade hospitalar.

[...] Eu trabalhei muitos anos na emergência obstétrica. O perfil que a gente atende, muitas são pacientes usuários de drogas e moradores de rua. Nunca vão ter acesso a um pré-natal, nem que elas queiram, já que não tem documentação, não tem comprovante de residência, porque não tem nada, entende? eu acho que se é para aumentar o acesso da população, é não exigir tanta coisa. O interessante é que a paciente faça o pré-natal, não? Ela não está grávida? Vai ter que fazer do mesmo jeito (T23).

Portanto, é fundamental que a gestante seja acolhida e tomado providências quanto sua documentação e outras questões detectadas, como sua inclusão nas políticas assistenciais existentes, de acordo com a necessidade de cada uma. Essa inclusão deveria fazer parte da rotina dos serviços de saúde, por exemplo, diante de uma situação mais crítica, como é o caso da que vive em situação de rua ou de outros riscos e vulnerabilidades.

Assim, em nenhuma situação deveria receber alta, ou sair do serviço de saúde sem que fosse tomado providências quanto às suas necessidades por meio de articulação com outros serviços/órgãos. Exemplo, uma puerpera nessa condição após alta hospitalar, articulação com a atenção básica, assim seria mais seguro esse acompanhamento, principalmente devido à existência de muitas áreas sem agentes comunitários de saúde.

Durante todas as discussões nos três momentos, assim como por ocasião das entrevistas, foi possível perceber a existência do analisador poder no setor do Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC) nas duas Redes de Atenção, pois alguns trabalhadores de saúde também da AB referiram muitas dificuldades com esse setor, por exemplo, atraso na abertura da agenda do médico e da enfermeira em algumas unidades de saúde, dificultando o agendamento da consulta de retorno da gestante na AB, assim como atendimento extra pelo profissional, mesmo diante da possibilidade de ser realizado um atendimento, o profissional não consegue, conforme abaixo.

[...] existe uma preocupação muito grande só em organizar o sistema, não existe a preocupação com o paciente...muitas gestantes adotam o absenteísmo, a paciente fica na minha porta, como é que a gente vai proceder com essa paciente? eu tenho vaga na agenda... se ela tem um problema, não posso atender... Existe uma preocupação, o medo da politicagem, medo de mandar o paciente vir para cá (hospital), temos uma preocupação com tudo isso, porque a única preocupação é radicalizar a organização do sistema. Ela é um paciente, não é qualquer coisa, depois vai adentrar no sistema e dizer que está incluído, é só alimentar o sistema. (G21).

[...] Em diferentes momentos quis atender pacientes extra, estando no meu horário do trabalho, tendo tempo para fazer, não tive como, porque não consegui, já que o setor responsável não liberou e tudo é pelo prontuário eletrônico (T22).

[...] Comecei o pré-natal com três meses, depois fui atendida quase no quinto mês, não saí com a outra consulta agendada, tinha que ficar indo todos os dias atrás da consulta, acho que é porque é muita demanda e não tem vaga. Fiz uma consulta com o enfermeiro e uma consulta com médico, aí ele me classificou como gravidez de alto risco e me encaminhou (U1).

Por ocasião da pesquisa, percebeu-se que a gestão do setor NAC é conduzida de forma diferente, na AB a gestão é do ISGH, empresa terceirizada contratada pelo município, conforme relatado anteriormente, e que mesmo assim, existe diferença entre as unidades de saúde, em algumas ocorre pouco diálogo com a gestão local, entretanto, em outros atuam de forma integrada com a equipe do serviço local. Na AE esse setor está na gestão da Secretaria Municipal de Saúde/Hospital, os trabalhadores de saúde do setor são servidores do município.

Diante da discussão de questionamentos dessa situação que dificulta o acesso das gestantes na AE, foi repensado possibilidades para mudanças para esse agendamento, apesar da fala contraditória de um dos gestores participantes do estudo.

Embora tenha sido colocado que somente poderá ocorrer o agendamento com essa documentação, movimentos instituintes ocorreram, a partir de questionamentos às normas implantadas, mesmo não tendo sido convincente o porquê da não flexibilização. Situação diferente foi apresentada por outro gestor em relação à exigência da documentação para o exame de citologia oncótica por exemplo, que é uma exigência do sistema nacional, diferentemente do pré-natal, portanto, sendo possível repensar essa exigência.

[...] a documentação (CPF) é necessária para prevenção e mamografia, porque a gente tem um sistema que se chama SISCAM, que todo prestador que faz os exames, coloca os resultados dentro desse sistema, ele é atrelado ao cartão SUS, por isso que precisa de CPF. Além de se fazer busca ativa no sistema dos exames alterados (G4), não é o caso da gestante (G4).

Após muitas discussões, foi retomado a discussão do documento, onde foi referido que se não cobrasse no momento do agendamento, por ocasião da consulta, a gestante não levaria. Diferentes posicionamentos contrários surgiram, entretanto, percebeu-se o quanto o modelo de atenção está representado pela fala da gestão, pois tende a inviabilizar várias coisas, vários processos na produção da vida.

[...] Incrível que, quando a gente liga, às vezes, o funcionário diz “mas, tem isso, tem isso”, parece que procura um item que não tenha, para não marcar (G11).

[...] Vale dizer que eles (trabalhadores do NAC) bloqueiam essa marcação até para a gente aqui no hospital enquanto profissional (T21).

[...]. Outra questão...muitas gestantes ao irem para a consulta na AB não levam toda a documentação exigida para agendamento no hospital, isso é muita burocracia...vai deixar de marcar por causa disso? (T24, T 27).

Dessa maneira, percebe-se que a barreira de acesso existente ao serviço de saúde, reproduz o modelo neoliberal a partir do momento que o Estado se desresponsabiliza com o usuário/cidadão e relega ao mercado e às empresas privadas parte dos seus encargos.

Conquanto, Deleuze e Guattari (1996, p. 90) vão dizer que, “tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”. Sendo assim, ocorre uma inseparabilidade entre o molar e o molecular, ou seja, a macro e a micropolítica, e existe um entrelaçamento entre ambas dimensões e que a análise da macropolítica não deve substituir a da micropolítica.

Sendo assim, esse problema necessita ser melhor discutido entre as duas Redes de Atenção, principalmente pela gestão, pois se é uma unidade municipal acredita-se que é possível pensar em estratégias e possibilidades para amenizar essas dificuldades levantadas pelos trabalhadores e gestores de saúde da AB, reduzindo inclusive a violência institucional, no que se refere a algumas deficiências de acesso apresentada, tanto em relação à macro, como à micropolítica.

Entretanto, é preciso ser pensado em um movimento permanente de desterritorialização, no qual os sujeitos, em sua multiplicidade, caminhem na direção da cogestão, assim, abrindo novas possibilidades para novas práticas de cuidado. Percebe-se que esse problema mais uma vez é uma questão de decisão de gestão. Por que dificultar o acesso aos serviços de saúde, além do que já enfrentam com a oferta insuficiente? Por que não é realizado o mesmo procedimento em relação ao pré-natal de risco na atenção terciária?

Pelas entrevistas e por ocasião dos grupos, esse momento de encaminhamento para o Hospital A consiste em um dificultador até conseguir a vaga, pois como se sabe, são inúmeros os problemas existentes nas unidades de saúde, entre eles deficiência de recursos humanos, portanto, o tempo dispensado a essa atividade poderia ser utilizado para diferentes atividades, entre elas, o monitoramento e acompanhamento das gestantes que foram encaminhadas, que na maioria dos casos as equipes e a gestão não tem conhecimento após serem referenciadas, salvo em alguns casos de área coberta pelo Agente Comunitário de Saúde.

[...] Era isso que eu ia dizer, porque, assim... quando o gestor liga para marcar, se perde no mínimo trinta minutos, porque primeiro, muita dificuldade para conseguir, sempre ocupado, nunca atende. Segundo, quando atende pedem do CPF ao CEP...

muitos dados que, caso não se tenha na hora, não se consegue marcar (G11, G 19, G 20, T 23, T 24).

Percebe-se a presença de poder na instituição, onde muitas vezes são implantadas normas sem preocupar-se com o paciente, ou tentar encontrar uma solução para o seu enfrentamento, pois muito do que é implantado como normas, regras se reproduz de forma estática, como uma produção morta, sem possibilidade de mudança.

Entretanto, essas “normas” são instituídas e quase sempre não são avaliadas, monitoradas, seguem independente do que de fato acontece, se contribui realmente no acolhimento da gestante, na garantia do seu direito à saúde. Muitas vezes, são implantadas pela gestão, seja local, regional ou central, determinadas regras independentes do que pode melhorar ou não esse acesso. Por isso, esse poder age sobre a vida do outro e em nenhum momento é questionado, principalmente pela população.

Assim, o poder incita, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre as ações (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Portanto, Foucault (2013) refere que as instituições do Estado que funcionavam como instâncias de regulação, arbitragem e delimitação, onde o poder se formulava na legislação personificada no Estado e, por isso, o direito se constituiu o modo de manifestação e a forma de aceitabilidade desse poder.

Logo, esse poder seria designado pelo contrato social entre os homens e os seus soberanos e, por meio do contrato, os primeiros passariam o poder para os segundos em troca de segurança e justiça.

Nesse sentido, percebemos a existência de relações de poder nas instituições desta pesquisa, a qual está presente nas pessoas, não necessariamente tem que estar na gestão ou só na gestão, está presente nas diferentes relações de forças.

Assim, as instituições, ou pessoas individualmente ditam normas, apresentam barreiras visíveis que dificultam o acesso, contribuem para existência de violência institucional das mais diferentes formas, e na maioria das vezes não são questionadas e mesmo sem precisar dizer claramente “cumpra-se” são cumpridas, sem quase nenhum enfrentamento por parte dos sujeitos, seja gestor, trabalhador e/ou usuário.

O analisador violência institucional, por ocasião do pré-natal, é raramente discutido, muita coisa não é revelada, quase sempre não são questionados nem pelo trabalhador e nem pela população, e quando ocorre esse processo de questionamento,

discordância, desestabiliza algumas normas, regras instuídas e muitos outros analisadores surgem.

Sendo assim, a presença dessa relação de poder traz a necessidade de resistência, portanto, resistir é preciso, e quanto mais o sujeito estiver empoderado dos processos maior resistência e, assim, menos sujeitado será. Entretanto, para Foucault (2006b), mesmo sendo sujeitados os indivíduos possuem um campo de possibilidade para várias condutas e diferentes comportamentos. Contudo, foucaultianamente falando, ninguém é e nem nasce sujeito, seja sob a forma mais libertária, ou da forma mais submetido.

Desse modo, o sujeito se constitui pelos “jogos de verdade” aos quais se encontra assujeitado e também, ao mesmo tempo, com certa margem de liberdade, podendo romper com tal assujeitamento (FOUCAULT, 2006b).

Percebemos, em relação ao NAC, o quanto esse setor na unidade de saúde tem se institucionalizado com essa relação de poder, pois no caso ocorrido por ocasião das discussões, apesar da discordância dos demais trabalhadores e gestores, o que se percebeu foi exatamente o que vem sendo discutido ao longo desta pesquisa, a “desresponsabilização” do Estado com a gestante de risco, configurando mais “uma” na fila de espera, assim como a presença de processos “engessados” nas instituições que dificultam resolutividade no cuidado da gestante, sendo a presença permanente de movimentos instituintes que provoquem as instituições para mudanças.

Dessa forma, com a lógica do capital existe um (pre) domínio de interesses do lucro e da produção, desenvolvimento a qualquer custo, assim uma desresponsabilização do Estado, com relação de serviços e bens referentes aos direitos sociais básicos (PINHEIRO, 2013).

Ressalta-se que, muitas vezes, esse processo se dá devido ao conformismo por parte, principalmente, dos trabalhadores de saúde e da população, pois diante de determinadas condições de atenção ofertada ou não para a população, em especial à gestante, nada é feito, apenas silenciado, onde muitas vezes todos estão expostos, o trabalhador de saúde no momento que está responsável pela atenção ao pré-natal e se depara com diferentes deficiências, até mesmo do que é básico por ocasião da atenção ao pré-natal.

Sendo assim, a situação vai se consolidando e o instituído vai se institucionalizando como uma verdade inquestionável, muitas vezes sem ações ou outras formas instituintes para engendrar modos de ser e estar, que escapam do instituído.

Esses movimentos em nível de trabalhador da saúde, ainda é “tímido”, seja por acomodação, desconhecimento das legislações, precarização do trabalho e/ou naturalização

diante das dificuldades presentes nas diferentes Redes de Atenção, e no que se refere à população se dá, principalmente pelo seu desconhecimento em relação aos direitos, onde os que mais recorrem a diferentes instâncias para garantir esse direito, inclusive a judicialização são os que possuem maior acesso à informação.

Na *Microfísica do Poder*, Foucault refere que “a verdade não existe fora do poder ou sem poder” (FOUCAULT, 2017, p. 51). Por verdade Foucault entende “um conjunto de procedimentos regulados para a produção “[...] que está, circularmente, ligado a sistemas de poder” (p. 54).

Para o autor (2017), cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instancias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (p. 52).

A existência da cobrança de um documento, que muitas vezes o usuário nem tem, reforça a questão da disciplina, da norma, de forma que seja cumprido o que está posto pela instituição. O processo de organização é importante, necessário, entretanto, será que não poderia ser pensado em outra forma instituinte para não prejudicar a gestante? Por que organizar prejudicando o paciente? Por que não se avalia e discute os processos no coletivo? Para o momento do agendamento essa norma não poderia se configurar como um dificultador para o acesso? O que poderia ser feito para a resolução desse problema?

Sendo assim, esse analisador é discutido por diferentes momentos, para que efetivamente seja resolvido, o serviço precisa se responsabilizar pela gestante, nas suas diferentes necessidades e em todas as Redes de Atenção.

[...] a impressão que se tem é que existe um prazer de não resolver, existe mesmo é uma grande deficiência em relação à responsabilização com o outro, em especial aos que encontram-se em situação de risco (T 30).

Percebe-se, portanto, o poder disciplinar existente no setor do NAC, onde ao discutir esse dispositivo disciplinar, Foucault (2014a, p. 163) refere:

[...] espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos são controlados, onde os menores acontecimentos são registrados, onde um trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura

hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos.

Desse modo, o poder disciplinar, incluía as individualidades, no interior de um espaço atravessado por procedimentos de controle, o que permite uma forma de normatização e diferentes lutas são destacadas, entre elas contra a dominação.

Para Foucault (1995) pode-se encontrar três tipos de lutas sociais misturadas entre si em qualquer período histórico. Destaca as seguintes lutas contra as formas de dominação: étnica, social e religiosa; contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão). O autor (1995) destaca que, ocorre prevalência de uma delas, em determinados momentos históricos.

Essas lutas não bastam afirmar que são antiautoritárias. Essas lutas são originais e específicas, uma vez que questionam o estatuto do indivíduo. São lutas contra o governo da individualização. Ademais, esse tipo de luta é oposição aos efeitos de poder relacionado ao saber e à qualificação. São, de fato, lutas contra o privilégio do saber. O que o autor questiona é a maneira pela qual o saber circula e funciona, isto é, como são as relações do saber com o poder (FOUCAULT, 1995).

A questão do poder/saber e a relação entre o poder e a verdade relacionam-se com o poder disciplinar e o poder da biopolítica, portanto, o poder somente se exerce a partir da relação com a produção do saber e com a produção da verdade. Assim, torna-se necessário resistir à presença desse poder que está no cotidiano dos serviços de saúde, onde se impõe uma verdade absoluta, muitas vezes com processos engessados, dificultadores para o usuário do SUS, independente do que isso poderá implicar na saúde e na vida do outro.

Ao ser conduzido o caso por meio do teatro fórum, foi apresentado na intervenção que a retirada do CPF é simples, pode ser realizada na Internet, e que alguns trabalhadores de saúde já vivenciaram a situação de providência até mesmo na unidade. Diferentes conduções foram apresentadas, inclusive articulação com outros órgãos públicos para essa oferta na comunidade. Assim sendo, por que não dá um prazo até a data da consulta para providências? Não é dever do Estado garantir esse acesso? Essas questões foram discutidas e avaliadas em algum momento com as instituições?

O Estado não é indiferente à reprodução econômica desse sistema capitalista, ele é motor essencial para essa reprodução, onde nessa presente crise do capitalismo, ocorre uma adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive

da política de saúde, no mundo e no Brasil. Além disso, verifica-se ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital (MENDES, 2015).

Nesse sentido, com incentivo do Estado a iniciação privada, exclui ainda mais a população ao que está na Constituição Federal, que é o acesso universal e sua responsabilização com a saúde da população. Podemos trazer o discurso diferente de um dos gestores participantes da pesquisa, pois não reproduz o discurso neoliberal, excludente.

[...] é só dizer não, não, que se organiza o sistema? ...fechar as portas é muito simples, quer organizar, qualquer coisa, é só “não”, “não”, “não”, aí você organiza bem bonitinho, é isso? E o que fazer com a paciente na sua porta?eu acho que isso fica muito discutido no nível periférico da questão, sem muita autonomia, fica sempre nesse nível de discussão e não se toma uma medida. Eu já disse, o sistema tem o interesse de tirar fora muita gente, isso é capitalismo. Essas exigências de documento é pura exigência do capital, para diminuir o número da fila do sistema como um todo. Em outros sistemas de saúde, a população não tem direito a saúde, não tem direito a nada, uma parcela da população vai ficar, assim, sem direito a nada (G21).

A impressão que se teve no momento dessa discussão foi que os demais gestores do hospital desconheciam essa situação, porém também não apresentaram nenhuma possibilidade de avaliação em relação à inviabilização apresentada do não agendamento em virtude da ausência de um documento, salvo por um dos gestores que não atua nesse serviço hospitalar, onde fez algumas considerações quanto a essa exigência, necessitando de maior discussão. Entretanto, por ocasião desse encontro não foi definido a resolução do problema, ainda muito presente resistência a processos instituintes por um dos gestores participante do estudo como convidado.

Dessa forma, foi sugerido uma discussão posteriormente entre os gestores e o setor para melhor direcionamento. Assim, foi acordado no momento do encontro, aguardar resposta em relação a essa discussão com a instituição por meio dos seus gestores para divulgação posteriormente junto às unidades de saúde da Atenção Básica, pois conforme um dos discursos a seguir, percebe-se que a questão é estrutural e não de bloqueio do sistema por ocasião do agendamento.

[...] É uma questão fácil de resolver. É possível colocar no sistema, quando sair a marcação, a documentação que o paciente tem que trazer, para quando ela chegar no dia da consulta aqui (hospital) a gestante traga a documentação para fazer a abertura do prontuário. Eu acho que isso iria melhorar noventa por cento com relação ao acesso às unidades de saúde (G4).

[...] Mas aí deixa eu te dizer...quando você está cuidando do seu problema, tem o problema dos outros, porque não é só pré-natal, é mastologia, pediatria, então tudo vai se concentrar na porta de entrada do SAME/NAC. Entendeu? Você quer resolver o seu problema, mas tem vários problemas na frente (G 23).

Essas discussões trouxeram muitas reflexões quanto à necessidade de maior desenvolvimento de ações e articulação intersetorial pelas equipes de saúde, no sentido de encaminhamentos, articulações com outros órgãos para ofertar ao cidadão a documentação, não somente devido à questão do pré-natal, mas em relação ao direito à sua cidadania, uma vez que existem casos em que a gestante ou outro usuário não tem nenhum documento. Assim, o desenvolvimento de ações interssetoriais são fundamentais nas atividades desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e demais serviços.

Infelizmente, com a deficiência no número de equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) no município, e a forma de funcionamento dos serviços de saúde, tem trazido dificuldade e distanciamento dos trabalhadores de saúde em relação à oferta de atenção integral e ao desenvolvimento de ações interssetorial, dificultando essa articulação com outros setores, principalmente quando a necessidade da usuária extrapola o setor saúde.

[...] eu acho assim, a outra coisa que é importante ser trabalhada é ter o NASF presente, pensando mais no trabalho multidisciplinar, né? ...Então, essa equipe multidisciplinar ajudaria a resolver várias situações vivenciadas pelas gestantes, inclusive de saúde mental (T16).

[...] Quando aqui tinha equipe do NASF muitas ações de educação em saúde era ofertado, inclusive para a gestante, agora não tem mais, quem vai fazer? Os profissionais ficam mais tempo na triagem (T6).

