

 *Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ . UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA COM ASSOCIAÇÃO DE IES AMPLA AA

FÁBIO SOLON TAJRA

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO
CEARÁ: CONTANDO GLÓRIAS OU CONTENDO SOLUÇOS?**

FORTALEZA

2016



ÁBIO SOLON TAJRA

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO CEARÁ: CONTANDO GLÓRIAS OU CONTENDO SOLUÇOS?

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva / Doutorado com associação DE IES . AMPLA AA UECE / UFC / UNIFOR como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutor na área de concentração de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúdeq

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes . UFC

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- T141r Tajra, Fábio Solon.
Regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará: contando glórias ou
contendo soluções? / Fábio Solon Tajra. – 2016.
281 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.
1. regionalização. 2. integralidade. 3. serviços de saúde materno-infantil. 4. avaliação em
saúde. 5. hermenêutica. I. Título.

CDD 362.1

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

FÁBIO SOLON TAJRA

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO
CEARÁ: CONTANDO GLÓRIAS OU CONTENDO SOLUÇOS?

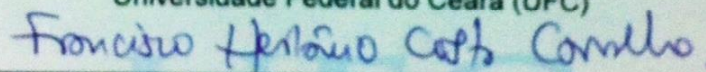
Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva / Doutorado com associação DE IES – AMPLA AA UECE / UFC / UNIFOR como parte dos requisitos para a obtenção do título de doutor na área de concentração de 'Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde'.

Aprovada em: 15/07/2016

BANCA EXAMINADORA



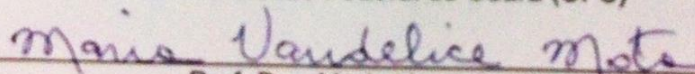
Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará (UFC)



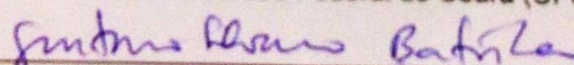
Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Álvaro Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Gustavo Silvano Batista
Universidade Federal do Piauí (UFPI)



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Agradecimentos

Às mulheres, gestantes ou puérperas, peregrinas e guerreiras, que me acolheram e oportunizaram a realização deste processo de investigação e produção de arte;

Aos profissionais de saúde e gestores participantes deste estudo, pela possibilidade de aproximação e contribuição para o debate sobre as políticas de saúde da mulher e da criança;

À Deus, força e coragem;

Ao meu Pai, *in memoriam*, pela formação como homem e pelo respeito;

À minha Mãe, pelo amor e confiança;

À minha irmã, Rosana, pela dedicação e conforto;

Aos meus irmãos, Rômulo e Júnior, pela amizade e união;

Aos professores que contribuíram com esta minha trajetória, em especial, ao Prof. Ricardo José Soares Pontes e Prof. Herlânio Costa Carvalho, pela oportunidade de desenvolvimento acadêmico e profissional, pela disposição e motivação, além da contribuição na construção como docente e pesquisador;

Ao Angelo Brito, pelo companheirismo e paciência em todas as horas;

À Zenaide e Dominik, pela prontidão e disposição de sempre;

Aos meus amigos, em especial, aos parceiros no grupo de pesquisa e estudos, Neusinha, Ana Luisa, Suzy, Rane e Caio;

Ao Prof. Gustavo Silvano Batista pela parceria no trabalho e estudos de hermenêutica e saúde;

Aos membros da banca examinadora, pela atenção e prontidão, além da contribuição teórica e metodológica para enriquecimento deste trabalho;

À Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Federal do Piauí (UFPI) pelo ambiente favorável de formação e trabalho.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ciência e arte: ambas nutrem-se do mesmo húmus, a curiosidade humana, a criatividade, o desejo de experimentar. Ambas são condicionadas por sua história e seu contexto. Ambas estão imersas na cultura, mas imaginam e agem sobre o mundo com olhares, objetivos e meios diversos. O fazer artístico e o científico constituem duas faces da ação e do pensamento humanos, faces complementares mas mediadas por tensões e descompassos, que podem gerar o novo, o aprimoramento mútuo e a afirmação humanística (MASSARANI; MOREIRA & ALMEIDA, 2006, p.10).