A partir do ano de 2013, ocorreram mudanças em relação ao número de equipes do NASF, atualmente conforme o CNES de janeiro de 2018, Fortaleza encontra-se com 30 equipes credenciadas, oito (8) cadastradas e seis(6) implantadas. No final deste estudo foram convocados por meio de seleção pública 136 trabalhadores de saúde, de diferentes categorias profissionais, formando 25 equipes de NASF (BRASIL, 2018). Nesse sentido, esses profissionais integrados às equipes da ESF poderão contribuir nas diferentes ações, em especial as interssetoriais.

O propósito do NASF é oferecer ações de promoção e atenção à saúde tecnicamente orientadas para contribuir com as ações da ESF (BRASIL, 2008b). Cada NASF tem sob sua responsabilidade o atendimento a usuários de um determinado número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF atuam nas suas especialidades para complementar a ação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculadas.

Em nenhuma equipe do NASF no município existiu ou existe a inclusão do gineco-obstetra, entretanto, em muitas unidades básicas de saúde, antes da implantação da ESF no município, existia esse especialista, assim, continuaram na AB, porém com

atribuições diferentes, ou seja, de acordo com a gestão local e pactuação com o profissional, alguns deles atuam como referência para as equipes da ESF daquela unidade, conforme já referido anteriormente.

Nesse sentido, a partir da realidade local, regional, seria possível reorganizar essa atenção por meio da integração do gineco-obstetra às equipes da saúde da família, com os especialistas da atenção secundária, promovendo matriciamento e apoio das equipes.

[...] eu acho que o próprio matriciamento seria um momento de educação permanente, porque vão estar estudando aquele caso junto com o especialista, aquele grupo de médicos daquela unidade de saúde, né? médicos e enfermeiros, infelizmente não existe (G12).

Outra questão relatada por ocasião das duas etapas da pesquisa é a não integração dos prontuários eletrônicos, pois apesar dos avanços com sua implantação/implementação, não existe integração com as demais redes de atenção, assim como não dialoga com o sistema de marcação de consultas.

Os trabalhadores de saúde raramente possuem acesso aos dados referentes aos seus atendimentos, salvo se solicitado à coordenação local, pois somente a gestora tem acesso ao relatório geral, ocasionando o não conhecimento e insatisfação dos trabalhadores, conforme discurso a seguir.

[...] E ainda existe um outro fator que também é dentro da mesma situação, o prontuário eletrônico é um e na marcação lá do NAC é outra coisa. Não são vinculados os dois sistemas. O sistema de marcação da atenção especializada e dos exames é outra coisa para o NAC e para a gente é outro sistema (T10).

[...] foi uma das questões que eu, como gestora, me senti mais incomodada, principalmente, pela questão do tempo do gestor, entendeu? Se debruçar nessa discussão da produtividade, da estratificação, eu, não consegui fazer isso em dois anos....me sinto como uma apagadora de incêndio, tudo é responsabilidade do coordenador... tenho muitos problemas, falta médico, remédio, problema do paciente com o médico, muitos conflitos... (G12).

Os dados para serem trabalhados e transformados em informações em saúde são importantes instrumentos e indispensáveis para as equipes conhecerem e organizarem seu processo de trabalho e contribuir de forma significativa após sua interpretação na tomada de decisão. Nesse sentido, é fundamental que as equipes tenham acesso sempre que necessário, e/ou pelo menos mensalmente para que possa avaliar e planejar suas ações a partir das necessidades da população.

São diferentes situações vivenciadas pelas gestantes de risco nas redes de atenção básica e especializada, que ao discutir o seu percurso, ficou claro da dificuldade quanto a não garantia do retorno da gestante à sua consulta mensal quando não está agendado, pois em algumas unidades ela necessita retornar várias vezes em diferentes momentos em busca desse agendamento, situação que configurou como um dificultador para o acompanhamento e o retorno da gestante.

Desse modo, ao referenciar uma gestante para o pré-natal de risco ao serviço especializado, a equipe da ESF continua com responsabilização no acompanhamento multidisciplinar, principalmente pelo médico e enfermeiro responsáveis por sua família, seja por meio de consultas, ações de educação em saúde, visitas domiciliares e outros, com garantia dessa atenção também na unidade de referência de forma institucionalizada e responsável. Nessa direção, diferentes desenhos organizativos de atenção à gestante vão se formando, dando um significado de “rede”, de “cuidados à saúde” e de “sistema de referência e contrarreferência”, o que regionaliza e hierarquiza os serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, esse problema pode configurar como uma das causas do seu não retorno à AB após o encaminhamento à AE, conforme resultado apresentado anteriormente, por ocasião da pesquisa realizada em Fortaleza no ano de 2016.

Essa situação foi encontrada em diferentes unidades básicas de saúde e que revelaram muitas reclamações por parte das gestantes e trabalhadores, entretanto sem resolução até a finalização por ocasião da 3ª etapa.

[...] a gente faz uma consulta, mas para agendar retorno, passa quase dois meses para voltar ao doutor, nunca tem vaga...dá muita revolta, mas, ao mesmo tempo, eu entendo, é muita gente para atender (U5)”.

[...] com a priorização dos eventos agudos, não consigo agendar consulta de pré-natal, semanalmente. Muitas vezes esse seu retorno vai depender do enfermeiro e ou do médico, pois temos que encaixar, nunca tem vaga (T24).

No Estado do Ceará encontra-se em tramitação o Projeto de Lei, denominado “Lei da Receita Médica”, que trata da violação do direito à saúde em virtude do impedimento de acesso à assistência farmacêutica em se tratando de receituário de outra instituição de saúde que não seja do SUS, pois vitimiza o paciente, uma vez que, além de ficar sem o tratamento, tem que submeter a uma nova consulta, mesmo com todas as dificuldades em relação ao agendamento.

Atualmente, no município de Fortaleza, somente é dispensada medicação de unidade do município, portanto, das Redes Federal e Estadual o acesso direto é inviabilizado.

A aprovação dessa Lei vai se configurar um grande ganho para a população, pois apesar de estar garantido na Lei 8080/90 existe interpretação diferente e, assim, o Estado se respalda na não disponibilização.

Essa situação foi encontrada nas duas últimas fases da pesquisa em todas as regionais de saúde e tem se configurado como uma violação do direito do usuário, uma vez que se o SUS é universal, todos podem acessar seus serviços. Por ocasião das discussões, diferentes situações foram reveladas pelo coletivo, onde referiram esse problema não somente em relação a gestantes. Essa situação é encontrada, também em relação ao acesso a exames laboratoriais.

[...] Às vezes a gente tem um questionamento quanto o fator de querer dificultar o acesso, pois o paciente que chega na unidade de saúde com a receita de um outro serviço, ele não tem direito a receber a medicação? Exemplo: ele vem de um hospital terciário estadual com uma receita prescrita pelo especialista, a paciente tem que agendar uma consulta com o médico da área, para que seja feita a receita pelo médico do município, ocupando uma vaga sem necessidade. Isso é um absurdo! Por acaso eu vou alterar aquela receita? Já é questionável quando é do serviço particular, porque o SUS ele não é universal? (T29).

Nesse sentido, pode-se perceber que essa norma além de violar o direito do usuário, incentiva a violência institucional ao usuário e ao trabalhador, pois ao procurar o acolhimento, para esse procedimento, é encaminhado para o agendamento, em não se conformar com a situação, muitas vezes tem levado a diferentes tipos de violência, em especial a verbal.

[...] o pior que essa norma de não entregar o medicamento de outro serviço de saúde, muitas vezes sobra para quem está no DESP/acolhimento, pois temos que dizer não, pois não trata de um evento agudo e aí escutamos muitas ofensas, ameaças, muita humilhação (T11).

Portanto, os que ditam as regras, as normas não conhecem de fato a realidade da população ou simplesmente não se preocupam com o outro. Na atual sociedade, a maneira como ela está construída é necessário fazer uma análise para que ocorra mudanças. As pessoas, o governo precisa ter um outro olhar para o mundo, é necessário colocar-se no lugar do outro, implementar a política de acordo com a realidade do País e as necessidades da população. Foucault referia a necessidade de se olhar para as marginalidades, para as minorias, para os que estão fora da esfera do poder, para aqueles que não têm voz.

A conquista da saúde como direito, conforme a Constituição Federal do País no ano de 1988, tem como um dos seus princípios a universalidade do acesso, entretanto, na

realidade existe uma contradição quanto à efetivação dessa garantia, pois quem deveria garantir o acesso a bens e serviços sem impedimentos e sem restrições que o Estado nem sempre garante. Entre os dilemas enfrentados pelo SUS se encontra a contradição de: “instituir-se como um sistema público de saúde para todos” ou ser caracterizado como um sistema destinado apenas à população mais pobre (MENDES, 2005, p. 35).

Nesse sentido, a análise das contradições vivenciadas nos serviços e a possibilidade da desconstrução-reconstrução institucional favorecem o surgimento de caminhos alternativos para as novas práticas de atendimento, com possibilidade de criação e invenção institucional (VIEIRA FILHO & NÓBREGA, 2004).

A fragilização do princípio da universalidade, interfere na efetivação dos outros princípios fundamentais do SUS, como a equidade, em que as necessidades dos sujeitos e suas capacidades devem ser consideradas. Ao acessar o SUS com uma receita de um sistema privado, não necessariamente quer dizer que o usuário não necessita do Estado, pois percebe-se que muitos casos se tratam de acesso ao serviço de plano de saúde pelo trabalho ou até mesmo como dependente de um filho. Independente do que seja, pela legislação brasileira esse acesso é para todos.

Todavia, a situação é mais complicada quando a receita é de um serviço público, por exemplo, serviço especializado da Rede Estadual, e não é dispensado, sendo necessário uma nova consulta. Percebe-se que a cada dia essas situações têm se agravado, fruto da exploração do capital, onde a saúde é tida como mercadoria, e o sistema público tem fortalecido cada vez mais o sistema privado, quando incentiva planos populares, privatizações, precariza o trabalho, nega e impossibilita a concretização da universalidade.

Observa-se, portanto, as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada – e o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no Imposto de Renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2015).

Desse modo, essas “normas” impostas pelas instituições necessitam ser discutidas com a população, com o controle social, principalmente as que podem ocasionar violência institucional. A população muitas vezes não conhece seus direitos, e se expõe a diferentes situações, pois não reivindica, não procura conhecer a real causa que leva à tomada de decisão da gestão na inviabilização de acessos. Entretanto, os que se acham vitimizados, e não

concordam, cobram por meio de violência, principalmente verbal, aos trabalhadores do NAC, da farmácia ou do acolhimento.

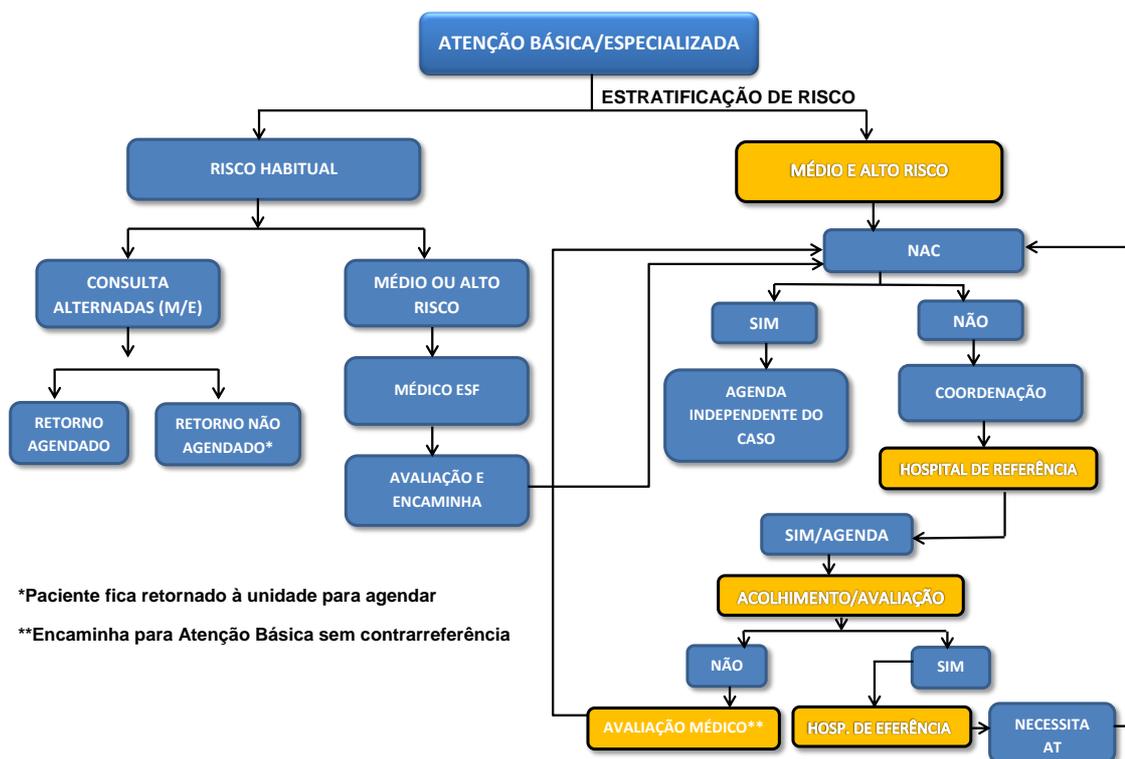
Assim, esse momento foi construído com questionamentos e propostas de soluções pelos sujeitos participantes. Finalizamos com uma reflexão: o não atendimento, acesso dessa gestante também não seria responsabilidade do Estado, da instituição, do trabalhador?

Para as Unidades de Saúde não estava claro o que encaminhar para o Hospital A, assim ao encaminharem uma gestante para pré-natal de risco, seguem fluxogramas diversos. Ao ser estratificada como de risco, a gestante procura o NAC e na inexistência da vaga na central de regulação de consultas, agendavam para o hospital secundário, independente do caso, dificultando esse caminhar, conforme abaixo:

[...] E, aí, assim... a gente tinha essa ficha do hospital de referência.... Essa ficha é antiga, vamos atualizar, pois antes o hospital atendia essas patologias, todas essas referências. Agora, a gente não tem mais suporte...assim a gente já evita de encaminhar para cá e sim direto para atenção terciária. (G11).

Após grandes discussões, discordâncias, concordâncias, momentos de revelações das situações enfrentadas no cotidiano dos serviços, ocasião que discutimos inicialmente em dois encontros com objetivo de apresentarem por meio do fluxograma como tem ocorrido até o momento, e outro grupo na elaboração de uma proposta a ser validada para sua utilização até o momento que a gestão municipal conclua a questão da regionalização das consultas, assim como encaminhamentos realizados da atenção secundária para atenção terciária e outros, conforme fluxograma 3 a seguir.

Fluxograma 3 - Percurso da Gestante de Risco da Atenção Básica à Atenção Especializada na SR VI



Fonte: elaborado pela autora

Após apresentação e discussão da proposta a ser implantada na Regional VI envolvendo as duas Redes de Atenção, foi revisitado pelos sujeitos do estudo, com contribuições principalmente dos médicos do hospital, participantes do estudo, os casos que seriam do perfil do Hospital de referência secundária (Anexo D), com objetivo de encaminhamento para atenção secundária somente o que seria desse nível de atenção, portanto, as gestantes que, inicialmente, já fossem da atenção terciária, não deverão ser encaminhadas para o hospital de referência secundária, evitando sua peregrinação, assim como otimização das vagas ofertadas pela central de marcação de consultas para atenção terciária.

Muitas discussões ocorreram no momento da avaliação das situações a serem encaminhadas até chegar no que se refere à sífilis, pois apesar de ser colocado como um caso a ser encaminhado para o hospital, ocorreram algumas discordâncias, uma vez que ainda se configura um problema de atendimento na atenção básica, mesmo com a existência de Portaria do Conselho Regional de Enfermagem, da Secretaria Municipal de Saúde, nem todos os serviços atendem.

[...] a sífilis tem aquela problemática do posto de saúde não querer tratar, então a paciente não está conseguindo ser tratada na unidade, tá? Tem toda essa problemática da gente atender e termina que a paciente vem fazer aqui e acaba ficando fazendo seu pré-natal aqui. Mas, na realidade, não deveria (G21).

Nesse sentido, a problemática da sífilis na gestação se configura um grande desafio para o município de Fortaleza, um deles é garantir efetivamente o acesso ao exame e o tratamento para a gestante e o parceiro em tempo oportuno nas unidades básicas de saúde, com monitoramento efetivo dos casos, pois com o não tratamento em todas as unidades básicas de saúde, tem se configurado dificuldade no acompanhamento e garantia do tratamento.

Por ocasião das entrevistas realizadas com médicos, enfermeiros e agentes de saúde em todas as regionais de saúde foi relatado a necessidade de educação permanente, pois nos últimos cinco anos não ocorreu nenhuma oferta pelo município, onde alguns referiram acesso por meio de Ensino à Distância pelo UNASUS, entretanto, referem à importância de momento presencial para discussão de casos etc., principalmente trazendo para a realidade local. Outra questão referida foi quanto ao retorno do curso técnico dos ACS, que realizaram apenas a primeira etapa.

[...] eu entendo educação permanente de fundamental importância para melhoria da atenção, porém não é aquele curso que chamam a gente pra estar quatro horas, não aprende nada. É diferente de um curso de dois dias, um curso de quarenta horas, não só pelo certificado, mas pelo que se discute, vivenciar estudo de caso, protocolos, né? Discutimos nossa realidade (T11).

[...] especificamente em relação à saúde da mulher não existe ou pelo menos nunca me ofertaram nenhum curso depois que estou no município. A gente tem participado muito em relação às endemias, isso aí a prefeitura, foca bastante, o governo em geral. Acho que também é pela repercussão, pelo impacto maior social... Então, assim, seria interessante que tivesse, atualização todo ano, de fluxo, de conduta, ajudaria bastante (T8).

[...] Há muito tempo que a gente não tem curso, um dos exemplos que eu creio que a senhora já deve ter ouvido em várias regionais por aí, é a respeito do nosso curso técnico de saúde. Paramos, estacionamos, ninguém saiu mais do canto. E a prefeitura não está fazendo isso. Eu não sei o porquê. Não sei quem são responsáveis. No momento, estamos estacionados (T41).

Assim, ainda nesse encontro, foi realizado a revisitação do instrumento de referência e contrarreferência proposto anteriormente pela gestão e que não estava sendo utilizado, encontrava-se desatualizado e era desconhecido por quase todos os participantes, seja trabalhador e/ou gestor. Nesse sentido, a partir das inquietações, necessidades surgidas, acrescentou-se novas informações para integrar à atenção primária e à secundária.

Ressalta-se que os sujeitos participantes revelaram que foi a primeira vez que trabalhadores e gestores das duas Redes de Atenção, da Regional de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde com participação ainda da regulação regional e central se encontravam para discussão desse problema e que assim apontava possibilidade de efetivação de muitos processos complexos vivenciados pela gestante de risco.

Dessa maneira, foram acordadas algumas questões para o próximo encontro com prazo de 30 dias, após pactuação, ocasião em que poderia ser realizada algumas mudanças, ou fortalecidas as discussões nas duas redes de atenção, conforme Quadro 7 abaixo:

Quadro 7 - Pactuações para acompanhamento do processo de implementação das ações para institucionalização do fluxo a ser percorrido da Gestante de Risco da AB à AE

PACTUAÇÕES
Discussão em relação ao agendamento/ NAC do hospital
Definição do Perfil do Hospital de referência secundária e Socialização junto a AB
Implantação do fluxograma elaborado por ocasião das duas etapas da pesquisa com participação de gestores e trabalhadores da AB e AE
Socialização do processo junto as coordenações das demais unidades de saúde
Acompanhamento dos trabalhadores/ gestores das unidades participantes da pesquisa em relação a efetivação da referência e contrarreferência até o 4º encontro.
Permanência desses encontros, com objetivo de fortalecer a integração entre as redes de atenção
Monitoramento e avaliação

Fonte: elaborado pela autora

O encontro foi finalizado com a dinâmica do balão, de forma proposital da cor verde, representando a esperança do verbo esperar, conjugado por Paulo Freire, diante de tantas complexidades vivenciadas não somente pelas gestantes, mas pelo próprio SUS, no momento que se enfrenta um desejo do governo federal, mídia em torná-lo desacreditado e fragilizado.

Assim, é necessário lutar a cada dia por seu fortalecimento e torná-lo vivo como um sistema universal e um dos melhores do mundo. Finalizamos, então, com versos de Eduardo Galeano que nos mostra a importância da utopia para a caminhada.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

5.2.3 Trilhando caminhos para melhoria do acesso das mulheres com gestação de risco nas redes de atenção à saúde: revisitação da proposta do fluxograma final, validação e pactuações.

“De tanto ver, a gente banaliza o olhar...
 Vê não vendo...
 Experimente ver pela primeira vez o que você
 vê todo dia, sem ver...
 Parece fácil, mas não é.
 De tanto ver, você não vê...
 O hábito suja os olhos e lhes baixa a voltagem...
 Mas há sempre o que ver...
 Gente, coisas, bichos...
 E vemos?”

(Otto Lara Rezende)

O primeiro momento do quarto encontro foi conduzido por um dos participantes do grupo, com utilização de uma dinâmica onde distribuiu frases curtas sobre ditados populares. Assim, cada integrante do grupo recebeu uma parte da frase e formou uma dupla, foi lida a frase e associada à temática, exemplos: “A união faz a força” e “pequenos riachos formam grandes rios”.

[...] isso é importante no nosso cotidiano, na nossa atividade profissional, pois as coisas só acontecerão se gente se unir, trabalhar em equipe, nós temos que ajudar aquela mulher, aquela criança, aquele usuário. Então, assim, eu acho que a gente tem que trabalhar junto, caminhando como equipe, é... sempre implicados em todos os aspectos, inclusive compartilhando os saberes para tentar fazer o melhor, isso faz a diferença (T24)

[...] É exatamente o que a gente está fazendo aqui, um pequeno passo, dentre outros passos que a gente dará. E acredito que terá um grande progresso e formar grandes rios, grandes mudanças (G18).

A dinâmica teve como objetivo fazer a integração e reflexão do grupo. Três dos trabalhadores que estavam desde o primeiro encontro não compareceram em virtude de estarem fora da cidade por motivo de férias (dois médicos e uma enfermeira), entretanto, dois outros participantes (um médico e uma enfermeira) mesmo estando de férias participaram e permaneceram por todo o período.

Um dos gestores fez a comunicação anterior da não possibilidade da participação desse encontro em virtude de uma outra agenda na secretaria de saúde, entretanto, participou dos demais momentos e contribuiu na elaboração do fluxograma que seria revisitado por ocasião desse encontro, analisador presente em todos os encontros e nas entrevistas, assim

como contribuiu com a validação após o encontro. Os gestores em nível regional participaram de todos os momentos, com contribuições importantes, inclusive para mudanças no cenário discutido.

Por ocasião desse encontro, novos participantes foram incluídos no grupo, três gestores e dois trabalhadores de saúde da AB, foram convidados pela gestora da regional, pois inicialmente a proposta seria envolver todas as unidades de saúde, entretanto, após avaliação decidimos esse momento para outra ocasião, ou seja, após esse último encontro.

No intuito de dispararmos o processo, iniciou-se os trabalhos com distribuição de tarjetas com cores diferentes ao grupo de gestores e de trabalhadores, e solicitado que colocassem em uma palavra o que vivenciaram nos encontros anteriores, onde ao relatarem, colocavam na mandala exposta no centro do círculo, conforme organização da sala (Apêndice G).

Em seguida, foi convidado um voluntário para a leitura das tarjetas, e que verificasse se tinha algo mais a acrescentar. Uma gestora de uma unidade de saúde realizou a leitura, referiu outras questões trabalhadas não lembradas no momento pelo grupo, complementada também por outros participantes.

O objetivo foi fazer reflexões da importância do trabalho coletivo, pois ao se fazer as coisas de forma compartilhada, sempre será bem melhor do que quando é realizado de forma individual.

[...] eu lembro de uma coisa que a gente falou no primeiro encontro, que seria, tipo assim, regulamentar o papel do ACS nesse fluxo, nessa continuidade da assistência, principalmente pelo quantitativo que está cada vez mais reduzido, pois às vezes, o paciente se perde.....pois fazer uma busca ativa sem o ACS fica complicado (T24).

Assim, seguimos o trabalho com o grupo dividido de forma aleatória, entretanto, foi solicitado que fosse contemplado com gestor de unidade de saúde, regional, atenção especializada, trabalhador da AB e AE e a inclusão de um novo integrante, pois a proposta seria revisar o fluxograma finalizado parcialmente por ocasião do terceiro encontro.

Embora tenha ocorrido sua elaboração por ocasião do terceiro encontro, a proposta inicial foi desde as primeiras discussões com o grupo, assim como por ocasião das entrevistas (2ª etapa do estudo). A proposta foi a revisão do fluxograma elaborado, para análise e sugestões para sua finalização e validação.

A inexistência de um fluxograma como analisador foi transversalizando os demais analisadores do caminho da gestante da Atenção básica à Atenção especializada, onde se

percebeu a partir desse caminhar a implicação dos sujeitos, sejam gestores e/ou trabalhadores de saúde.

Nessa ocasião ainda, os subgrupos discutiram os casos referenciados para AE no período que antecedeu o quarto encontro, ou seja, período entre o terceiro e o quarto encontro, onde refletimos a partir do questionamento: O que conseguimos avançar? O que não conseguimos, o que fazer para superar? Propondo que fosse discutido ainda, estratégias de superação.

Antes da apresentação, ocorreu um momento de integração do grupo e no retorno cada subgrupo foi apresentando o que discutiram, alguma com sugestões quanto destaque no fluxograma do papel da AB na atenção à gestante de risco, assim como relataram os casos de gestantes de risco encaminhadas para a AE no período da dispersão. Muitas discussões ocorreram, principalmente em relação às dificuldades da não realização da contrarreferência, ocasião que foram sugerindo algumas estratégias de superação do problema.

Um dos subgrupos que referiu algumas considerações, foi o que estava um dos gestores que não havia participado do encontro anterior, exatamente o encontro que foi realizado o exercício da elaboração da proposta a partir dos discursos das etapas 2 e 3 da pesquisa.

[...] bem, realmente eu não fiz parte da última reunião, não sei se isso já foi discutido. Vendo aqui o fluxograma, eu consegui identificar algumas coisas que é até muito prático, objetivo, mas a prática é completamente diferente. Então, a gente colocou... só poderia ir para a fila de espera o que era da atenção terciária, e iria para a coordenação o que era de atenção secundária (G16).

Outras questões nesse momento foram apresentadas pelo subgrupo trazendo a discussão do problema por ocasião da marcação da consulta, ou seja, o problema da documentação que ainda não estava resolvida pela AE por meio do NAC, conforme discussão no 3º encontro, entretanto, não foi retomado toda a discussão, porém reforçado quanto ao encontro anterior e que estaria contemplado no fluxograma essas alterações após discussão entre os participantes do estudo da AE com os demais do hospital, inclusive com a direção, para sua efetivação, embora já com a inclusão da proposta no fluxograma para avaliação, conforme acordado anteriormente.

Para os trabalhadores e gestores da AB nesse momento, apontaram outra dificuldade, não relatada anteriormente para a marcação da consulta, pois o horário do setor do hospital responsável pelo procedimento, não é o mesmo da AB, e como as unidades de saúde funcionam até às 19 horas, inviabiliza essa marcação no dia.

Percebeu-se novamente as “normas” e regras da instituição sem diálogo com a Rede da Atenção Básica em uma relação mesmo de poder, ditam as normas e devem ser cumpridas. Muitas discussões foram realizadas quanto à deficiência de recursos humanos não somente no hospital, portanto, foi acordado que seria necessário ser pactuado dentro da realidade atual, pois não teríamos governabilidade para discutirmos situações que estariam relacionadas a recursos financeiros, ou seja, contratação de pessoal.

Dessa forma, então, ficou acordado em horários sem o trabalhador, ou seja, horário do almoço e depois das 17 horas o agendamento seria realizado no horário posterior e/ou no dia seguinte, com responsabilização da gestora da unidade básica de saúde de avisar à gestante por meio do ACS ou por telefone.

[...] outro questionamento é o horário do PABX, que funciona só até quatro, por exemplo o SAME...a gente funciona até as 19, aí fica complicado de ter essa lacuna. Pelo menos até as 17 horas, pois muitas vezes, a gente liga 16h30 e não atende mais. Aí nos deparamos com a dificuldade dessa paciente voltar (T24).

Nesse momento, percebeu-se que os gestores e trabalhadores da AE que participaram dos encontros anteriores não fizeram a discussão no hospital no período de dispersão conforme acordado no encontro anterior, pois referiram inviabilização devido férias do gestor do setor.

Assim, acordaram entre eles a discussão após o retorno das férias, portanto, com a não discussão realizada na AE, a dificuldade do agendamento ainda estava presente. Novamente situações diversas foram relatadas em relação à dificuldade desse agendamento, onde foi pactuado a urgência nesse diálogo com o setor, assim como com a direção do hospital.

[...] É... mas é porque isso não foi fechado por nós aqui, regional e hospital. Até porque a pessoa do NAC colocou aquelas questões, quanto à necessidade da documentação. Então, a proposta está aqui no papel... aí, ficou o Hospital de referência de ver o que faria para pedir pelo menos só os dados essenciais pelo telefone e, no dia da consulta da gestante, quando ela vier, aí sim efetiva todos esses documentos que o hospital precisa (T 25).

[...] quanto ao horário, a gente poderia fechar, assim, passou desse horário, realmente vai para o dia seguinte... Aí... alguém tem que ficar responsável de conduzir o caso para agendar no dia seguinte, entrar em contato com a paciente através do agente de saúde ou pelo telefone. A gestante, ainda, deve sair com a consulta da AB agendada independente da referência da atenção secundária ou terciária (G19).

Nesse encontro, também foi retomado a necessidade da reavaliação das unidades que ofertam consultas de pré-natal somente de 15 em 15 dias, pois necessitam reorganizar

suas agendas de acordo com a demanda, e retornar a oferta de pré-natal semanalmente por equipe, seja por meio de horário apenas para o pré-natal ou agenda mista, dependendo da realidade local.

O modelo de atendimento pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), normatiza as medidas a serem adotadas durante o pré-natal e o puerpério, para garantir o acesso e a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal no modelo de atenção integral, assistência ao parto, puerpério e assistência neonatal (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, a qualidade do pré-natal passou a ser avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde (ANVERSA, et al 2012; PEDRAZA, et al 2013). Portanto, essa forma de organizar a atenção ao pré-natal é contraditória a toda e qualquer orientação no que refere à oferta de pré-natal na Atenção Básica.

Em vista disso, essa reavaliação foi discutida como uma necessidade para garantir o acesso da gestante à AB, não somente as de risco habitual, mas as que foram encaminhadas ao pré-natal na AE.

Percebe-se que a oferta ao pré-natal não está organizada de acordo com a necessidade da gestante em muitas unidades de saúde, mais uma vez presente a violação do direito da mulher no período gestacional, pois essa agenda é disponibilizada de acordo com a orientação da gestão, seja local ou regional sem discussão com a equipe a partir da realidade e necessidade da população.

Nesse sentido, os trabalhadores são submetidos a um poder disciplinar, submissos às normas de forma verticalizada, muitas vezes sem nenhum protagonismo dos sujeitos implicados no pré-natal, assim como sem avaliação das normas instituídas. Normas estas totalmente contraditórias ao que é apresentado pelas diretrizes propostas em níveis nacional, estadual e municipal, principalmente no que se refere à redução da mortalidade materna e infantil, conforme já referido anteriormente.

Foucault (2014a, p. 135) refere que a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos dóceis, na qual aumenta as forças do corpo (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma aptidão, a potência que podia resultar disso, e faz dele uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 2014a).

Portanto, a disciplina tem como dicotomia básica o normalizado/ não-normalizado, deixando o trabalhador cada vez mais sujeitado, sem nenhum protagonismo e,

portanto, muitas vezes o desresponsabilizando do cuidado longitudinal fundamental para quem atua na Estratégia Saúde da Família.

Embora tenha ocorrido uma redução importante da mortalidade materna, os indicadores de óbitos neonatais precoces, por exemplo, apresentaram um aumento, conforme já referido, por isso, torna-se necessário maior priorização nas ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assim, o município necessita avaliar melhor seus indicadores e pensar estratégias efetivas para seu enfrentamento.

Assim sendo, é necessário reconhecer a implicação e a responsabilização dos trabalhadores e gestores a partir de suas inquietações, suas demandas, para que ocorra mudanças necessárias. Entretanto, para que se garanta sua efetividade é necessário o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, pois para implantar e/ou implementar uma política pública de forma autoritária, com modelo de gestão verticalizada leva insatisfação dos trabalhadores, usuários, e prejudica a melhoria dos resultados para a população.

Portanto, torna-se necessário maior reflexão dos trabalhadores de saúde quanto à necessidade de protagonizarem a sua própria prática, se autoavaliando, sem conformismo, subordinação e alienação.

Assim, muitas vezes a partir dos relatos, percebe-se a existência de uma produção, com “subjetividade assujeitada”, “[...] marcada pela conformidade, pela reprodução do idêntico, o achatamento da heterogeneidade, das diferenças, enfim a massificação do cotidiano [...]”, e de uma “subjetividade singularizada”. Sendo, esta, referida pela “[...] criação de novos processos múltiplos e heterogêneos, que engendram relações livres e criativas, onde indivíduos e grupos assumem suas existências de modo singular, criando outros valores, novas formas de pensar e de agir [...]” (MIRANDA, 2005, p. 41).

Ao conhecer a realidade local, o trabalhador da ESF necessita instigar essa discussão da violação do direito da gestante ao acesso ao pré-natal, interrogar a norma vinda de forma verticalizada, para que simplesmente seja cumprida, sem nenhuma discussão, deixando-os no conformismo e, muitas vezes, penalizado diante de uma atenção não adequada à gestante, assumindo essa responsabilidade sozinho.

O resultado da 1ª etapa da pesquisa é um exemplo, pois a partir dos resultados, pode-se perguntar: Por que a AB “abandona” a gestante de risco? Percebe-se que são diferentes respostas, entretanto, é fundamental que realmente esse grupo esteja como prioridade também nesse nível de atenção, com direcionamento desse cuidado de acordo com

a realidade local, da usuária e outros. Entretanto, para que isso aconteça é necessário revisitar o modelo de atenção e a proposta do processo de trabalho nos mais diferentes territórios.

À vista disso, a reorganização do processo de trabalho das equipes, principalmente em relação a essa questão é primordial. A gestão local e/ou regional juntamente com os trabalhadores de saúde, necessitam realizar encontros para discutirem como melhor garantir o acesso da gestante, independente do risco.

Atualmente, a situação das agendas dos trabalhadores de saúde em todas as regionais de saúde revelada por ocasião das entrevistas e dos encontros é bem complexa, principalmente nas unidades de saúde com número insuficiente de equipes, número populacional acima do preconizado, assim como algumas com um grande número de gestantes. Nesse sentido, alguns profissionais revelaram, ainda, dificuldades quanto ao acompanhamento desse grupo de acordo com o que está normatizado nas diretrizes clínicas e/ou no protocolo do ministério, prejudicando além do acesso, o próprio vínculo conforme discursos abaixo.

[...] outra coisa também, um problema que dificulta as nossas agendas, a gente não consegue humanamente seguir as normas do Ministério da Saúde, principalmente a partir da trigésima quarta semana, porque não tem vaga, necessita de mais consultas. Aqui a maioria das nossas equipes, tem uma média de 45, até mais de 50 gestantes (T4).

[...] Agora, a questão de 15 em 15 dias de oferta de pré-natal é assim, ocorre duas vezes na semana em todas as unidades. O problema é, a gestante não é da minha equipe, eu posso ter pré-natal de outra equipe naquele dia, mas atende ou não?... Então, se querem agendar antes desse período, eu vou ter que atender gestante de outra equipe? (T27).

Diante da situação existente, somente com o diálogo, revisitação do diagnóstico de cada território por meio de encontros, inclusive afetivos, é possível propor mudanças quanto a essa situação, pois a partir do que foi revelado, essa situação não compete somente aos trabalhadores de saúde, precisa ser refletida por todos realmente o que é prioridade. Podemos refletir novamente esse pensamento de Spinoza:

“Se quisermos falar espinosamente, há os bons encontros, que aumentam minha potência de pensar e agir – o que o filósofo chama de alegria – e há os maus encontros, que diminuem minha potência de pensar e agir – o que ele chama de tristeza”

(GALLO, 2008).

Outra questão apresentada por um dos subgrupos foi em relação à dificuldade de visita à maternidade com as gestantes, mais uma vez a deficiência do diálogo entre as redes de atenção, entretanto, foi acordado a necessidade de contato anterior com o setor responsável ou a direção, pois independente da norma, do estabelecido pela instituição, requer organização da equipe que conduzirá a visita, onde apresentaram situações positivas e negativas nesse processo.

Outra situação complexa revelada na pesquisa realizada em Fortaleza foi que 53,2% das gestantes não visitaram a maternidade por ocasião do pré-natal. Das gestantes atendidas por unidade de saúde nos Hospitais A, B, C e D representaram, respectivamente, 55%, 29,4%, 20%, 5% e 35% (Pesquisa ACESSUS, 2016).

Percebeu-se, também, a deficiência no planejamento das atividades, pois são coisas simples, que podem se transformar em dificuldades apenas pelo não planejamento e organização conjunta das ações que deveriam estar integradas à AB e à AE, pois sem essas pactuações, o funcionário da recepção cumprirá sempre as normas e as ordens da instituição.

[...] Eu queria comentar rapidinho sobre essa solicitação, atualmente, eu não estou mais fazendo grupo... Mas, a gente marca agora visita... Nunca tive problema nenhum, assim, muito tranquilo... eu até estranhei quando você falou isso...as visitas acontecem inclusive aos sábados, no terceiro sábado do mês (T34).

[...] Eu acho assim... a recepção recebe ordens de não entrar. Isso aí é... você sabe que a recepção engessa uma ordem e não tem lá profissional de saúde para avaliar o caso, fecha para todo o mundo, só no horário da visita e pronto, nessa situação tem que procurar o Serviço Social ou a direção (G21).

Novos analisadores foram surgindo, pois são diferentes situações vivenciada pelos trabalhadores de saúde e gestantes. Todas as questões levantadas estão relacionadas ao que tem dificultado o acesso aos serviços de saúde, como exemplo, o engessamento dos processos, seja na atenção básica ou na atenção especializada. Portanto, a possibilidade de implantação e/ou implementação de ações sem a implicação do coletivo também pode gerar situações de violência institucional à gestante.

Para os trabalhadores participantes da pesquisa, tanto os que participaram das entrevistas quanto do grupo, em nenhum outro momento haviam participado de encontros ou alguma discussão entre as duas Redes de Atenção, assim é comum muitos questionamentos, inquietações, e até mesmo a desconfiança percebida por ocasião do primeiro encontro. Dessa forma, entende-se que outros momentos serão necessários para ajustes de situações presentes no cotidiano, portanto, movimentos instituintes deverão fazer parte desse caminhar.

Por isso, as discussões foram repletas do saber/fazer no cotidiano a partir da realidade de cada território, onde demonstravam cada vez mais preocupação e o compromisso de responsabilizar-se com a situação da gestante quanto ao acesso, minimizando, assim, a redução da violência institucional, entendendo naquilo que está na governabilidade da unidade, pois muita deficiência no acesso necessita de outros sujeitos, entre eles decisão da gestão municipal.

Outra questão discutida foi em relação à urgência, eventos agudos, pois também apresentaram algumas dificuldades, entre elas em relação aos encaminhamentos. Situação muito discutida, questionada, porém com necessidade de maior aprofundamento por ocasião dos outros encontros sugeridos. Assim, processos de educação permanente e/ou matriciamento, mais uma vez, apareceram nas discussões quanto à sua importância para qualificar a atenção.

Em seguida, uma das gestoras de um dos subgrupos apresentou o acompanhamento das gestantes encaminhadas da AB para AE durante o período de dispersão no que se refere à data do atendimento da AB, marcação da consulta especializada, referência e contrarreferência e outros. Esse processo foi implantado nas unidades básicas participantes do estudo logo após a pactuação no 3º encontro.

A partir da necessidade de melhor acompanhamento desses casos uma das gestoras apresentou um instrumento específico para o monitoramento das gestantes encaminhadas para a atenção especializada, ocasião em que mostrou os casos referenciados e acompanhados no período da dispersão (Apêndice F).