ANUNCIAÇÃO

(Carolina Peregrina)

Essa estória vou contar
Começa no Ceará
Muita coisa para falar
Falta de assunto, não há

Falo de terra sofrida
De gente pobre e boa vida
De andanças e partidas
De um sertanejo a festejar

Tem Brejo Santo, Juazeiro
Tem Icapuí, tem Limoeiro
Tem Fortaleza, tem Pereiro
Tem Sobral e Quixadá

É muito rico esse nordeste
Tem homem bom e cabra da peste
Tem forró, céu azul celeste
Vai deixar saudades o Ceará

Verdade que quando cheguei
De imediato, eu reparei
Na saúde e não neguei
Há muita coisa a melhorar

É um cenário delicado
Porque saúde não é mercado
E não diga que é pecado
Desejar bem ao Ceará

Tem muita experiência bacana
Mas tem malícia e tem sacana
Peço uma coisa: desencana
Não estou querendo assustar

Tem Saúde da Família
De Barbalha até Forquilha
Muita equipe maravilha
E o NASF para apoiar

Tem hospital na capital
E no interior que é vital
Deixo aqui minha digital
Mais qualidade para avançar

Te apresento Carolina
Gente fina, essa menina
É gestante peregrina
O seu futuro à Deus dará

Seu esposo é Macário
Tem curto o seu salário
É jovem proprietário
De uma roça a sustentar

Na sua casa, tem mais três
José, Maria e Inês
Falam bonito o português
Que na escola foram buscar

Educação está em alta
Escola é o que não falta
Tome logo essa pauta
Para o Bolsa Família não escapar

Filha de jovem pescador
Manteve firme esse labor
Viu até peixe-voador
Nessas águas do Ceará

Gente decente e querida
Cheia de casca de ferida
Que teve saúde indeferida
Lá nas bandas do seu roçar

Como é triste esse lamento
Parece que foi alheamento
Tudo isso em detrimento
De sua filha que iria chegar

Começou no pré-natal
Foi quando pareceu fatal
De um problema banal
Veio a notícia de pesar

Tinha que ir para Fortaleza
Terra longe, que tristeza
Deixar sua família e riqueza
Sem saber quando voltar

Chamou logo a ambulância
Só não perdeu a elegância
Me desculpe a ignorância
Mas sem transporte é que não dá

Muitas vezes foi pagando
De carona ou fretando
Sou estou salientando
Que assim é de lascar

Doutor tentou acionar
O hospital para lhe levar
Sistema, sim, saiu do ar
Não teve tempo para esperar

A viagem foi tranquila
Só pegou sua mochila
Tomou chá de camomila
Porque sabia que iria esperar

Junto à ela, um informante
Só não teve acompanhante
Chama aí a cartomante
Que hospital vai cooperar?

Bateu na porta do primeiro
Já dizia o porteiro
Foi até um cavalheiro
Em dizer que não vai dar

Foi em busca do segundo
Parecia o fim do mundo
Tanto homem moribundo
Não desistiu e foi lutar

Quando chegou no terceiro
Foi acolhida de primeiro
Risco alto e certo
Essa menina vai chegar

Só não tinha nenhum leito
Tinha sim esse defeito
Onde estava seu direito?
Tanta mulher a reclamar

Doze horas na cadeira
Parecia uma doideira
Ai, uma espreguiçadeira
Para a dor do parto aguentar

Foi uma noite de horror
Chama logo esse doutor
Faça tudo com amor
Para a filha não assustar

A enfermeira Madalena
Tão boazinha e serena
Disse que sua pequena
Já iria festejar

Foi um parto complicado
Muito sangue derramado
Teve doutor desesperado
Em sua filha salvar

Quando acordou, olhou ligeiro
Esperou até o mensageiro
Se sentiu no estrangeiro
Não conseguia captar

Apertou o seu doutor
Pediú até um tradutor
Disse logo, por favor
Onde sua filha foi parar?