A proposta discutida foi a consolidação e acompanhamento pela coordenação de todos os casos, a partir do monitoramento de cada equipe com as informações necessárias sobre o caminhar da gestante. Dessa forma, será possível conhecer a realidade de todas as gestantes de risco por unidade básica, já que foi revelado a fragmentação existente da atenção e o desconhecimento da informação em relação a esse grupo, relatado também por ocasião da 2ª etapa, uma vez que nem sempre ocorre esse acompanhamento após o encaminhamento, principalmente nas áreas sem a presença do Agente Comunitário de Saúde.

[...] nesse período, a gente encaminhou cinco gestantes para atenção secundária. Das cinco, só uma não tem ACS, e com esse acompanhamento, conseguimos visualizar, quem foi agendada, período do agendamento, quem já realizou a consulta.... O que colocamos como sugestão é quando ela vier com essa contrarreferência, uma via vai ficar no prontuário dela aqui, e a outra vai ficar com a paciente...necessário colocar no cartão da gestante: consulta no hospital A, Posto de Saúde...assim ajuda na comunicação entre as unidades. Das encaminhadas somente uma retornou com a

contrarreferência. Na minha unidade são 5 equipes, com 3 médicos, mas deixamos agendado seu retorno, independente de ter médico na equipe, o outro atende (G19).

Conforme relatado, anteriormente foi implantado uma ficha para realização de referência e contrarreferência entre as duas redes de atenção, embora ainda sem sucesso a contrarreferência, entretanto, com a readequação desse processo, como atualização da condição da gestante a ser encaminhada de acordo com o perfil da unidade especializada, foi rediscutida e validada pelos sujeitos participantes das duas Redes de Atenção.

A pactuação inicialmente foi em relação ao atendimento ambulatorial, não sendo possível pelo menos nesse primeiro momento, sua implantação na urgência em virtude da equipe, pois muitos trabalhadores de saúde que atendem nesse setor não são efetivos, existe uma grande rotatividade, segundo os gestores do hospital.

[...] São três vias dessas... inicialmente quem preenche é a AB (parte de cima), e a parte de baixo o hospital....você faz uma via, tira uma xerox ou coloca papel carbono... tiramos os papéis dos consultórios devido o prontuário eletrônico...mas com essa discussão do grupo, a gente sentiu a necessidade de fortalecer essa referência e a contrarreferência, devido não ter um sistema integrado. O posto não vai ficar com a contrarreferência, no momento da consulta registra no prontuário eletrônico (G11).

[...] O que eu senti um pouquinho de resistência do profissional durante esse mês de teste, foi preencher a ficha toda, como toda essa documentação. Acordei que a documentação a coordenação preenche, mas tem que preencher os demais porque é o quadro clínico, o diagnóstico, aquela parte lá que compete ao profissional (G20).

A cada encontro fomos percebendo maior implicação dos sujeitos com o fenômeno, algumas unidades exercitando a autogestão e cogestão, com indicação desse movimento em alguns territórios, indo além da questão trazida em relação à gestante de risco.

Conforme revelação por ocasião do primeiro encontro são muitos analisadores presentes no cotidiano dos serviços de saúde que, diretamente ou indiretamente, interferem nesse caminhar da gestante, assim, movimentos instituintes dos sujeitos envolvidos na atenção à gestante são necessários para essas mudanças, inclusive com a implantação de processos autoanalíticos e autogestivos.

Para Barembliitt (2012), apostar em processos autogestivos, nos quais os coletivos começam a apoderar-se do seu cotidiano e dos saberes neles envolvidos, implica em adotar estratégias de horizontalização, entrando em um processo autoanalítico, construindo sujeitos protagonistas na construção de uma outra realidade.

Portanto, a continuidade desses encontros será fundamental para revisitação dos processos implantados nas instituições de forma permanente pelas equipes e gestores, levando em consideração a realidade local quanto às necessidades da gestante não somente no que se refere à clínica, mas também em relação a outras ações, entre elas as intersetoriais.

O instituído como as normas, protocolos, portarias precisam ser revisitadas, questionados, aprimoradas e operadas a partir do instituinte, como por exemplo, os protocolos, que embora tenha sua importância, não poderão deixar de ser utilizados sem a singularização do cuidado, principalmente pelo trabalhador da ESF, pois o vínculo, o conhecimento do território deverá estar inserido nessa ação.

Em geral, as diretrizes mantêm relação direta com o modelo de atenção do município, ou deveria, embora nem sempre ocorre esse diálogo, pois muitas vezes as diretrizes são elaboradas para uma realidade ideal, entretanto, existem singularidades específicas do usuário, do serviço, do território e de tantas outras questões, que sendo assim, são necessárias outras formas de operar, inovar, criar, recriar a partir do contexto local e dos limites apresentados.

Para Freire, "ser dialógico é vivenciar o diálogo, é não invadir, é não manipular, é não sloganizar. É empenhar-se na transformação constante da realidade. Portanto, para o autor (1983), o diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, o transformam e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos" (FREIRE, 1977, p.28).

Nesse sentido, essa forma de operar diferenciada é fundamental diante da exclusão e da desigualdade social vivenciada por essas mulheres e suas famílias, principalmente as dos territórios de maior risco e vulnerabilidade. Assim, a ampliação desse diálogo torna-se imprescindível para intervenções sobre os modos de pensar e agir diante dos saberes e de serviços, promovendo maior fortalecimento de uma rede efetiva de cuidados.

Assim, além de ser necessário que exista serviços de saúde em quantidade adequada para atender a todos, conforme previsto na legislação brasileira, é preciso que os diferentes níveis de atenção dialoguem entre si, a fim de complementarem-se mutuamente, trabalhando na perspectiva de rede de atenção que engloba os interesses de saúde de todos os cidadãos de forma singular, integral, equânime e compartilhada.

Após várias discussões, inclusive operacionais, principalmente em relação às estratégias necessárias para implantação em todas as unidades de saúde, pois até o 4º encontro o exercício foi realizado somente nas unidades de saúde com gestores e/ou trabalhadores de saúde participantes do estudo.

Assim, foi-se colocando novas sugestões para que o fluxograma a ser implantado contribuísse no caminhar da gestante de forma mais segura com responsabilização das duas Redes de Atenção, levando-se em consideração a realidade atual.

Uma das questões complexas a ser analisada, consiste na referência da atenção secundária para atenção terciária, pois não ocorre diretamente entre esses níveis de atenção, revelando uma outra peregrinação e violação do direito, pois também não tem a garantia dessa atenção quando necessário, conforme discutido anteriormente.

Portanto, situações diversas foram apresentadas durante os encontros, pois tem representado para trabalhadores de saúde, gestores e gestantes, como uma das formas de violência institucional, exemplo, o caso do trabalhador de saúde da atenção secundária permanecer com a gestante de risco em situação que deveria estar na atenção terciária, conforme discurso a seguir:

[...] você marca para atenção secundária, ela faz a consulta com o profissional, e é constatado que o caso seria por hospital terciário. No caso...ela volta para a unidade básica. O que eu tinha proposto era essa paciente ficar aqui e nós conseguirmos o acesso para ela. Aí, foi colocado que não é possível, porque nós não temos acesso ao sistema. Ela teria que voltar para a unidade básica. É isso? Enquanto isso, ela fica solta (G22).

Conforme já discutido anteriormente, até então, essa gestante quando é referenciada para atenção terciária, necessita fazer o agendamento para esse nível de atenção na AB, entretanto, é encaminhada sem uma contrarreferência, situação complexa para a gestante, principalmente porque muitas não procuram sua equipe da ESF.

Diante dessas situações foi sendo organizado o fluxograma para que a gestante não fique realmente “solta”, e sim, com acompanhamento de sua equipe da ESF, quando necessário, dependendo do caso, também na atenção secundária, enquanto consegue acesso à atenção terciária.

Portanto, diante de um caso desses é necessário a utilização de todos os recursos existentes no fluxograma final, elaborado por ocasião dos encontros, conforme fluxograma nº 3 a seguir, para agilizar o atendimento na atenção terciária. Nesse sentido, deverá ocorrer responsabilização de todos diante dessa situação, inclusive da gestão nos diferentes níveis.

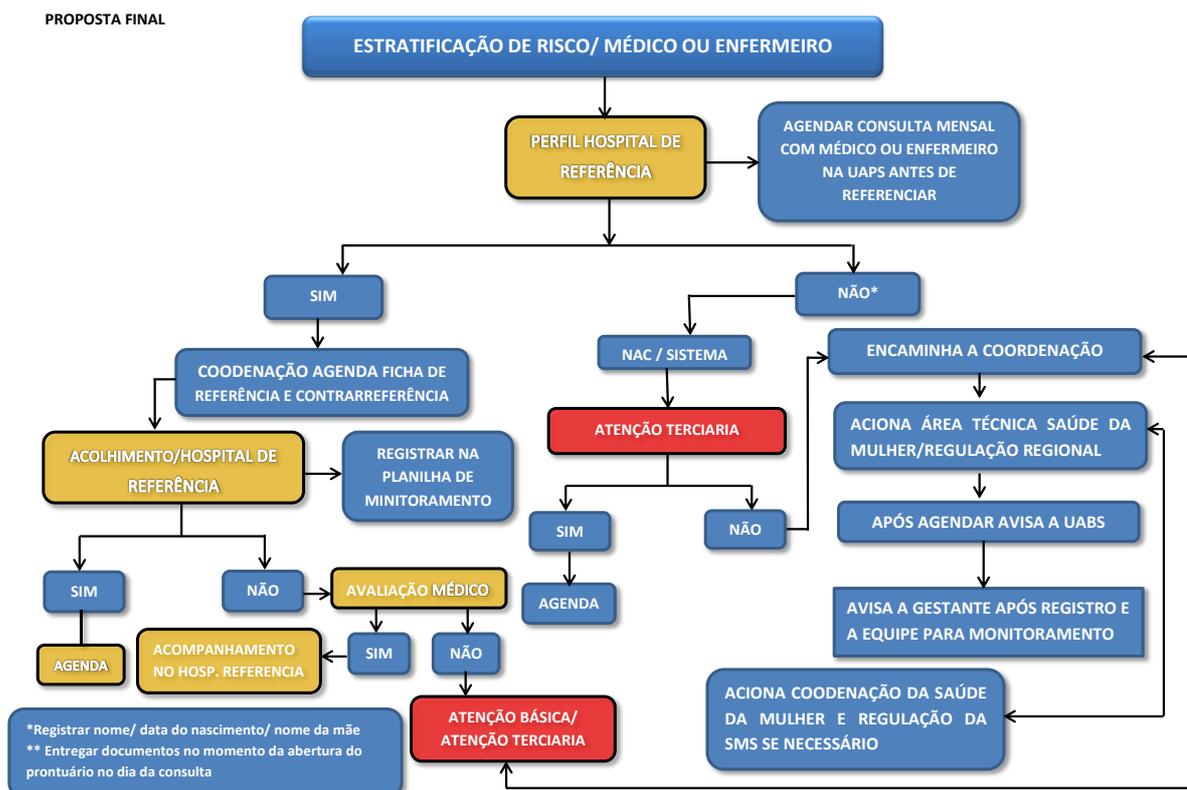
[...] eu sei que no nosso terceiro encontro a gente fez uma proposta coletiva... então, a consulta subsequente na atenção primária tem que ser agendada o retorno sempre, quando não for perfil do Gonzaguinha pelos critérios vai para atenção terciária.... nesse caso, será avaliada pela regulação para poder liberar a vaga, assim, como dificilmente ela vai sair no mesmo dia da consulta agendada para atenção terciária, a gente precisa ter responsabilidade no caso dessas gestantes, da coordenação, da

equipe se apropriar...e conduzir os casos até que consiga o pré-natal de alto risco (G 18, G 19, G 20).

[...] Ela vai sair com a consulta do posto agendada e vai sair com a consulta aqui no Gonzaguinha agendada. Agora, à medida que o Gonzaguinha identifica que não é perfil secundário, mas terciário, aí ela voltar para o posto para enviar para a rede terciária.... você tenha a preocupação da paciente não ficar sem atendimento, você pode até agendar uma consulta ou outra aqui, mas não pode deixar a paciente ir ficando, e como essa e, outras, termina inchando o pré-natal. Aí, é perigoso por conta disso (G22).

Em um dos encontros essa questão foi muito discutida, o problema do pré-natal de alto risco que necessita ser encaminhado da atenção secundária para terciária, e não conseguem acesso direto sem ser encaminhada pela atenção básica, em muitos casos têm trazido preocupação e angústia para os trabalhadores da atenção secundária. Na ocasião de um dos encontros, ficou acordado essa discussão junto à regulação por ocasião do seminário e/ou outro em outro momento proposto pela coordenação da área técnica da saúde da mulher do município.

Fluxograma 4 - Percurso da Gestante de Risco da Atenção Básica à Atenção Especializada na SR VI. Fortaleza, 2018.



Fonte: elaborado pela autora

A deficiência de equipes completas em muitas unidades básicas de saúde tem levado dificuldade, em muitas delas garantir a consulta médica, conforme as diretrizes clínicas da gestante do município, assim como protocolo do Ministério da Saúde. Esse problema deve ser melhor organizado pela gestão local e todas as equipes, pois se faz necessário garantir essa atenção, portanto, é possível uma readequação do cronograma das equipes, em especial do médico quanto ao atendimento a esse grupo prioritário na Atenção Básica.

[...] necessário os gestores pactuarem a priorização do pré-natal, sensibilizar os profissionais em relação às equipes sem médico e às equipes com médico.... isso já acontece, mas ainda existem algumas resistências por partes dos profissionais, alguns não gostam de fazer o pré-natal e nem puericultura. Aí, os outros colegas, em parceria, atendem o pré-natal dele...esse ano a gente conseguiu mesclar bem essa questão de médico, enfermeiro, para poder dar uma cobertura maior. Então, mediante essa questão a gente pode pactuar a priorização ainda mais do pré-natal (G 18).

Logo, foi acordado um seminário para restituição da pesquisa nesse primeiro momento, assim como a socialização de todo o processo vivenciado por ocasião dos quatro encontros, entre eles o fluxograma e as pactuações acordadas entre as duas Redes de Atenção para a institucionalização de alguns processos em todas as unidades de saúde da SR VI.

Por isso, esse movimento instituinte surgido não se finalizou nem nesse encontro e nem será por ocasião do seminário, acredita-se que esse movimento caminhará independente da pesquisa, desafio a ser enfrentado pela gestão e trabalhadores.

Na finalização do encontro, ficou acordado que elaboraríamos uma proposta para o seminário, a qual seria socializada para eventuais contribuições. Após avaliação e retorno de alguns dos participantes do grupo, ficou a definir somente em relação à data (Anexo Apêndice D).

Segundo Lourau (1996), essa forma de restituição que privilegia o questionamento sobre os resultados definitivos permite que essa socioclínica institucional atinja certa “profundidade de campo na socioanálise”.

Assim, após o momento de discussão foi pactuado alguns encaminhamentos, entre eles:

- Apresentação dos participantes dos encontros da AE quanto ao fluxograma pactuado e da implantação da contrarreferência para a direção do Hospital de referência secundária e demais trabalhadores de saúde;

- Discussão com o NAC sobre a questão da marcação da consulta em relação ao agendamento sem documentação completa na sua ausência, com recebimento por ocasião da consulta;
- Utilização dos instrumentos discutidos por ocasião dos encontros pelas unidades básicas de saúde participante do estudo;
- Monitoramento do processo para possíveis ajustes;
- Realização do seminário para socialização da pesquisa e apresentação da proposta para efetivação em todas as unidades de saúde da SR VI.

Para finalizar esse momento, foi solicitado que os participantes escrevessem em uma tarjeta (distribuídas cores diferentes), o seguinte questionamento: com o que me comprometo?

Após a leitura de cada participante do que estavam se comprometendo, foram colocando a tarjeta na mandala exposta no centro do grupo, que continha alguns instrumentos utilizados por ocasião da consulta do pré-natal, representando, ali, parte do cuidado à gestante (cartão da gestante, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro, cartilha e outros). Finalizou-se, então, com uma dinâmica de harmonia entre os sujeitos participantes.

Acredita-se, portanto, que somente por meio de desenvolvimento de processo coletivo, do protagonismo dos sujeitos, da integração das Redes de Atenção se possa garantir um caminhar seguro à gestante, em especial à de risco, reduzindo, portanto, situações que levam à violência institucional no cotidiano dos serviços de saúde.

A discussão e pactuação conjunta garantirá a responsabilização de cada um, em diferentes instâncias, a partir dos fluxos e contrafluxos de acessos aos diferentes pontos das redes de forma clara, responsável e com monitoramento permanente, assim proporcionando cuidado integral, resolutivo e com responsabilização de todos implicados no cuidado a esse grupo.

Após o término desse encontro, diferentes discussões ocorreram por telefone, *e-mail* e WhatsApp entre a pesquisadora, gestores e trabalhadores de saúde implicados no processo, principalmente em relação aos agendamentos, encaminhamentos, tempo de acesso, retorno a unidade básica para continuidade da atenção e outros.

Em virtude da angústia de muitos trabalhadores de saúde e gestores da persistência em relação às barreiras impostas pelo NAC do serviço especializado, foi necessário um encontro com a direção do hospital para discussão do assunto. Infelizmente, ainda não tinha acontecido essa discussão devido às férias de alguns representantes da instituição que participaram dos encontros.

Assim, foi apresentado de forma resumida todos os encontros ocorridos, as pactuações, ocasião que foi firmado o compromisso da gestora do hospital de referência em socializar com todos os trabalhadores e demais gestores tão logo reúna com os sujeitos participantes da pesquisa por meio dos encontros.

Entretanto, quanto à questão do não agendamento devido à documentação seria discutido posteriormente com o setor. Nesse sentido, o processo foi sendo monitorado, acompanhado e encontra-se funcionando conforme pactuado, mesmo para as unidades não participantes da pesquisa, ou seja, esse primeiro processo foi socializado com todas as 28 unidades de saúde da SR VI pela gestão da regional.

A existência da contratransferência em relação à pesquisa e aos sujeitos participantes foram de grande importância e fundamental para o desenvolvimento dos encontros, pois foi disponibilizado todo o apoio pelos sujeitos participantes e gestores da secretaria de saúde, regional e do hospital para sua realização.

Segundo Gavarini (1986) esse trabalho de contratransferência em uma intervenção socioanalítica, os clientes podem fragilizar o *staff* interventor até a “absorção” dos socioanalistas no funcionamento habitual dos clientes.

Nesse sentido, os sujeitos participantes entendendo esse problema como um dos grandes desafios do SUS, apostaram no processo, mesmo diante de tantas situações-limites vivenciados pelos serviços de saúde, estão cientes da necessidade de sua continuidade, monitoramento e ajustes necessários de forma coletiva.

Esses ajustes ocorrerão à medida que os processos forem acontecendo, pois muito do que foi discutido estão sendo ou deverão ser trabalhados pela gestão, esses momentos foram apenas um começo, aliás um bom começo. Portanto, esse acompanhamento poderá proporcionar um aumento do coeficiente de transversalidade do grupo, tornando-os cada vez mais sujeitos, e menos sujeitados para o desenvolvimento de suas ações.

Nesse sentido, utilizar a Análise Institucional e pesquisa-intervenção nos deu a oportunidade de discutir violência institucional a partir da violação do direito ao acesso à gestante de risco à atenção especializada, a partir da implicação dos sujeitos e das reflexões sobre que tipo de sociedade realmente queremos viver. Dessa forma, o processo foi se configurando de forma instituinte e coletivamente acreditando na possibilidade de modificação dessa realidade tão excludente e, ainda, com desresponsabilização muitas vezes do poder público no que se refere ao cuidado e ao acesso.

Esse processo propiciou ao grupo, inclusive à pesquisadora, a capacidade de autoanalisar suas práticas, pois cada coletivo possui um saber que lhe é próprio e também uma

capacidade para reconhecer aquilo que constitui problemas a partir da realidade vivenciada pelo grupo. Finalizamos, então, com o pensamento de Hannah Arendt:

“Ninguém possui verdadeiramente o poder; ele surge entre os homens que atuam em conjunto, e desaparece quando eles novamente se dispersam.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES

“Chega o momento em que é preciso alocar um ponto final, mesmo lamentando o que haveria ainda para contar, para analisar [...]”

(L’ABBATE, 2013, p. 31)

Este estudo trouxe à tona problemas complexos existentes no modelo de atenção à saúde da mulher na gestação de risco, provocando reflexões e análises importantes acerca do cuidar da gestante de risco, diante do contexto atual do município e do País.