Era uma tal de incubadora
Falou que era auxiliadora
Menina toda batalhadora
Para a sua saúde retomar

Passou um, passou dois dias
Rezou até para o Messias
Doutor bom, esse Matias
Prometeu até ressuscitar

Depois veio Eleonor
Minha sogra, meu louvor
Pediú mais forte esse favor:
Vai a filha espiar

Disse que era uma pequena
Fazia dó, fazia pena
Rezou até uma novena
Para sua neta motivar

Carolina já de alta
Da sua menina sentiu falta
Retomou logo aquela pauta
E sua filha foi buscar

Se deparou com um letreiro
Aqui, só povo guerreiro
Abriu logo o seu berreiro
Deixa, sua filha, levar?

Doutor disse: nada feito
A bebê tinha um defeito
Tinha um problema no peito
De cirurgia, iria precisar

Sem dinheiro, essa sinhá
Começou logo a gritar
De onde vai tirar
Para sua filha salvar?

E surgiu a esperança
Era tempo de bonança
Não teria qualquer cobrança
Esse SUS vai trabalhar

Notícia veio como alívio
Chama logo doutor Lívio
E também o doutor Sílvio
Para esse coração reparar

Foi como chuva no roçado
Era tudo avançado
Procedimento foi traçado
E sua filha melhorar

Fiquei pensando na Teresa
Teve sim sua despesa
E sobre a sua princesa
Teve notícia de pesar

Lembro até da Eleonor
Foram tempos de pavor
Não conheceu nem o doutor
Para sua filha consultar

Sem falar da Beatriz
Parecia uma atriz
No seu peito a cicatriz
Sem sua filha para cuidar

Tanta estória aqui na para
Cíntia, Joyce e Dona Clara
Ferida não sei se sara
Muita coisa para arrumar

Ouvi falar de mais gestão
Planejamento e reunião
Consenso e decisão
Para melhor futuro buscar



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

É preciso investimento
Compromisso, eu acrescento
Para um sistema virulento
O povo tem que ajudar

Investir sim na região
Autonomia e articulação
Independência e compreensão
Quem sabe assim vai melhorar

Saúde é um direito
Onde está esse respeito
Mantenha firme esse conceito
Boa nova vou esperar

(TAJRA, Fábio Solon)

RESUMO

A gestão da saúde para a garantia do acesso tem se constituído como desafio do processo de construção do sistema de saúde brasileiro. Ao longo de vinte e dois anos, após a redefinição do modelo de atenção a ser vivenciado e a implantação das primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família, podemos afirmar que houve mudança neste cenário. Contudo, potencializamos esta discussão se incorporamos as temáticas de integralidade do cuidado e interconexão dos serviços em redes. Alguns autores relacionam aspectos diversos, sejam eles percebidos em um contexto macro e/ou micro-social, de relações e tentativas de integração, articulação e colaboração entre os serviços, aliados ao papel dos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários) diante de toda a dinâmica organizacional. O processo de regionalização e implantação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) no país buscaram responder a esta demanda. No entanto, são necessários estudos para compreender as boas práticas e os pontos a serem melhorados e aperfeiçoados quanto à postura política-administrativa a ser adotada. Neste sentido, desenvolvemos um estudo avaliativo de abordagem qualitativa que objetivou avaliar a regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará a partir das experiências de usuárias e profissionais dos serviços de saúde materna e infantil, além de apoiadores da política nacional, gestores do nível central e regional do estado do Ceará. Utilizamos um referencial teórico relacionado às temáticas de acesso, integralidade do cuidado e interconexão dos serviços de saúde em redes a partir de uma perspectiva hermenêutica. Cinco unidades de significado foram elaboradas: ser gestante; os possíveis sentidos do cuidado; potencial técnico-assistencial e suporte à atenção da saúde da mulher e da criança; acesso à saúde e peregrinação; e, organização e funcionamento dos serviços em rede. Na busca pelo cuidado em saúde, foram reconhecidas as necessidades das mulheres e observadas dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde. Percebemos uma peregrinação em busca do serviço de saúde materna e infantil, aliado a problemas de integração e articulação entre os serviços. Assim, é preciso investir em racionalidades sistêmico-estratégicas para fazer jus à complexidade da temática acima apontada. Apontamos para a revisão das estratégias que assegurem à mulher o acesso às ações e serviços de saúde em uma perspectiva integral, possibilitem a



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

onexão dos serviços, e, sobretudo, valorizem e
respeitem os seus direitos.

Descritores: regionalização; integralidade; serviços de saúde materno-infantil;
avaliação em saúde; hermenêutica.

ABSTRACT

The health management for ensuring access has made the challenge of the construction of the Brazilian health system process. Over twenty-two years after the redefinition of the care model to be experienced and the implementation of the first teams of the Family Health Strategy, we can say that there was a change in this scenario. However, leverage this discussion incorporated the comprehensive care of thematic and interconnection services in networks. Some authors relate various aspects, be they perceived in a macro and / or micro-social context, relationships and attempts at integration, coordination and cooperation between the services, together with the role of individuals (managers, health professionals and users) before all organizational dynamics. The process of regionalization and implementation of the Care Network Maternal and Child Health (Stork Network) in the country sought to answer this demand. However, studies are needed to understand the best practices and points to be improved and refined over the political and administrative approach to be adopted. It is a qualitative approach to evaluative study aimed to evaluate the regionalization of maternal and child health in the state of Ceará from the experiences of users and professionals of maternal and child health services, as well as supporters of national policy, the central level managers and regional state of Ceará. We used theoretical framework related to issues of access, comprehensive care and interconnection of health services in networks from a hermeneutic perspective. Five units of meaning were prepared: to be pregnant; possible way of care; technical assistance and potential support to women's health and child care; access to health and pilgrimage; and, organization and operation of network services. In the quest for health care, difficulties women's needs were recognized and observed in access to health services. It is noticed a pilgrimage in search of maternal and child health services, coupled with problems of integration and coordination between services. Thus, it is necessary to invest in systemic-strategic rationales to do justice to the complexity of the above pointed theme. Points to the revision of strategies to ensure that women access to health actions and services in a comprehensive perspective, allow the articulation, integration and interconnection of services and, above all, value and respect their rights.

Key-Words: regional health planning; integrality in health; maternal-child health services; health evaluation; hermeneutic.