Todos os momentos foram produzindo um tecido profícuo para análise, agregando elementos que juntos facilitavam ou potencializavam as análises.

A nossa participação na 1ª etapa da pesquisa foi importante para a compreensão dos processos existentes e revelados nas duas últimas etapas da pesquisa, principalmente sob o olhar das gestantes de risco. A pesquisa constituiu-se num aprendizado, onde os encontros foram potentes, com ocorrência de movimentos instituintes, tanto de gestores quanto de trabalhadores de saúde, no cuidado da gestante de risco, pois percebeu-se alguns movimentos que revelavam um tecido fértil para produções instituintes, desestabilizadores de um plano já dado.

O grupo formado a partir desses encontros tornou-se potente diante dos sujeitos implicados com a gestante de risco, tornando-se num dispositivo importante e necessário para o diálogo, a partir das reflexões e da construção de um cuidado considerado inovador e integrado pela produção viva entre as duas Redes de Atenção que cuida da gestante de risco.

A atuação entre ser “grupo sujeito” e ser “grupo sujeitoado”, em que os movimentos gerados com e entre os sujeitos que o compunham fizeram emergir seu protagonismo, como também, em muitas vezes, a sua alienação, representaram uma oportunidade ímpar de ação-reflexão com potencial interventivo para os participantes acerca da realidade presente, num contexto de produção de si.

Sendo assim, o apoio e participação efetiva dos trabalhadores de saúde e gestores das duas redes de atenção foi imprescindível para o desenvolvimento de todo o processo e os resultados obtidos, entre eles a integração das duas redes de atenção que acompanham as gestantes de risco em uma das regionais de saúde, pois potencializaram os encontros, em especial os bons encontros, aqueles que deram sentido às mudanças propostas no desenvolvimento da pesquisa e já conseqüente implementação, apontando o desejo e a corresponsabilização de transformar o caminhar da gestante de risco de forma segura, amenizando a violência institucional.

Embora tenhamos percebido muitas dificuldades para se implementar processos de autogestão e autoanalítico nas unidades de saúde, devido à deficiência ou a inexistência do protagonismo dos sujeitos em diferentes espaços de produção do cuidado, onde o que é normatizado pela gestão é visto como uma verdade intocável, observou-se outros movimentos de gestores e trabalhadores de saúde na perspectiva instituinte, que contribuem para a redução dessa forma de violência com maior responsabilização no cuidar do outro.

Sendo assim, fortalecem processos emancipatórios dos sujeitos, a inclusão dos excluídos e o reconhecimento da violação do direito à saúde, ratificado, inclusive, nas diferentes técnicas utilizadas por ocasião do estudo.

O modelo da atenção à gestante de risco tem se organizado de diferentes formas. Leva em consideração a presença de serviços de saúde por regional, como a presença da atenção secundária e a especialidade de gineco-obstetrícia. Apesar da proposta do município, no cotidiano dos serviços de saúde tem ocorrido situações que dificultam o processo instituído, como é o caso das dificuldades no acesso às diferentes redes de atenção, entre elas à atenção especializada.

Quanto ao modelo de atenção atual proposto pelo município, a partir da priorização de eventos agudos, foi revelado o quanto tem prejudicado a organização do processo de trabalho, o acesso da gestante na Atenção Básica, principalmente das unidades com número de equipes insuficientes em relação ao território. Esse problema identificado nessa rede de atenção foi encontrado em todas as SRs desse município e tem trazido situações de conflitos entre gestor, trabalhador e usuários.

Percebeu-se, também, que a implementação do modelo de atenção no município, ocorrido nos últimos anos, foi se infiltrando no cotidiano das equipes da ESF, interferindo no saber e fazer da produção do cuidado, principalmente da mulher na condição de gestante de risco, que para muitos foi naturalizando-se no processo de trabalho das equipes e que, apesar da insatisfação apresentada na caminhada, vem sendo seguida sem muitos movimentos instituintes, muitas vezes de forma alienante.

Quanto ao hospital de referência para a atenção secundária, tem ocorrido também dificuldades por ocasião do encaminhamento, em virtude de sua não inclusão na regulação da oferta das vagas pela central de marcação consultas especializadas.

Com relação à presença da especialidade de gineco-obstetrícia, tem ocorrido essa referência por pactuação local apenas em algumas unidades de saúde. Ainda existe deficiência na integração entre as equipes da ESF com essa especialidade em nível de unidade e/ou regional, assim como a inexistência de matriciamento. Portanto, apesar dos avanços, ainda

ocorre fragmentação da atenção e desarticulação, não somente entre as Redes de Atenção que cuidam das gestantes de risco, mas também entre a especialidade básica e as equipes da Estratégia Saúde da Família.

A não integração das Redes de Atenção contribui para o desconhecimento do funcionamento da AB, assim como da real situação da ESF no município de Fortaleza, em relação a situações diferentes do preconizado na PNAB para a estrutura de pessoas, seja pelo reduzido número de pessoas por equipe da ESF, pela deficiência no número de ACS e/ou pelo próprio modelo de atenção adotado no município.

Outros problemas identificados que interferem no cuidado da gestante de risco foram: o não acompanhamento efetivo dos casos encaminhados à Atenção Especializada, ocorrendo a deficiência no vínculo e na longitudinalidade, atributos fundamentais da Atenção Básica; a inexistência de fluxograma para o caminhar da gestante nas Redes de Atenção de forma segura e com garantia de acesso e a utilização de diferentes fluxos, entre eles, os formais e os informais.

A inexistência de fluxograma tem provocado peregrinações internas e externas, o desconhecimento dos trabalhadores de saúde e gestores em relação ao perfil dos hospitais de referência, ocasionando encaminhamentos que contribuem ainda mais para a peregrinação das gestantes, assim como a inexistência da contrarreferência para a Atenção Básica, situações que levam à violência institucional.

A relação de poder existente entre as redes de atenção contribui para que não seja considerada a importância da Atenção Básica no cuidado à gestante de risco e a longitudinalidade, fortalecendo, dessa forma, diferentes barreiras por ocasião da referência.

A presença de poder aparece, também, nos diferentes setores dos serviços de saúde e contribui para a exclusão e o controle gerencial dos processos de saúde nas duas Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco no município. Dessa maneira, fere os princípios do SUS, uma vez que promove a exclusão do usuário ao acesso aos serviços de saúde a partir de normas e regras instituídas, que em alguns casos burocratizam e/ou criam barreiras que dificultam o acesso dessas mulheres.

A não integração entre as Redes de Atenção tem ocorrido em todo o município, independente dos níveis de atenção. Essa situação está presente não somente entre a AB e AE, mas também entre a atenção secundária e a atenção terciária, demonstrando relação de poder-saber desse último.

A inexistência de diálogo e a desativação de serviços da atenção terciária, sem discussão e/ou avaliação dos processos implantados, tem ocasionado um “afunilamento” para o acesso da gestante de risco, pois, apesar da implantação da regulação da consulta especializada à gestante de risco no município, foram implantados processos de triagem na referência terciária, sem nenhum diálogo com a rede municipal, sendo necessária uma avaliação para saber se essa situação não configura mais uma barreira para o acesso a esse nível de atenção.

No que se refere à integração entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, apesar da inexistência revelada no estudo, reconhecem a necessidade desse diálogo para melhorar a atenção à gestante de risco, situação encontrada, principalmente, entre a unidade de referência secundária do município e as unidades básicas de saúde ligadas a essa instituição.

A presença de absenteísmo pode ocorrer em virtude da não regionalização da oferta de consultas ao pré-natal de risco. Esta situação é complexa, desafiadora e necessita de maior avaliação e acompanhamento por parte da gestão e da atenção. Existe deficiência na oferta para atender à demanda de alguns serviços terciários, ao passo que tem sobrado vagas em outros serviços, situação revelada nas duas últimas etapas da pesquisa.

Portanto, torna-se fundamental que ocorra a regionalização na capital, pois as situações de risco e vulnerabilidades sociais, que muitas dessas gestantes vivenciam no seu cotidiano, necessitam ser consideradas pela gestão como uma prioridade a ser enfrentada nesse momento, no intuito de garantir a atenção e otimizar a oferta existente, o que contribui para a garantia do acesso qualificado. Sendo assim, enfrentar essas situações a partir da responsabilidade social com essa população faz-se mister.

A ausência da contrarreferência e a deficiência na forma de comunicação, principalmente da AE para a AB, sinaliza um descuido com esse grupo, não somente para o pré-natal, mas também na ocasião da alta hospitalar, pois, com a deficiência no número de ACS e na cobertura total da população do município pela ESF, ocorrem dificuldades na atenção e no acompanhamento à gestante de risco.

Dessa forma, a sua implantação contribuirá para o conhecimento das equipes acerca da real situação da gestante referenciada, reforçará a importância do acompanhamento e da necessidade da integração das duas Redes de Atenção, com garantia da atenção integral, da melhoria na qualidade da atenção, maior organização dos serviços de saúde e otimização de recursos.

Importantes mudanças ocorreram ao longo dos anos, como, por exemplos, a implantação do sistema regulatório, sua descentralização em nível regional e a implementação do prontuário eletrônico nas unidades básicas de saúde. Entretanto, tais medidas não foram suficientes para assegurar melhoria à atenção à gestante de risco, pois não existe regionalização dos serviços de saúde da AE que atendam a gestantes nessa condição, não existe sistema informatizado implantado nos hospitais do município e nem a integração dos sistemas.

Portanto, a presença de barreiras e deficiência de ofertas para a Atenção Especializada ainda é uma realidade. No que se refere à atenção terciária, apesar de estar informatizada, os sistemas não dialogam entre as especialidades na mesma instituição, representando uma fragmentação da atenção, além de custos desnecessários.

A compreensão da violência institucional, pelos sujeitos participantes da pesquisa, ocorre principalmente em relação à violência obstétrica por ocasião do parto e/ou na forma de acolher a gestante. Com relação a garantia de direitos, tal compreensão foi bem menos revelada. Para alguns participantes desta pesquisa, esse tema somente deu-se por ocasião deste estudo, em que sua inclusão nos processos de formação não tem ocorrido, apesar de confirmarem sua importância.

O fenômeno violência institucional à mulher na gestação de risco está relacionado, neste estudo, à violação dos direitos à saúde, ao acesso nas suas mais diferentes dimensões, em tempo oportuno, regionalizado, sem burocracia e sem peregrinações nas duas Redes de Atenção à Saúde. Então, estar presente no cuidado à gestante de risco no momento em que ocorre a (des) responsabilização, seja por falta de documentação, pela não regionalização, pela deficiência em oferta, desativação de serviços, pela criação de barreiras e outros.

A presença dessa forma de violência também foi referida pelos trabalhadores de saúde em relação a eles próprios, em especial na relação de poder/saber existente entre as Redes de Atenção, pois, em algumas situações têm ocorrido a “desqualificação” e o “desrespeito” aos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, com a não valorização dessa instituição como de fundamental importância na produção do cuidado à gestante de risco.

Essa situação ocorre devido à deficiência do diálogo entre as Redes de Atenção, na formação dos trabalhadores de saúde e no modelo de atenção hegemônico ainda hierarquizado, biomedicalizado, presentes na saúde.

Desse modo, a gestante de risco tem vivenciado a vitimação, a vitimização e a revitimização, por meio dessas situações, configurando-se, muitas vezes, numa negligência e

(des)responsabilização, em especial de quem deveria protegê-la, o Estado. Sendo assim, a violação dos direitos humanos, por meio da exclusão social da população em relação ao acesso a políticas públicas, está posta.

Embora tenha ocorrido melhoria na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, alguns serviços ainda apresentam sérios problemas estruturais, ocasionando deficiência e/ou inexistência de privacidade no atendimento, deficiência de recursos materiais, como instrumentos básicos para atenção à gestante, principalmente medicamentos e exames básicos fundamentais no pré-natal, independente do risco da gestante. A falta desses dois últimos revela iniquidades existentes em relação a outras cidades participantes da 1ª etapa do estudo.

A deficiência das questões estruturais também esteve presente na Rede de Atenção Especializada, seja no nível secundário e/ou terciário. Todas essas situações interferem de forma negativa no cuidado das gestantes e ocasiona violação dos seus direitos.

A Atenção Básica do município ainda apresenta precarização do trabalho e deficiência do quadro de profissionais de saúde, principalmente de médicos nas equipes de saúde da família. Apesar do aumento da cobertura da ESF com equipes completas no município devido ao Programa Mais Médico, ainda não foi possível superar esse problema, uma vez que essa deficiência tem ocasionado sérios problemas na atenção ao pré-natal, independente do risco. Essa situação interfere para que a condução do caso não ocorra de acordo com as diretrizes clínicas da gestante orientada pela SMS e Ministério da Saúde.

O não acesso aos dados produzidos pelos trabalhadores de saúde na AB, devido à centralização no gestor local, também se mostrou como um problema, na medida em que contribui para a insatisfação, a deficiência e/ou inexistência do planejamento das equipes, a não socialização e discussão dos gestores com os trabalhadores de saúde em relação aos dados e informações.

Assim, surge uma importante questão a ser enfrentada quanto à necessidade de descentralização e discussão com a equipe sobre a situação de cada território, a partir dos indicadores para melhoria da atenção, em especial da gestante de risco, com planejamento permanente com entre as equipes.

Apesar da existência de conflitos que ocasionaram desencontros em alguns momentos, foi possível surgir o que estava oculto, o não dito no cotidiano dos serviços, foram reveladas as inquietações, as angústias e as desarticulações existentes que ocorrem entre as Rede de Atenção. Entretanto, apesar da relação de poder revelada, foi percebida a relação de

afetividade e desejo dos sujeitos, por meio da autoanálise e dos movimentos instituintes para as mudanças.

A ação da transversalidade veiculada possibilitou encontros e desencontros, nas e entre as instituições, de saberes e práticas presentes no vivido de cada um desses sujeitos, fazendo emergir, dessa forma, seus desejos no agenciamento de forças heterogêneas, deflagrando efeitos instituintes no cotidiano desses sujeitos.

Os bons encontros, desencontros e reencontros foram importantes para produzir maiores reflexões, não somente no caminhar da gestante, mas também na relação do poder existente nas instituições, seja a partir do poder-saber e/ou do saber-poder, que tem contribuído para a não integração dos serviços de saúde, no momento em que desconsidera os encaminhamentos e as justificativas do médico e/ou enfermeiro generalista da AB, por ocasião da referência, mesmo seguindo as orientações previstas no protocolo. Assim, não fortalecendo a importância da instituição AB no cuidado à gestante de risco, na continuidade da atenção nas duas Redes de Atenção.

Essa não continuidade da atenção à gestante, após seu encaminhamento pela AB, pode ocasionar a não responsabilização com o cuidado da gestante, inviabilizando a longitudinalidade do cuidado, promovendo a não valorização do vínculo não somente para o pré-natal, mas para a atenção ao puerpério e atenção à criança, atributos fundamentais da Estratégia Saúde da Família.

Essas discussões estiveram presentes nos encontros e nos diferentes espaços ocupados pelos sujeitos da pesquisa, articulando, assim, um possível arranjo na reelaboração da proposta a partir do analisador “deficiência do acesso da gestante de risco à rede de atenção especializada”, o qual envolveu muitos outros analisadores, seja nos espaços micropolíticos e ou macropolíticos.

A utilização da Análise Institucional na vertente socioclínica foi fundamental, principalmente com a restituição da pesquisa multicêntrica denominada “Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”, realizada em Fortaleza no ano de 2016. Esse dispositivo desencadeou o processo de análise do coletivo para o surgimento dos analisadores presentes no cuidado da gestante de risco. Sendo assim, possibilitou provocar, desestabilizar e mexer com o instituído, surgindo outros analisadores, demandas e ofertas.

Percebemos em alguns momentos a presença de resistência no que se refere a questionar as normas, as regras implantadas nas instituições, pois alguns discursos as revelavam como uma verdade ou verdades inquestionáveis, mesmo diante da presença de

situações excludentes da gestante demonstradas nas diversas situações, principalmente no momento da utilização da técnica do teatro fórum.

As aproximações e o aprofundamento dos analisadores presentes no estudo foram fundamentais para a utilização desse referencial teórico-metodológico, em virtude de suas particularidades que exigem um caminhar contra o modo hegemônico de pensar a pesquisa e a análise entre a teoria e prática. Portanto, um processo desafiador que, à medida que foi se desenvolvendo, tornou-se mobilizador de todos os sujeitos participantes, entre eles, a pesquisadora.

Logo, a pesquisa-intervenção foi desenvolvida a partir dos analisadores revelados por ocasião da restituição e escolhidos pelo coletivo, ou seja, o (des)conhecimento do perfil da unidade de referência secundária, a inexistência de fluxograma unificado para a AB e AE e a (des)integração das Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco.

Portanto, a restituição da pesquisa contribuiu para que muitos “não ditos” fossem “ditos” e possibilitasse a compreensão do fenômeno violência institucional presente no modelo de atenção à gestante de risco do município pesquisado. Essa compreensão ocorreu por ocasião das duas etapas da pesquisa, principalmente nas análises coletivas, realizadas pelos sujeitos implicados, frente às potencialidades e as situações-limites enfrentadas pelas gestantes de risco, pelos trabalhadores de saúde e gestores para promoção da garantia do direito à saúde dessa mulher.

Nesse contexto, muitos analisadores estiveram presentes revelando-se multiplicidades no fazer e agir dos trabalhadores de saúde e gestores, onde revelaram ter presenciado situações de violência institucional, entre elas a (des)responsabilização do Estado por não priorizar efetivamente esse grupo e garantir a atenção diferenciada em virtude dos riscos existentes, entre eles o da própria vida.

O diário de pesquisa utilizado no estudo, por meio de fragmentos da escrita, muito fortaleceu o desenvolvimento das discussões, das reflexões e da construção dos fluxogramas. Assim, proporcionou um olhar não somente dos sujeitos participantes do grupo, mas dos que participaram das entrevistas.

Nesse contexto, foram reveladas diferentes situações indesejáveis existentes nos serviços de saúde que interferem no cuidado da gestante, entre elas, o próprio modelo atual do município proposto para a Atenção Básica. Sendo assim, foram realizadas análises das situações conflituosas e complexas que surgiram nas relações entre os saberes e as práticas instituídas e instituintes, entre usuários, trabalhadores de saúde e a gestão nos micros e macros processos do cuidado à gestante de risco

Diante da complexidade e dinamicidade existentes em cada território, em cada serviço de saúde, cada analisador revelado foi refletido, analisado e potencializado o desenvolvimento de estratégias instituintes para repensar o acesso das gestantes, apesar da existência de alguns processos instituídos que muitas vezes a revitimiza diante de tanta burocracia.

A implantação do fluxograma elaborado por ocasião dos encontros foi iniciada nas unidades participantes do estudo, cuja pactuação com a gestão é a de que sua implantação ocorra em todas as unidades básicas de saúde da regional do estudo a partir da realização do seminário da restituição da pesquisa aos trabalhadores de saúde e gestores das Redes de Atenção Básica e Especializada e da Secretaria Municipal de Saúde. Tal ferramenta poderá ser utilizada também por outras regionais, bastando que sejam realizados os ajustes necessários ao alinhamento com a realidade de cada território.

A inexistência da integração das Redes de Atenção (Básica, Secundária e Terciária) identificadas no estudo consiste em um analisador potente a seguir no processo, pois essa desarticulação interfere na micropolítica do trabalho vivo, capturados pelos atravessamentos da ordem de forças instituídas e sedimentadas nos serviços de saúde.

Sendo assim, é de fundamental importância que ocorra essa integração para o enfrentamento de muitos processos, que vitimizam a mulher na gestação de risco, por meio da revisitação de alguns processos normatizados, a partir do diálogo e da construção coletiva de processos instituintes para a garantia do acesso em tempo oportuno e com corresponsabilização de todos envolvidos no cuidado.

O diálogo ocorrido entre as duas Redes de Atenção revelou possibilidades de um caminhar que garanta a longitudinalidade do cuidado, o acesso, o vínculo e a responsabilização efetiva junto a essas gestantes, a partir da elaboração e implantação do fluxograma inicialmente nas unidades participantes do estudo, quanto à referência e ao acompanhamento da gestante, de forma segura, nos diferentes níveis de atenção, inclusive da atenção secundária à atenção terciária.