STA DE QUADROS

| | | |
|------------|--|-----|
| Quadro 1 - | Quadro sinóptico dos artigos científicos acerca da temática de regionalização em saúde disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre os anos de 2009 e 2015 | 50 |
| Quadro 2 - | Quadro sinóptico dos artigos científicos acerca da temática de direito à saúde da mulher e da criança disponíveis na base de dados bibliográficos da <i>Scientific Electronic Library Online (Scielo)</i> entre os anos de 2010 e 2015 | 74 |
| Quadro 3 - | Registro das ações de atenção à saúde materna e infantil por componente constantes na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS | 119 |
| Quadro 4 - | Níveis de caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS | 124 |
| Quadro 5 - | Níveis de caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de apoio às urgências | 125 |
| Quadro 6 - | Caracterização de agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará de acordo com quantitativo populacional estimado em 2012 e 2015 e variação | 134 |
| Quadro 7 - | Registro percentual de municípios do Ceará por Estágio de Desenvolvimento Geral (IFDM Geral) nos anos de 2006, 2011 e 2013 | 136 |
| Quadro 8 - | Registro percentual de municípios por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará com Estágio de Desenvolvimento Geral (IFDM Geral) baixo ou regular em 2006, 2011 e 2013 | 136 |
| Quadro 9 - | Registro percentual de municípios do Ceará por Estágio de Desenvolvimento na Saúde (IFDM saúde) nos anos de 2006, 2011 e 2013 | 137 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| | ial de municípios por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará com Estágio de Desenvolvimento na Saúde (IFDM saúde) baixo ou regular em 2006, 2011 e 2013 | 138 |
| Quadro 11 - | Proporção de famílias com benefício social (Bolsa Família) de acordo com o agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará em 2006, 2011 e 2015 | 140 |
| Quadro 12 - | Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016 | 143 |
| Quadro 13 - | Proporção de leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos) do SUS de acordo com o parâmetro estabelecido na Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2012 no estado do Ceará nos anos de 2012 e 2016 | 145 |
| Quadro 14 - | Proporção de leitos pediátricos (clínicos e cirúrgicos) do SUS de acordo com o parâmetro estabelecido na Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2012 no estado do Ceará nos anos de 2012 e 2016 | 146 |
| Quadro 15 - | Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de apoio à urgência do SUS em 2012 e 2016 | 148 |
| Quadro 16 - | Caracterização do potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016 | 151 |
| Quadro 17 - | Caracterização do potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil do estado do Ceará quanto aos serviços de apoio à urgência do SUS em 2012 e 2016 | 152 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Fluxograma de tratamento de documentos disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) acerca da temática de regionalização em saúde entre os anos de 2009 e 2015 durante o processo de revisão sistemática para a obtenção dos artigos apropriados | 50 |
| Figura 2 - Fluxograma de tratamento de documentos disponíveis na <i>Scientific Electronic Library Online (Scielo)</i> acerca da temática de direito à saúde da mulher e da criança entre os anos de 2010 e 2015 durante o processo de revisão sistemática para a obtenção dos artigos apropriados | 73 |
| Figura 3 - Registro de políticas, programas e estratégias relacionadas à saúde materna e infantil entre 2000 e 2015 no Brasil | 87 |
| Figura 4 - Princípios da Rede Cegonha definidos na Portaria N ^o 1.459, de 24 de junho de 2011 | 102 |
| Figura 5 - Diretrizes da Rede Cegonha definidas na Portaria N ^o 1.459, de 24 de junho de 2011 | 103 |
| Figura 6 - Modelo Lógico Avaliativo elaborado para a Rede Cegonha | 118 |
| Figura 7 - Dimensões da pesquisa avaliativa | 121 |
| Figura 8 - Regiões de saúde do estado do Ceará | 132 |
| Figura 9 - Macrorregiões de saúde do estado do Ceará | 133 |
| Figura 10 - Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS (2012-2016)..... | 144 |
| Figura 11 - Caracterização do potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016 | 151 |