Sinalizou ainda a necessidade dos “bons encontros”, para uma outra forma de produzir o cuidado à gestante de risco a partir do acesso da AB e AE, do diálogo entre os trabalhadores de saúde, gestão e usuários, pois foram reveladas situações de autoritarismo, de verticalização e deficiência no protagonismo dos sujeitos, entre outros.

Portanto, as discussões e reflexões referentes à presença da violência institucional nos serviços de saúde a partir das iniquidades, da exclusão social por meio da violação dos direitos das gestantes, em especial das de risco, estiveram presentes em todas as fases deste

estudo, apesar de muitas vezes ter demonstrado invisibilidade, a naturalização e o conformismo por todos os sujeitos participantes, seja a gestante, o trabalhador de saúde e/ou o gestor.

Dessa forma, a intervenção vivenciada por ocasião desta pesquisa tem potencial relevância no sentido de contribuir e sensibilizar os sujeitos acerca da necessidade de que ocorra a desterritorialização de muitos processos existentes nos serviços de saúde, apostando na possibilidade de agir e cuidar de forma instituinte, com valorização do protagonismo dos sujeitos, principalmente dos trabalhadores de saúde e usuários, no que se refere à produção do cuidado inovador com garantia dos direitos, entre eles, a integralidade da atenção.

Esta pesquisa revelou nos seus diferentes momentos a presença de iniquidades, de deficiência no acesso, no cuidado, no vínculo e na responsabilização na atenção à gestante de risco, assim como conformismo e pouca compreensão de algumas gestantes acerca do que de fato essa deficiência do acesso pode representar para suas vidas e para a vida de seus filhos.

A deficiência de políticas públicas que garantam uma atenção integral e resolutiva compromete a redução da morbimortalidade materna e infantil do Município, pois a atenção à mulher na condição de gestante, tem um começo, meio e fim, e, portanto, as ações a serem desenvolvidas têm que ser implementadas em um curto espaço de tempo.

Dessa forma, essa violência está presente na saúde, a partir da violação do direito, em que foi necessário fazermos uma leitura e discussão sobre os diferentes tipos de violência, entre elas a política. Assim, relembro fragmentos da frase de Hannah Arendt, referida no início deste estudo.

“A dignidade da política consiste na dignidade do ser humano, pois ela é o motor da cidadania, poder partilhado, participação direta, interesses coletivos.”

Apesar dos avanços ocorridos ao longo dos anos, a partir da implantação do SUS e da ESF, não foi efetivada, de fato, a Atenção Básica enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes, configurando-se ainda como um desafio a ser alcançado não somente para o município, mas para o País.

Assim, para que ocorra as mudanças necessárias, é preciso que haja inovação nos processos e nos espaços da micropolítica, a partir do agir cotidiano dos sujeitos na produção do cuidado, apostar na cogestão, na autogestão, portanto, traçar linhas de fuga para que outros caminhos possam surgir, tensionar o instituído numa perspectiva analítica.

Nesse sentido, a discussão e reorganização do processo de trabalho com o protagonismo dos trabalhadores, a partir da realidade local e do trabalho vivo, deve ocorrer

com liberdade, com possibilidade desses sujeitos exercerem de fato a criatividade e a capacidade de operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde.

Então, esta pesquisa contribuiu também para dar visibilidade à violência institucional vicenciada pela gestante de risco e proporcionar a integração entre as duas Redes de Atenção, que cuidam da gestante de risco de uma mesma regional de saúde, mediante a aproximação entre gestores e trabalhadores de saúde. Sinalizou ainda a possibilidade de esse processo vir a efetivar-se além da pesquisa, pela necessidade das duas Redes de Atenção a partir da motivação e implicação dos sujeitos.

A partir da promoção da desterritorialização, é fundamental que ocorra avaliação permanente, por parte dos trabalhadores de saúde e gestores das duas Redes de Atenção, do fluxograma elaborado e adotado por ocasião deste estudo, mediante a revisitação e atualização de mudanças ocorridas no território.

Outra questão importante é o asseguramento do não engessamento dos processos existentes, como protocolos, estratificações de risco, trazendo efetivamente um olhar para além da clínica e do risco, pois, a presença de vulnerabilidades na vida dessas mulheres está presente e tem aumentado nos diferentes territórios.

A relação hierarquizada estabelecida historicamente entre as diferentes redes de atenção, em especial a AB e a AE, necessita ser ressignificada a partir da efetivação do modelo poliárquico, onde a AB seja, de fato, responsável pela coordenação do cuidado e ordenadora da rede, pois ficou evidenciado o distanciamento de um modelo integral, equânime e resolutivo, portanto, desafios para a gestão e a atenção.

Nesse contexto, a cooperação e a relação entre os sujeitos implicados nesse cuidado precisam ocorrer de forma efetiva e responsável, respeitando as singularidades e a competência de cada rede a partir de “saberes”, conhecimentos e intervenções possíveis no cuidado a essa mulher com gestação de risco.

A implementação da linha de cuidado à gestante é necessária ser reavaliada pelo município, no sentido de garantir uma atenção de qualidade, resolutiva e com corresponsabilidade entre os serviços, entretanto, é fundamental a garantia de recursos materiais e humanos, integração das equipes das Redes de Atenção e corresponsabilização das unidades de saúde e implementação de processos de educação permanente.

Sendo assim, expõe desnecessariamente gestantes e recém-nascidos a situações de risco, no momento em que não assegura o acesso aos serviços de saúde de acordo com as suas necessidades e em tempo oportuno. Portanto, reforçamos as palavras de Bourdieu trazidas no

início do estudo “tornar público o invisível”, ou o que é visível, mas é naturalizado, silenciado.

Reconhecemos que a reorganização das ações para a atenção à gestante, em especial à de risco, não ocorre de forma isolada dos demais processos. Portanto, é de fundamental importância que ocorra a reorganização do processo de trabalho nas instituições Atenção Básica e Especializada, com a incorporação, de fato, da integração dessas redes, da implantação da contrarreferência a partir de práticas inovadoras e instituintes no intuito de responder às necessidades desse grupo tão importante para o País, ou pelo menos deveria ser.

Essa questão é importante também como uma das ações a ser realizada para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil do município. Por isso, torna-se imperioso ressignificar os processos existentes na Estratégia Saúde da Família, entre eles, a forma de relacionar-se dos sujeitos, seja ele trabalhador, gestor ou usuário, pois está presente uma forte relação de poder disciplinar e de controle da gestão, com existência de hierarquia, autoritarismo e outras situações não afetuosas que contribuem para os desencontros e distanciamento dos sujeitos, provocando a violência institucional nas suas diferentes formas.

O estudo apontou também, a existência de violência institucional vivenciada pelos trabalhadores de saúde no cotidiano dos serviços de saúde, como a sobrecarga de trabalho, a forte presença de gestão autoritária, processo de trabalho com pouca e/ou sem qualquer participação dos trabalhadores de saúde e a deficiência do atendimento em função da insuficiência de vagas para serviços especializados, de medicamentos e de exames básicos imprescindíveis ao atendimento integral à gestante de risco, onde o sofrimento gerado ao trabalhador de saúde constitui-se também em uma forma de violência institucional.

Diante do exposto, faz-se necessário a elaboração de estudos para melhor aprofundamento acerca do tema para a promoção e prevenção da saúde mental dos trabalhadores.

Diferentes limites podem ser apontados no estudo: o tempo da pesquisa-intervenção, a não governabilidade do grupo em intervir em alguns analisadores surgidos, a participação de gestores e trabalhadores de saúde da Atenção Especializada em nível terciário e a intervenção ter ocorrida somente em uma regional de saúde.

Assim, o estudo confirma o pressuposto de que a gestante de risco vivencia, no cotidiano dos serviços de saúde, a violência institucional a partir da violação de seu direito à saúde, no qual a pesquisa-intervenção foi capaz de gerar movimentos instituintes a partir das reflexões, das análises coletivas entre gestores e trabalhadores de saúde e, conseqüentemente,

das desterritorializações, potencializando os encontros para a integração entre as Redes de Atenção que cuidam da gestante de risco, com o intuito de transformar a realidade atual.

Portanto, a luta pelo fortalecimento do SUS em nosso País é de fundamental importância, não podemos calar ou deixar de resistir ao modelo neoliberal que a cada dia tem excluído do sistema os que mais dele necessitam. Isto constitui-se numa violação dos direitos à saúde garantidos na Constituição Federal, quando não disponibiliza os recursos necessário para uma atenção integral e de qualidade.

Por fim, esta tese não esgota o estudo sobre o problema. O município tem ainda grandes desafios a serem enfrentados para reversão desse quadro. Há necessidade de ações governamentais mais eficazes que contribuam para o asseguramento da equidade ao acesso aos serviços de saúde, do direito à saúde, da justiça social e da garantia de uma vida com dignidade, em especial para aqueles que vivem em situação de risco e vulnerabilidade, passando de uma realidade cruel e excludente para uma realidade de respeito e atenção adequada à saúde das gestantes, o que de fato consiste à justiça que tanto desejamos.

“Justiça é um convite oportuno para renunciarmos a disputas políticas e avaliarmos se somos capazes de ter uma discussão sensata sobre em que tipo de sociedade realmente queremos viver.”

Jonathan

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, P. “Exclusión social em Europa: ¿vino viejo em odres nuevos? En MORENO, L. **Unión Europea y Estado del Bienestar**. Madrid: CSIC. 1997.
- ABREU DE JESUS, W.L., ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet.**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- ABUJAMRA, A.C.P.; BAHIA C.J.A. O Direito Social À Saúde na Constituição Federal de 1988: Reserva do Possível e Mínimo Existencial – Limites? Rev. **Novatio Iuris**, Porto Alegre, v.13, n.2, p. 49-76, 2009.
- AGUIAR, K. F., ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 648663, 2007.
- AGUIAR, J. M.; D’OLIVEIRA, A.F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface. Comunicação saúde e educação**, v. 5, p. 727-739.2010,
- _____. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.
- AGUIAR, J.M.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.11, p.2287-96. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Contra a Reformulação da PNAB 2017**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias>>. Acesso em: 1 jul. 2017.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. de Saúde Pública**, v.26, n.2, 2010. p.286-298.
- ALMEIDA, P. F.; GÉRVAS, J.; FREIERE, J.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul/set 2013.
- ALTOÉ, S. René Lourau: a Análise Institucional como cultura e generosidade. **Mnemosine**, v.3, n. 2, p. 298-302, 2007. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/issue/view/24>>. Acesso em: 18 dez. 2017.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. At-Risk Drinking and Illicit Drug Use: Ethical Issues in Obstetric and Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion No.422. **Obstet Gynecol**, v. 112, n. 6, p. 1449-60, 2008.

ANVERSA ETR, BASTOS GAN, NUNES LN, PIZZOL TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

AQUINO, E.M.L. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. **Cad. saúde pública**, v. 30, p. 8-10, 2014.

ARAÚJO, M.A.L.; BARROS, V. L.; MOURA, H.J.; ROCHA, F. B.; GUANABARA, M.A.O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-6, 2014.

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2004.

_____. **Desobediência Civil**. In: Crises da República. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **O Que é Política?** Trad. Reinaldo Guarany. 6.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 12 dez.2017.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AUMANN, Gretchen M.- E.; BAIRD, Margaret M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 630 p. p. 13-36.

AYRES JRCM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1301-11, 2011.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2009.

BAHIA, L., SCHEFFER, M., POZ, M.D., TRAVASSOS, C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016.

BARBIER, R. O Conceito de “implicação” na pesquisa- ação em ciências humanas. In: _____. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, p. 105-128.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2012.

BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, F. J.; SANTOS JUNIOR, J. L.; FELLI, V. E. A. **Violência no trabalho**: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2017.

BENHABIB, S. Models of Public Space: Hannah Arendt, the Liberal Tradition, and Jurgen Habermas. In: CALHOUN, C. (ed.). **Habermas and the Public Sphere**. Cambridge: The MIT Press, 1996.

BERNARDINO, V. M. P. **A mobilidade da força de trabalho e do consumo nas feiras de Maringá (PR - Brasil) e de Leiria (Portugal)**: a resistência dos trabalhadores e consumidores do setor no contexto do capitalismo global. 2015. 235f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

BEZERRA, M. O. BOURDIEU, Pierre. Sobre o Estado. **Rev. Hist.**, São Paulo, n.173, 2015.

BOAL A. **Jogos para atores e não atores**. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.

BOFF L. Saber cuidar: **ética do humano**: compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

_____. **Cuidado e Saúde**. Petrópolis: [s.n.], 2012.

BONNY, Y.; DEMAILLY, L. (Org.). **L'institution plurielle: le regard sociologique. Villeneuve d' Ascq**: Septentrion. [S.l.:s.n.], 2012.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11. ed. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. 160 p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil, 2010. 322p.

BOURDIEU, P., PASSERON, J. C. **A reprodução**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2012.

BRASIL, G. M. et al. **Pesquisa Cartografia da Criminalidade e da Violência na cidade de Fortaleza**. Fortaleza, CE, 2010. Disponível em:

<<http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/relatorio.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003a.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: **histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS, 2006b.

_____. Presidência da República. **Lei Maria da Penha nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília, 2006c.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério do Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2008b.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: **Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: 2009c. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010a, 30 dez.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: MS, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS; 2011c.

_____. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações para Gestão interferativa no SUS.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília, Ministério da Saúde, 2012c.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Rede HumanizaSUS.** Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual de Saúde. Ed.1. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS:** humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Departamento da Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ.** Versão preliminar, 3. ed. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde de 07 de abril de 2016.** Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016b.

_____. Emenda Constitucional Nº 95, de 2016. **Diário Oficial da União - Seção 1 - 16/12/2016,** Brasília, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 218 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Competência jan/2018.

BRILHANTE, A.P.C.R. **Prevalência e fatores associados à violência intrafamiliar contra criança em uma área atendida pela estratégia saúde da família**. Fortaleza: [s.n.], 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G.W.S., FIGUEIREDO, M.D., JÚNIOR, N.P., CASTRO, C.P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comunicação A saúde Educação**, v. 18, Supl 1, p. 983-95, 2014.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação Permanente nos Serviços de Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160317, 2017.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: Perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, mar. 2013 .

CARVALHO, G. Contra a Regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados. **Revista CONASEMS**, v. 23, nov. 2005.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica / SESA/Ce. **Mortalidade Materna no Ceará**. Dados atualizados em 26/05/2015 *Dados sujeito a revisão.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos**. Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Hospital Geral de Fortaleza. **Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade Hospitalar – NSPQH**. Ceará, 2016b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle**. CRESUS- Central de Regulação Estadual do SUS. UNISUS WEB, 2017.

_____. Governo do Estado do Ceará. **Programa Nascer no Ceará**. Ceará, 2018.

CECÍLIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 3, p. 557 – 566, mar. 2010.

CECILIO, L.C.O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul, 2014.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2006.

COELHO MO, JORGE MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cien Saude Colet.**, v. 14, Supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

COIMBRA, C. M. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível? **Revista do Departamento de Psicologia- UFF**, Niterói, v. 7, n.1, p. 52-80, 1995.

COIMBRA, M. C. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói: EdUFF, 2008. p. 143-153.

CONILL E, FAUSTO M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

CONILL, E. M.; PIRES, D.; SISSON, M. C.; OLIVEIRA, M. C.; BOING, A. F.; FERTONANI, H. P. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 783-2794, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Documento Orientador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES. SAUDE DAS MULHERES: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE COM EQUIDADE, 2., 2017. Brasília. **Anais...** Brasília: [s.n.], 2017.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **10 Anos da adoção da Convenção Intraamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Brasília, jun. 2004.

COSTA, L.D.; CURA, C.C.; PERONDI, A. R.; FRANÇA, V.F.; BORTOLOTTI, D.S. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M.F.G.; SAYD, J.D.; TEIXEIRA, M.T.B.; COUTINHO, C.M.; COUTINHO, L.M. Monitoring the pre-natal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, p. 563-9, 2010.

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **FEMINA**, v. 42, n. 1, 2014.

CRUZ NETO, O., MOREIRA, M. R. **A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural.** Ciência e saúde coletiva. V. 4, n. 1, pp. 33-52, 1999.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

DAHLBERG, L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, suppl., p.1163-1178, 2006,

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs: **capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: **aportes metodológicos.** Campinas: Papirus, 2001.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde coletiva**, v.10, n.3, p.615-26. 2005.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cad. de Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2647-55, 2006.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Pública**, v. 1, n.1, p.80- 91. 2006.

DOMINGUES, RM.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.AB.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, p. 425-37, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

DOUZINAS, Costas. **O Fim dos Direitos Humanos.** São Leopoldo: Unisinos, 2009.

ENRIQUEZ, E. Da formação e da intervenção psicossociológicas. In: MACHADO, E. et al. (Org.). **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Belo Horizonte: Autêntica, 2011.p. 211-236,

- FALEIRO, S.N. **A pesquisa científica**. Disponível em: <http://ensino.univates.br/~snf/mettecn/Cap3_Pesquisa_cient%EDfica.ppt>. Acesso em: 14 jul. 2016.
- FARIA, EM. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p.121-49.
- FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saude Debate**, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014.
- FELIX, M. M.; KUSCHNIR, F. C. Alergia à penicilina: aspectos atuais. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/ UERJ**, v. 8, n. 3, jul/set. 2011.
- FERLA. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- FERREIRA JÚNIOR, A.R. **Profissionalização invisível: formação e trabalho de doulas no Brasil**. 2015. 189f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2015.
- FIGUEIREDO, M.S.N.; CAVALCANTE, E.G.R.; OLIVEIRA, C.J.; MONTEIRO, M.F.V.; QUIRINO, G.S.; OLIVEIRA, D.R. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 345-5, 2015.
- FLEURY, S.; BICUDO, V.; GABRIELA, R. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2013.
- FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- FONSECA, M. **Foucault e o direito**. 2001. 187f. Tese (Doutorado em Direito)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- FORTUNA, C. M. et al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, jun. 2012.
- FORTUNA, C.M.; MONCEAU, G.; VALENTIM, S.; MENNANI, K.L.EI, Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a análise institucional. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 26, n. 2, p. 255-266, maio/ago. 2014.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. (Ed.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-252.

_____. **Estratégia, Poder-Saber. Ditos e Escritos.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

_____. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: _____. **Ética, Sexualidade e Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

_____. História da sexualidade. **A Vontade de saber,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2013.

_____. Vigiar e punir: **nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014a.

_____. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

_____. **Microfísica do poder.** 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2017.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2005.** Fortaleza, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Comitê Mortalidade Materna no 2012.** Área Técnica Saúde da Mulher. Fortaleza, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de fortaleza 2014 – 2017.** Fortaleza, 2013.

_____. **Desenvolvimento humano, por bairro, em fortaleza.** Secretaria municipal do desenvolvimento econômico. Fortaleza, 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes Clínicas para a Gestante.** Fortaleza, 2016a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Básica.** Fortaleza, ago 2016b.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018- 2021.** Fortaleza, 2017a

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana.** Fortaleza, 2017b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Índice de desenvolvimento humano do município-IDH-M.** Fortaleza, 2017c.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Célula da Vigilância Epidemiológica/Sinan Net** *Dados até Out/2017 sujeito a alterações. Fortaleza, 2018.

FLORIANÓPOLIS. Governo do Estado de Santa Catarina. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Lei nº 17.097/ 2017.** Florianópolis, 2017.

FRANCO TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p. 459-74.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira / prefácio de Jacques Chonchol Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P.; HORTON, M. **O Caminho Se Faz Caminhando**. [S.l.]: Vozes, 2011.p. 229.

GALVÃO, T.F.; SILVA, M.T.; SERRUYA, S.J.; NEWMAN, L.M.; KLAUSNER, J.D.; PEREIRA, M.G. et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 8, n. 2, p. e56463, 2013.

GAVARINI, L. L'intervention assommoir. In: FELDMAN, J. (Org.), **Le sujet et l'objet: implications**. Paris: C.N.R.S, 1986, p. 289-309.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. **SEMERGEN**, v. 31, n. 9, 2005. p.418-423.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C, (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2, 2016

GOYA, N.; ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; TAIRA, F.S. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.4, p.902-919, 2016.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOST GARDE, J. et al. Gestión sanitaria y tecnologías de la información. In: REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD, 2., 2000. Pamplona. **Anais...**Pamplona: SEIS, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2005.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N. B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *reme – Rev. Min. Enferm.*, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set., 2012.

GUIZARD, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.

HAN, BYUNG-CHUL. **Sociedade do cansaço**. tradução de Ênio Paulo Giachiru. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: SOUZA, E. C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Orgs). **Tempos, narrativas e ficções: a intervenção de si**. Porto Alegre: ED IPUCRS, 2006, p. 89-103.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System performance through better care coordination**: Health Working Paper n. 30. Paris: OECD, 2007.

HORTA BARBOSA, L. A. **Obstetrícia prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. 1020 p. (Ginecologia-obstetrícia).

IASI ML. **Ensaio sobre consciência e emancipação**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011.

IGO, P. Un paso más hacia la inclusión social. In: _____. **Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social**. Barcelona: Plataforma de ONGs para la Acción Social, 2000.

INSTITUTO E SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. **APS**. Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/unidades/hrn/159-unidades/atencao-primaria-a-saude>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ. **IDH de Fortaleza**. Disponível em: <<https://ifce.edu.br/proen/defe/jif/fortaleza>> . Acesso em: 5 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php.Sigla=ce>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUSTEN FILHO, M. **Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico**. 2005. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

KNIGHT, AW, PADGETT, J.; GEORGE, B.; DATOO, MR. Reduced waiting times for GP: two examples of “advanced access” in Australia. **Med J Aust.**, v.183, n. 2, p. 101-103, 2005.

KOPACH, R.; DE LAURENTIS, P.C.; LAWLEY, M.; MUTHURAMAN, K.; OZSEN, L.; RARDIN, R.; INTREVADO, P.; QU X.; WILLIS, D. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. **Health Care Manag Sci.**, v. 10, n. 2, p. 111-124, 2007.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

_____. Uma reflexão sobre o analisador dinheiro num trabalho de longa duração. In: ALTOÉ, S.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Saúde Loucura 8: Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-100.

_____. Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional. In.: BARROS, N. F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos Olhares**. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas-SP, 2005. p.235-246.

_____. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n.1, p.194-219, 2012.

_____. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. **Análise institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 31-58.

LAPASSADE, G. **As Microsociologias**. Brasília: Liber Livro, 2005.

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e instituições**. Texto estabelecido e apresentado por Remi Hess. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Coleção Psicologia Social).

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.10, n. 4, p. 867 – 874, 2011.

LEAPE, L.L.; SHORE, M.F.; DIENSTAG, J.L.; MAYER, R.J.; EDGAMN-LEVITAN, S.P.A.; MEYER, G.S.; HEALY, G.B. Perspective: a culture of respect, Part I: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic medicine**, v.87, n.7, p.845-52. 2012.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

LEITÃO, I. M. T. **Adaptação Transcultural e Validação de Questionário do Capital Humano no Contexto**. 2016. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceara, Fortaleza, 2016.

LIMA, WC.M.B.; ASSIS, M.M.A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Rev Baiana Saude Publica**, v. 34, n. 3, p. 439-449, 2010.

LLANO, A. “La nueva sensibilidad y el cuidado integral del enfermo”. In: SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE ÉTICA EM ENFERMERÍA, 2., Pamplona. **Anais...** Pamplona: [s.n.], 1990, p. 63.

LOPES, José Rogério. “Exclusão social” e controle social: estratégias contemporâneas de redução da sujeitidade. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 13-24, 2006.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.G. Políticas contractuales en atención especializada. In: REPULLO, J.R.; IÑESTA, A, **Sistemas y servicios sanitarios**. Madri: Diaz de Santos; 2006.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro, UERJ, 1993.

_____. Profondeur de champ dans la socianalyse. **Pratiques de formation/ Analyses**, v. 32, p. 19-24, 1996.

_____. René Lourau na UERJ - 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2007.

_____. **Implicação e sobreimplicação**. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec 2003.

_____. Objeto e método da Análise Institucional. In: El Análisis Institucional. Madri: Campo Aberto, 1977. Tradução de Heliana de Barros Conde Rodrigues e Patrícia Jacques Fernandes. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 66-86.

_____. O instituído contra o instituinte. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 47-65.

_____. **A Análise institucional**. Petrópolis: 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.p.11-325.

LUZ, J.; TESSER, C. D. **Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis**. 2009. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. “Horizontal equity in health care utilization in brazil, 1998-2008”, **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 33, p. 1–8, 2012.

MDA, G.; DOS SANTOS, G.H.; SOUSA, M.D.A. S.; DA COSTA, J.E.; SIMÕES, V.M. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 33, n. 11, p. 354-60, 2011.

MELO, A.L.L. **Perfil de mulheres com dificuldade de acesso hospitalar no momento do parto em Fortaleza-CE, no contexto da Rede Cegonha**. 2015. 189f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2015.

MELO, C.O.M.; MOREIRA, S.N.T.; TERTULIN, F.F.; AZEVEDO, G.D. Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Femina**, v.36, n.2, p.73-7. 2008.

MENDES, E. V. **O SUS e a atenção primária de saúde**. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

_____. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-48, out 2014.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENDONÇA, F.A. C.; SAMPAIO, L. R. L.; JORGE, R.J.B.; SILVA, R. M.; LINARD, A. G.; VIEIRA, N. F.C. Prevenção do Câncer de Colo Uterino: Adesão de Enfermeiros e Usuárias da Atenção Primária. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 261-70, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.71-112.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

_____. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 2002.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde pública**, n. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

_____. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: CAMPOS RO; FURTADO J; PASSOS E; BENEVIDES R. (Orgs.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: **desenho participativo e efeitos da narratividade**. Campinas: Hucitec, 2008. p. 15-19.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MIRANDA, A. S. **Pluralismo agenciado da política e gestão pública de saúde em institucionalidade híbrida e dinâmica de (quase) mercado**. Rio de Janeiro: Cebes, 2013.

MIRANDA, L. L. Subjetividade: A (des)construção de um conceito. In: SOUZA, S. J. (Org). **Subjetividade em questão: A infância como crítica da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005, p. 29-46.

MIRANDA, L. L.. OLIVEIRA, E. N. P.. SHIOGA, J. E. M.. RODRIGUES, D. C. Pesquisando com jovens na escola: desafios da pesquisa-intervenção em dois contextos escolares. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, n. 2, maio/ago.2016

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONCEAU, G. Pratiques socioanalytiques et socio-clinique institutionnelle. **L' Homme et la Sociétés**, n. 1, p. 47-8, 2003.

_____. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a10v31n3>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Niterói, RJ, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2008.

_____. La socio-clinique institutionnelle pour la recherche en éducation et en santé. In: SÉMINAIRE ANALYSE INSTITUTIONNELLE ET SANTÉ COLLECTIVE, 2., 2010; Niterói. **Anais...** Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2010. 1 CD-ROM.

_____. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e saúde. In: L'ABBATE S, MOURÃO LC, PEZZATO L.M, **Análise institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 91-103.

_____. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217 abr. 2015.

NOGUEIRA, MI. Assistência pré-natal: **prática da saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 35-7.

NUÑO RS. Un breve recorrido por la atención integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.

ODALIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em 18 maio 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Every women, every child:** strenghtening equity and dignity throught health. The second report on the independente expert review group on information and accountability for women's and children's health, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014.** São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Violência no Brasil.** 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-tem-a-nona-maior-taxa-de-homicidios-das-americas-alerta-oms/>>. Acesso em: 2 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos,** 2005. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/UNESCO>>. Acesso em: 15 maio 2017.

O'DWYER, G.; REIS, D.CS.; SILVA; L;L;G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 15, n. 3, p. 3351- 60, 2010.

OUVERNEY, AM.; NORONHA, JC. Modelos deorganização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030:** prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde[online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAIM, J. S. Regionalização em Saúde: a atualização de uma agenda política. **Saúde em debate,** Rio de Janeiro, n. 42, abr. 2008.

PAIM, C.T.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINK, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet,** v. 2, n. 1, 2011.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina,** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan./jun. 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

_____. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa,** v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.

PASSOS, E., PALOMBINI, A.L., CAMPOS, R.O., RODRIGUES, S. E., MELO, J., MAGGI, P. M., MARQUES, C. C., ZANCHET, L., CERVO, M.R., EMERICH, B. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, v. 41, p.24-38, maio/ago. 2013.

PAULON, S. M. A. Análise de Implacação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

PEDRAZA, D.F.; ROCHA, A.C.D.; CARDOSO, .M.V.M.L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 35, n. 8, p. 49-56, 2013.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.**, v. 20, n.1, p. 124- 35. 2011.

PEIXOTO, S.F.; MARSIGLIA, R.M.G.; MORRONE, L.C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.3, p.785-794, 2013.

PERES, C.R.F.B.; CUNHA JUNIOR, A.L.; SILVA, R.F.; MARIN, .M.J.S. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.14, n. 4, p. 559-565, 2010.

INQUÉRITO Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras. Campinas: ACESSUS, 2013.

_____. Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras. **Gestação de Alto Risco**, Campinas, v. 2, n . 1, 2016.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.386-398, 2012.

PINHEIRO, A. A. A. Metodologias e Práticas na Formação de Educadores. In: SEMINÁRIO INTERAMERICANO SOBRE O DIREITO À PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS, 1., 2013. Curitiba. **Anais...** Curitiba: [s.n.], 2013.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PIRES, M.R.G.M; GOTTEMS, L.B.D.; MARTINS, C.M.F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

PONTES, D. C. F. **Política de Humanização na Estratégia de Saúde da Família**: caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/ Ce. 2014. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

PRADO, C. V. **Saúde pública, disfunções burocráticas e o imaginário da norma.**

Disponível em: <<https://www.brasil247.com/pt/colunistas/cassiovilleprado/236704/Saúde-pública>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

PROENÇA, C. **A exclusão social em cabo verde: uma abordagem preliminar.** Lisboa: ACEP, 2005. p. 1-73.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 13, supl.1, p. 759-68, 2009.

RICCI SS. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

ROCHA, M. L. Formação e Prática Docente: Implicações com a Pesquisa-Intervenção. In: MACIEL, I. M. (Org.). **Psicologia e Educação: Novos Caminhos Para a Formação.** Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001 p. 175-191.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 195-256.

RODRIGUES, H. B. C. Análise Institucional Francesa e a transformação social: o tempo (contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, H. C. R.; ALTOÉ, S. **SaúdeLoucura.** São Paulo: Hucitec, 2006.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; PENNA, L.H.G.; PEREIRA, A.V.; BRANCO, M.B.L.R. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

RODRIGUES, F.A.C.; LIRA, S.V.G.; MAGALHÃES, P.H.; FREITAS, A.L.V.; MITROS, V.M.; ALMEIDA, P. C. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Re p r o d c l i m**, v. 32, n. 2, p. 78–84, 2017.

ROMAGNOLI, R. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROSEN R, HAM C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, 2008.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise Institucional: Revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, jan./jun 2014.

SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES, M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA. T;C;S. Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 712–8, 2007.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A. JORGE, A.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2008.

SANTOS, G.H.; MARTINS, M.D.A. G.; SOUSA, M.D.A. .; BATALHA, S.D.E J. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O.M. **SUS – O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes Interfederativas de Saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf#page>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

_____. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2876-2880, 2012.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização.** Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a--saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SAVOYE, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, v.3, n.2, p.181-193. 2007. Disponível em: <<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/275/418> >. Acesso em: 18 jun. 2018.

SERRA JMP. **Alienação.** Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2008. Disponible en: <http://www.lusosofia.net/textos/serra_paulo_alienacao.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SEVERO, A.K.S. **A Institucionalização da Supervisão na Reforma Psiquiátrica Brasileira: (re) produção de controles e desvios junto às equipes de saúde mental.** 2014. 189f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SHI, L.; MACINKO, J.; STARFIELD, B.; XU, J.; REGAN, J.; POLITZER, R.; WULU, J. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. **J Epidemiol Communi-ty Health**, v. 58, n. 5, p. 374-380, 2004.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica.** 2012. 145f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA JÚNIOR, E.S.; MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; FONSECA, A.C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v. 10, Supl. 1, p. 549-560, 2010.

SILVA, R.M.S.; COSTA, S. C.; MATSUE, R.Y.; SOUSA, G.S.; CATRIB, A.M. F.; VIEIRA, L.J.E. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012.

SOUSA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 2, p. 381-4, 2011.

SOUSA, D. et al. O Programa Mais Médico na Perspectiva dos Atores Sociais Responsáveis por sua Implantação e dos Beneficiários no Município de Boqueirão. **REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, v. 5, n. 3, p. 59-75, 2015. ISSN: 2237-3667.

SOUZA, R. L. Hannah Arendt e a política sem piedade. **Política e Sociedade**, n. 12, abr. 2008.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R. L.A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S100-S110, 2008.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 822-827, out./dez. 2010.

SPENCER, J. C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.74, p.119-126, 1993.

STARFIELD, B. New Paradigms for Quality in Primary Care. **Br J Gen Pract.**, v. 51, n. 465, p. 303-309, 2001.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD CL, ESCALANTE JJC, RABELLO NETO DL, DE SOUZA JUNIOR PRB, VICTORA CG. **Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011.** Cad. Saúde Pública. 2014; 30(Supl 1): S71-S83.

TEDESCO, J.J.A. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: TEDESCO, J.J.A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p.869-883, 2014.

THOREAU, Henry David. **A Desobediência Civil.** Porto Alegre: L&PM, 2010.

TORRALBA ROSELLÓ, F. **Antropologia do cuidar**. Organização literária e apresentação de Vera Regina Waldow; tradução de Guilherme Laurito Summa- Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.- (Série Enfermagem).

TRAD, L.A.B.; MENEZES ROCHA, A.A.R. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Cienc Saude Colet.**, v. 16, n. 3, p. 1969- 1980, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 20, Supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Mapa da Criminalidade e da Violência, Perfil da VI**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_VI.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

VASCONCELOS, M.D. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. **Educação & Sociedade**, Ano 23, n. 78, abr. 2002.

VASCONCELOS, M.G.F.; JORGE, M.S.B.; CATRIB, A.M.F.; BEZERRA, I.C.; FRANCO, T.B. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 57, 2016.

VAZQUEZ, M.L.N.; VARGAS, I.L. **Organizaciones sanitarias integradas**: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VEGA, C.E.P.; SOARES, V.M.N.; NASR, A.M.L.F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 00197315, 2017.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília, UNFPA, 2009.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. Atenção psicossocial em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 9, p. 373-379, 2004.

VIEIRA JUNIOR, R.J.A. **As Inconstitucionalidades do “Novo Regime Fiscal” instituído pela PEC Nº 55, de 2016 (PEC n. 241, de 2016, na Câmara dos Deputados**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-deestudos/boletins-legislativos/bol53>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S;G;N;D.; THEME, F;A; M.M.; COSTA, J.V.D. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 30, Supl 1, p. S85-100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. **Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996.

_____. **Prevention and Elimination of disrespect abuse during childbirth**. 2015.

Disponível em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statementchildbirth/en/>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. **Maternal mortality.** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com mulher com gravidez de risco

Data: _____ Código da Entrevista: _____

Unidade de Saúde: _____

1ª Parte: Dados Pessoais

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Escolaridade: _____

Religião: _____ Pratica: Sim _____ Não _____

Trabalha: Sim _____ Não: _____ Quanto tempo sem trabalho? _____

Unidade Básica de Saúde/ SR: _____ Quantas vezes você engravidou? _____

Todas foram gestação de Risco? _____ Foi informando porque seria encaminhada
para outro serviço? _____ Todas foram gestação de Risco? _____

Quantos filhos tem? _____ Todos moram com você? _____

2ª Parte: Exploração Temática

História da Gestação e a percepção das mulheres com gestação de risco sobre violência institucional

- Como ocorreu o percurso da sua gravidez da atenção básica a atenção especializada?
- Como é seu acompanhamento na Atenção Básica e na Atenção Especializada?
- O que você acha que precisa melhorar no acompanhamento do pré-natal na Atenção Básica e na Atenção Especializada? Focar nas necessidades.
- Como você se sentiu quando não foi possível o agendamento da consulta do pré-natal na Atenção Básica e para a Atenção Especializada ou quando não teve acesso aos exames laboratoriais solicitados e aos medicamentos prescritos? Comente sobre essas questões.
- O que você entende por violência praticada nos serviços de saúde?
- Fale sobre seu sentimento quando sentiu em algum momento seu direito não foi considerado pelo serviço de saúde.
- Você conhece os profissionais da ESF e da AE que lhe acompanha? Quais os momentos que você mantém contato com eles?

- Você está fazendo o pré-natal na Atenção Básica e nesse serviço especializado? Fale um pouco sobre esses atendimentos, o tempo de uma consulta para outra, se leva informação de um serviço para o outro, etc.
- Gostaria de abordar alguma questão a mais que não foi relatada nesta entrevista?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com trabalhador de saúde que atendem ou acompanham
mulher com gravidez de risco

DATA:

UNIDADE DE SAÚDE

1ª PARTE: DADOS DA (O) ENTREVISTADA (O):

Data do Nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Profissão:

Quantos anos de formado:

Realizou alguma Pós-graduação? Qual?

Quantos anos de atuação na atenção ao pré-natal:

Tipo de vínculo e carga horária:

1. Nos últimos 5 anos realizou algum curso na área da mulher, no ciclo gravídico puerperal?

2ª PARTE: EXPERIÊNCIA E PERCEPÇÕES DO PROFISSIONAL NA TEMÁTICA

1. Fale sobre o atendimento realizado por você a uma gestante de risco.

2. Como você cuida de uma gestante que foi referenciada para atenção especializada e não conseguiu agendar atendimento?

3. Para você quais as situações limites/ dificuldades e as facilidades que você percebe ao atender a gestante de risco?

4. O que é para você violência na instituição provocada pelo serviço de saúde?

5. Em algum processo de formação que você participou foi abordado a violência institucional, os direitos da mulher em especial no ciclo gravídico puerperal? Como ocorreu essa situação?

6. Como você pensa a educação permanente no serviço, em especial na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal?

7. Como o sistema de informação contribui no conhecimento das gestantes de sua área/ unidade?

8. Para você como o modelo de atenção atual a partir da implantação do acolhimento tem contribuído ou não na saúde da mulher em especial na atenção ao pré-natal?

9. Gostaria de abordar alguma questão sobre o assunto que não foi relatada nesta entrevista?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com gestores da Atenção Básica e Atenção Especializada

DATA:

UNIDADE DE SAÚDE

1ª PARTE: DADOS DA (O) ENTREVISTADA (O):

Data do Nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Profissão:

Tipo de vínculo/ CH:

Quantos anos de formada (o)?

Tempo na atual gestão:

Atuou em cargo de gestão anteriormente?

Quanto tempo?

Tipo de vínculo e carga horária: Já atendeu ou acompanhou alguma gestante de risco?

2ª PARTE: QUESTÕES ABERTAS

EXPERIÊNCIA E PERCEPÇÕES DA (O) GESTORA (O) NA TEMÁTICA

1. Fale sobre sua experiência no atendimento a uma gestante de risco.
2. Como você cuida de uma gestante que foi referenciada para atenção especializada e não conseguiu agendar atendimento?
3. Para você quais as situações limites/ dificuldades e as facilidades que você percebe ao atender a gestante de risco?
4. O que é para você violência na instituição provocada pelo serviço de saúde?
5. Em algum processo de formação que você participou foi abordado a violência institucional, os direitos da mulher em especial no ciclo gravídico puerperal? Como ocorreu essa situação?
6. Como você pensa a educação permanente no serviço, em especial na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal?
7. Como o sistema de informação contribui no conhecimento das gestantes de sua área/ unidade?
8. Para você como o modelo de atenção atual a partir da implantação do acolhimento tem contribuído ou não na saúde da mulher em especial na atenção ao pré- natal?
9. Gostaria de abordar alguma questão sobre o assunto que não foi relatada nesta entrevista?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Sou Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, portadora do CPF: 232522603-44, aluna do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Você está sendo convidada a participar de uma de pesquisa que contribuirá para melhoria da assistência prestada a saúde da mulher no período gestacional do município de Fortaleza. A sua participação é através de uma entrevista com questões abertas e fechadas e durará em torno de 30 minutos.

É importante você entender que não é obrigada a sua participação no estudo e que todos os seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo, de maneira confidencial, ficando sua identidade inteiramente protegida e a qualquer fase você poderá ter acesso às informações e conclusão do presente estudo, bem como ao resultado dessas análises.

Saiba que a qualquer momento você poderá pedir para sair da pesquisa. Em caso de dúvida posterior, poderá procurar a pesquisadora para esclarecê-la. Se decidir participar, assine o formulário e mantenha uma cópia deste documento para sua informação. Agradecemos sua colaboração.

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Endereço do (s, as) responsável (eis) pela pesquisa:

Instituição: Universidade Estadual do Ceará- UECE

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60741-000

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. –Telefone: 3101-9891

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ou
 DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, de _____ de 2017

Participante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

APÊNDICE E - Relação das instituições que colaboraram com a pesquisa

- Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana- HDGMM
- Hospital Geral de Fortaleza- HGF
- Ministério da Saúde
- Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
- Secretarias Regionais de Saúde
- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
- Universidade Estadual do Ceará (UECE);
- Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);

APÊNDICE G - Momentos dos encontros

Encontro 1 – Restituição da pesquisa**Encontro 2**

Encontro 3



Encontro 4 –



APÊNDICE H – Casos de violência institucional

CASO 1 (Caso Escolhido)

Adolescente de 16 anos, solteira, iniciou o pré-natal no 2º trimestre, escondendo a gestação da família, realizou US obstétrica que detectou gestação gemelar. Foi descoberta pelo ACS que a encaminhou ao posto para iniciar o PN com apenas o US realizado. Foram solicitados exames laboratoriais de rotina de pré-natal, porém o laboratório não está colhendo por falta de material. Preenchido o cartão, cadastrado no SISPRENATAL, realizados os testes rápidos e encaminhado ao Pré-Natal de Risco. A coordenação agendou o atendimento para o mês seguinte, pois a paciente não tinha um documento (CPF).

CASO 2

Gestante estava fazendo o pré-natal de alto risco no Hospital de referência da regional e ao ser atendida em uma consulta de emergência nessa instituição foi encaminhada a unidade básica para agendamento para tratamento no ambulatório de DST no hospital que encaminhou.

CASO 3

Gestante na sala de espera da UAPS, entra em trabalho de parto e a unidade não dispõe de transporte sanitário. Profissionais precisam se mobilizar particularmente para levar a gestante ao serviço de emergência/ maternidade.

APÊNDICE I - Programação do seminário entre as duas redes de atenção

Seminário “Atenção à Gestante no Pré-Natal de Risco: Acesso da Atenção Básica à Atenção Especializada”

Data: A definir

Local: A definir

Público: Trabalhadores de Saúde e Gestores da SR VI (UAPS e HDGMM)

Horário: 8h00 às 13h00

8h00 às 8h30: Acolhimento com Cirandas da Vida (Falar sobre o Cuidado)

8h30 às 9h00: Atenção à Mulher com Gestação de Risco

- Redução da Mortalidade Materna e Infantil: desafios atuais
- Estratificação de Risco

Léa Dias (Coordenação da Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Fortaleza)

9h00 às 9h15: Debate

9h15 às 9h45: Restituição da Pesquisa intitulada “Inquérito Sobre Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada na Gestação de Risco”

Responsável: Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante (Pesquisadora)

9h45 às 10h00: Debate

10h00 às 10h15: Intervalo

10h15 às 10h45: Acesso à Gestante de Risco à Atenção Especializada: conhecendo a instituição e a sua atuação no pré-natal de risco como referência para a SR VI

Responsável: Direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana

10h45 às 11h00: Debate

11h00 às 11:30: Integração da Rede de Atenção Básica e Atenção Especializada: contribuições no caminhar da gestante de risco e garantia do direito à saúde

Responsável: Juliana e Cecília (Articuladora da Atenção Básica da SR VI e Técnica de Saúde da Mulher)

Apresentação da proposta final do fluxo a ser percorrido da gestante de risco nas unidades de saúde (AB e AE), Referência e contrarreferência.

Monitoramento, encontros sistemáticos entre as Redes de Atenção.

11h30 às 11h45: Debate

11h45 às 12h00: Encerramento

ANEXOS

ANEXO A - Mapa de Vinculação das Gestantes para o Parto: das Unidades Básicas de Saúde para as Maternidades de Fortaleza

SR I	SR II	SR III	SR IV	SR V	SR VI
HDGMC. (H. Gonzaga Mota Barra do Ceará)	Hospital Cura D'ARS/ HGDCC	Maternidade Escola/MEAC	Hospital Cura D'ARS/ HGDCC	H. D. Gonzaga Mora José Walter/ MEAC	HD Gonzaga Mora de Messejana/ HGF
CSF Floresta	CSF Mirian Porto Mota	CSF Prof. Luis Recamod Capelo	CSF Filgueiras Lima	CSF Zélia Correia	CSF Terezinha Parente
CSF Lineu Jucá	CSF Pio XII	CSF César Cals	CSF Dr. Luis Costa	CSF Viviane Benevides	CSF Evandro Ayres de Moura
CSF Fernando Façanha	CSF Benedito Artur de Carvalho	CSF João XXIII	CSF Roberto Bruno	CSF Luiza Távora	CSF José Barros de Alencar
CSF João Medeiros de Lima	CSF Irmã Hercília Aragão	CSF Fernandes Távora	CSFMaria José Turbay Barreira	CSF Pedro Celestino	CSF Galba de Araújo
CSF Prof. Rebouças Macambira	CSF Paulo Marcelo	CSF Prof.Santa Liduina	Maternidade Escola/ MEAC	CSF José Paracampos	CSF Maria de Lourde Jereissati
CSF Francisco Domingos da Silva	Hospital Geral de Fortaleza- HGF	CSF Waldemar de Alcântara	CSF Abel Pinto	CSF José Walter	CSF César Cals de Oliveira
CSF 4 Varas	CSF Aida Santos e Silva	CSF Anastácio Magalhães	CSF Gutemberg Braun	CSF Graciliano Muniz	CSF Pedro Sampaio
CSF Casemiro Lima Filho	CSF Frei Tito	CSF José Sobreira de Amorim	CSF José Vaidivino de Carvalho	CSF João Elísio Holanda	CSF Manoel Carlos Gouveia
Hospital Geral César Cals/ HGDCC	CFS Flávio Marcílio	CSF Ivana de Sousa Paes	CSF de Parangaba	CSF Parque São José	CSF Hélio Goes Ferreira
CSF Carlos Ribeiro e Anexo- N. Sra. Medianeira	CSF Odorico de Moraes	CSF Eliézer Studart	CSF Ocelo Pinheiro	HD Nossa Sra. Conceição/ MEAC	CSF de Messejana
CSF Dr. Paulo de Melo Machado	CSF Rigoberto Romero		CSF Oliveira Pombo	CSF Galba de Araújo	CSF Anísio Teixeira

SR I	SR II	SR III	SR IV	SR V	SR VI
HDGMC. (H. Gonzaga Mota Barra do Ceará)	Hospital Cura D'ARS/ HGDCC	Maternidade Escola/MEAC	CSF HD Gonzaga Mota José Walter/ MEAC	H. D. Gonzaga Mora José Walter/ MEAC	HD Gonzaga Mora de Messejana/ HGF
CSF Virgílio Távora	CSF Célio Brasil Girão	CSF Prof. Clodoaldo Pinto	CSF Projeto Nascente	CSF Dom Lustosa	CSF Francisco Melo Jaborandi
CSF Guiomar Arruda e Anexo Médicos sem Fronteiras		CSF Meton de Alencar	CSF Luís Albuquerque Mendes	CSF Abner Cavalcante Brasil	CSF Matos Dourado
		CSF Humberto Bezerra		CSF Guarany Mont'Alverne	CSF Waldo Pessoa
		CSF George Benevides		CSF Edmilson Pinheiro	CSF Prof. João Hipólito
				CSF Maciel de Brito	CSF Edmar Fujita
				CSF Argeu Herbster	HD Gonzaga Mota José Walter/ HGDCC
				CSF Jurandir Picanço	CSF Janival de Almeida
				CSF Siqueira	CSF Vicentina Campos
					CSF Alarico Leite

Maternidades de Referência para Alto Risco

Hospital da Mulher
Hospital Geral Dr. Cesár Cals
Maternidade Escola Assis Chateaubriant
Hospital Geral de Fortaleza

Maternidades de Referência para Risco Habitual

HDG Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Gonzaga Mota José Walter, Hospital N.S. Conceição, Hospital da Mulher, Hospital Dr. Cesar Cals, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Cura D'ARS, Maternidade Escola (MEAC)

ANEXO B - Estratificação de risco da gestante

RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO
Idade entre 15 e 34 anos	Idade menor que 15 e maior que 34 anos
Intervalo interpartal maior que um ano	Cirurgia uterina anterior menor que um ano
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual	Intervalo interpartal menor que um ano
	Infecção urinária (podendo ser conduzido na atenção primária);
	Infecção urinária (podendo ser conduzido na atenção primária);
	Infecção urinária (podendo ser conduzido na atenção primária);
	Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário
	Situação conjugal insegura
	Baixa escolaridade (< 4 anos)
	Tabagista
	Altura menor que 1,45m
	Nuliparidade e Multiparidade
ALTO RISCO	
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	NA GRAVIDEZ ATUAL
Morte perinatal	Malformação fetal
Abortamento habitual	Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico
Esterilidade/infertilidade	Gestação múltipla
Prematuridade;	Ganho ponderal inadequado
Eclampsia	Diabetes gestacional
	Pré-eclâmpsia
	Hemorragias da gestação
	Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
	Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias
	Hemopatias; Epilepsia
	Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV)
	Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.);
	Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro; > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorno
	Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez; - Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal
	Isoimunização
	Hipertensão Arterial
	Infecção urinária de repetição; - Doenças neurológicas
	Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento (psicose, depressão grave); - Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; - Arboviroses (Dengue, Zica e Chikungunha).
TRABALHADOR	GESTOR
Cuidar melhor de todos o caminhar das gestantes, em especial a de risco.	Pensar/ criar novos mecanismos que possibilitem o aperfeiçoamento da rede de assistência às gestantes, pensando inclusive, o atual sistema de regulação.

TRABALHADOR	GESTOR
Socializar as informações e fluxos com todos os trabalhadores, com objetivo de uma linguagem única.	Comprometer com a resolubilidade dos casos.
Dar atenção de forma ainda mais prioritária ao pré-natal.	Trabalhar no sentido de agilizar o atendimento de nossas gestantes com foco no bom atendimento.
Facilitar o acesso da gestante.	Discutir com a equipe todo o processo e efetivação do fluxo de trabalho.
Fortalecer o vínculo profissional-gestante.	Avaliar de forma permanente com a equipe o que está dando certo e discutir sugestão de melhoria.
Fomentar as Redes de Atenção.	Maior empenho nos processos.
Fortalecer o trabalho em equipe.	Melhorar o acolhimento com as gestantes.
Acompanhar melhor as atividades do ACS em relação ao acompanhamento da gestante, em especial a de risco.	Intensificar as ações de busca ativa e aprimorar a comunicação entre as redes de atenção diante das necessidades.
Discutir com todos os trabalhadores da unidade quanto a necessidade de acompanhamento da gestante de risco também pela atenção básica.	Acompanhar a implantação dos novos fluxos nas unidades básicas de saúde.
	Continuar estimulando o grupo da APS na melhoria do cuidado com o pré-natal no território;

Fonte: FORTALEZA, 2016

ANEXO C - Ficha de Referência e Contrarreferência para encaminhamento da Gestante de Risco da Atenção Básica à Atenção Especializada e Critérios para Encaminhamentos



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde
FICHA DE REFERÊNCIA

1ª Via: Unidade de Origem
2ª Via: Unidade de Referência
3ª Via: Paciente

Unidade de Origem			
Unidade de Referência			
Especialidade			
Paciente		Data de Nascimento	
Nome da Mãe			
Endereço			
Bairro		CEP	
Cartão do SUS		CPF	
Contato Telefônico		Outro Contato	
No. SISPRENATAL			
RG		Data de Expedição	
Data Atendimento		Data de Agendamento Ambulatório Alto Risco	
Quadro Clínico			
Conduta e Exames Realizados			
Diagnóstico e Solicitações (Motivo do Encaminhamento)			
Assinatura e Carimbo			

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UAPS			
Nome do(a) Paciente			
Idade		Sexo	() F () M
Parecer da Especialidade			
Orientação à Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Marcar nova consulta neste serviço <input type="checkbox"/> Marcar exame solicitado <input type="checkbox"/> Outros – Especificar: _____ _____ Data: ____/____/____		
Assinatura/Carimbo do Profissional			



**Prefeitura de
Fortaleza**

UAPS				Gerente		
Paciente				DN	____/____/____	
Endereço				Bairro		
CEP				Fones de Contato		
IG	____ semanas ____ dias	DUM	____/____/____	DPP	____/____/____	G__P__A__

Cadastro de Referência/Contra Referência para o Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana

CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE MÉDIO E ALTO RISCO

--

FATORES RELACIONADOS A CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias: pode encaminhar para Gonzaguinha. Se especialista avaliar como alto risco, encaminhará para nível terciário.
- Asma;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Epilepsia;
- Doenças psiquiátricas;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais);
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV e ISTs);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclampsia);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento uterino;
- Polidrâmnio ou oligoâmnio;
- Gemelaridade;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).

OUTRAS CONDIÇÕES

- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade;
- Ganho ponderal inadequado ao longo do pré-natal;
- Três ou mais cesarianas;
- Cirurgia uterina anterior (miomectomia);
- Passado obstétrico de macrosomia fetal, descolamento prematuro de placenta, natimorto, parto prematuro, restrição de crescimento fetal, síndromes hipertensivas;
- Multipariade;
- Idade > 40 anos (risco de cromossopatias).

Fonte: Cadernos de Atenção Básica No 32/2012 – MS

ATENÇÃO: Manter as consultas de Pré-Natal na UAPS.

ANEXO D - Parecer da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Fortaleza



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: P455291/2016

- **Título do Projeto de Pesquisa:** VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL ÀS MULHERES COM GESTAÇÃO DE RISCO: DESAFIOS PARA O ACESSO E O CUIDADO DA ATENÇÃO BÁSICA À ATENÇÃO ESPECIALIZADA
- **Pesquisador Responsável:** ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE
- **Orientador (a):** MARIA SALETE JORGE BESSA
- **Instituição Proponente:** UECE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
- **Período de Coleta:** JANEIRO A DEZEMBRO/2017

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

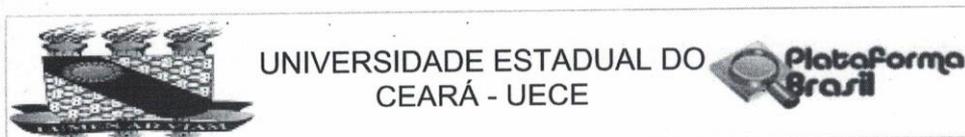
Fortaleza, 23 de Novembro de 2016.


Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação na Saúde

ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

Pesquisador: Maria Salete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33799014.5.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: CNPQ

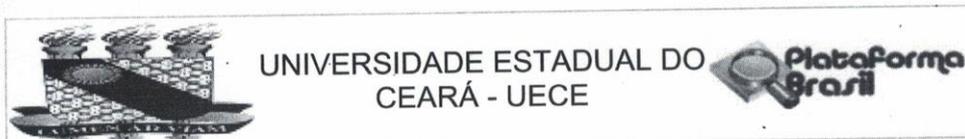
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.986.926

Apresentação do Projeto:

O projeto em questão tem como objetivo analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de sete Universidades: USP, UNICAMP, UNB, UFRGS, UFC, UECE e UNIFOR. A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de

Endereço: Av. Silas Munguá, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.986.926

prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados. A metodologia proposta será quanti e qualitativa. Na abordagem quantitativa Tais variáveis são preestabelecidas e procuram verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise de frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem quantitativa busca formular hipóteses prévias e métodos específicos de verificação, submetendo o fenômeno estudado à experimentação (ou observação sistemática), tentando controlar variáveis e eliminar fatores de confusão ou vieses na busca de explicação causal de fenômenos. Serão ainda realizados grupos focais com profissionais e usuários e posteriormente serão analisadas suas falas.

Objetivo da Pesquisa:

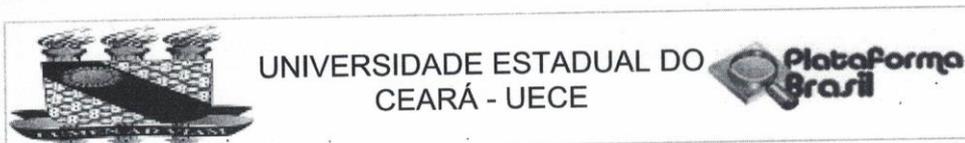
Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao constrangimento dos participantes ao responderem as entrevistas ou participarem do grupo focal. Algum constrangimento poderá ocorrer decorrente da exposição de opiniões, assim como eventuais perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas entrevistas. Os riscos forma bem descritos pela autora. Quanto aos benefícios, menciona-se a contribuição ao SUS no que concerne informações acerca do acesso e à qualidade do serviço ofertado à população atividades da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.986.926

Pesquisa de grande relevância por seu caráter multicêntrico e pelas contribuições ao SUS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes e bem detalhados em suas exigências.

Anexos aos seguintes termos:

Folha de Rosto assinada, TCLE para usuários e profissionais e Carta de anuência.

Cronograma Correto.

Recomendações:

Recomendamos o envio do relatório final, para o CEP, ao fim do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

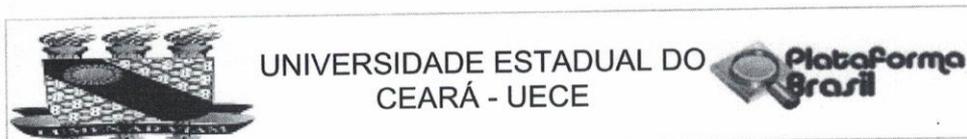
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_861596 E2.pdf	03/02/2017 11:10:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	22/07/2014 13:36:03		Aceito
Outros	declaracao 2-1.pdf	30/06/2014 09:22:07		Aceito
Outros	declaracao.pdf	30/06/2014 09:21:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROJETO INQUERITO.pdf	16/05/2014 12:24:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO INQUERITO.pdf	16/05/2014 12:24:17		Aceito
Folha de Rosto	doc2.pdf	16/05/2014 11:46:51		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.986.926

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 28 de Março de 2017

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética do Hospital Geral de Fortaleza

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS		Plataforma Brasil
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS		
Pesquisador: Maria Saete Bessa Jorge		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 33799014.5.3001.5040		
Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde		
Patrocinador Principal: CNPQ		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.001.429		
Apresentação do Projeto:		
Projeto já submetido a esse CEP e aprovado, a atual emenda é para acréscimo das datas do cronograma devido a lentidão da coleta e análise quantitativa dos dados. Deverá encerra em janeiro de 2019.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.		
Objetivo Secundário:		
1- Realizar estudo exploratório sobre redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas, mediante dados secundários disponíveis para desenvolver a amostragem e a definição de variáveis para a coleta de dados primários das distintas portas de entrada (Atenção básica à saúde), focado na forma de funcionamento e da qualidade da assistência à saúde; 2- Identificar variáveis de contexto e de implementação da atenção integral e territorializada de cobertura a agravos mais prevalentes e a relação com a resposta à demanda espontânea; 3- Avaliar a articulação entre as redes de atenção básica e especializada, incluindo o apoio matricial; 4- Analisar demanda, acesso		
Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900 Bairro: Papicú CEP: 60.155-290 UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br		



HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 2.001.429

e estratégias de atendimento na atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Os riscos estão relacionados ao constrangimento dos participantes ao responderem as entrevistas ou participarem do grupo focal. Poderá haver algum constrangimento decorrente da exposição de opiniões, assim como eventuais perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa.

Benefícios:

Contribuir com a qualidade dos serviços prestados no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, já aprovada pelo CEP, no momento a emenda justifica o alargamento do tempo para realização do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos

Recomendações:

Enviar relatório final ao CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_861596 E2.pdf	03/02/2017 11:10:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	22/07/2014 13:36:03		Aceito
Outros	declaracao 2-1.pdf	30/06/2014 09:22:07		Aceito
Outros	declaracao.pdf	30/06/2014 09:21:21		Aceito

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

Howe

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 2.001.429

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROJETO INQUERITO.pdf	16/05/2014 12:24:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO INQUERITO.pdf	16/05/2014 12:24:17		Aceito
Folha de Rosto	doc2.pdf	16/05/2014 11:46:51		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Abril de 2017

Assinado por:

Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

CEP: 60.155-290

Bairro: Papicú

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br