TABLA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Ilustração 1 - | Se você não entende, não vê; se não me vê, não me entende | 157 |
| Ilustração 2 - | Desafios de força | 158 |
| Ilustração 3 - | Em busca da ampliação do nascer | 160 |
| Ilustração 4 - | Caixinha de surpresas | 168 |
| Ilustração 5 - | Está tudo cinza sem você; está tão vazio | 175 |
| Ilustração 6 - | Tem alguém aí? | 182 |
| Ilustração 7 - | Potencial assistencial em várias doses | 190 |
| Ilustração 8 - | O acompanhante oculto | 196 |
| Ilustração 9 - | Sem radar | 198 |
| Ilustração 10 - | Empurra-empurra | 199 |
| Ilustração 11 - | Passando a babata quente | 199 |
| Ilustração 12 - | Saúde é do polvo | 200 |
| Ilustração 13 - | Sistema em grego | 203 |
| Ilustração 14 - | Liga para mim, diga que vem | 205 |
| Ilustração 15 - | Regular ou não regular: eis a questão..... | 205 |
| Ilustração 16 - | Jeitinho cearense | 206 |
| Ilustração 17 - | Te procuro, mas não vejo sinal de fumaça | 210 |
| Ilustração 18 - | Senta aqui, não tenha tanta pressa..... | 211 |
| Ilustração 19 - | Era uma vez | 212 |
| Ilustração 20 - | Bola de neve cearense | 217 |
| Ilustração 21 - | Quem espera sempre alcança | 219 |
| Ilustração 22 - | Velocidade máxima | 221 |
| Ilustração 23 - | Redefinindo limites a todo momento..... | 226 |
| Ilustração 24 - | Exemplo de ecomapa | 233 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR . Avaliação e Acolhimento com Avaliação de Risco
ABO . Associação Brasileira de Odontologia
ACS . Agente Comunitário de Saúde
ANVISA . Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APAE . Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
APS . Atenção Primária em Saúde
BVS . Biblioteca Virtual em Saúde
CE . Contracepção de Emergência
CEO . Centro de Especialidades Odontológicas
CES . Conselho Estadual de Saúde
CIB . Comissão Intergestores Bipartite
CIPD . Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIR . Comissão Intergestores Regional
CIT . Comissão Intergestores Tripartite
CMDCA . Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNES . Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS . Conselho Nacional de Saúde
COAP . Contrato Organizativo de Ação Pública
CONEP . Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRES . Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS . Departamento de Informática do SUS
DeCS . Descritores em Ciências da Saúde
DEMASUS . Departamento Municipal de Auditoria do SUS
DHEG . Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DO . Declaração de Óbito
DST . Doença Sexualmente Transmissível
EFSFVS . Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ESF . Estratégia Saúde da Família
ESP . Escola de Saúde Pública
FIRJAN . Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
GM . Gabinete do Ministro
HGF . Hospital Geral de Fortaleza

- IDH . Índice de Desenvolvimento Humano
- IFDM . Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
- IPEA . Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- MEAC . Maternidade Escola Assis Chateaubriand
- MIF . Mulheres em Idade Fértil
- ML . Modelo Lógico
- MS . Ministério da Saúde
- NOAS . Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB . Normas Operacionais Básicas
- NV . Nascidos Vivos
- ODM . Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- OMS . Organização Mundial de Saúde
- ONU . Organização das Nações Unidas
- OPAS . Organização Pan-Americana de Saúde
- PAISM . Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PBF . Programa Bolsa Família
- PDI . Plano Diretor de Investimentos
- PDR . Plano Diretor de Regionalização
- PHDH . Programa Nacional de Direitos Humanos
- PHP . Política de Humanização do Parto
- PHPN . Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PIASS . Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
- PMAQ-Maternidades . Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento
- PNAISM . Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNAU . Política Nacional de Atenção às Urgências
- PNH . Política Nacional de Humanização
- PNI . Programa Nacional de Imunizações
- PNUD . Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPI . Programação Pactuada e Integrada
- PPSUS . Programa de Pesquisa para o SUS
- PQMRP . Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia Legal

RC . Rede Cegonha
RDC . Resolução da Diretoria Colegiada
REUNI . Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RMM . Razão de Mortalidade Materna
RMSF . Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RS . Região de Saúde
RUE . Rede de Urgências e Emergências
SAGE . Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAGI . Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAMU . Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO . *Scientific Electronic Library Online*
SCNES . Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES . Secretaria Estadual de Saúde
SESA . Secretaria de Saúde
SIM . Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC . Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPSS . Statistical Package for the Social Sciences
SUS . Sistema Único de Saúde
TCC . Trabalho de Conclusão de Curso
TCG . Termo de Compromisso de Gestão
TCLE . Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI . Taxa de Mortalidade Infantil
UBS . Unidade Básica de Saúde
UCI . Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa . Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo . Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UFC . Universidade Federal do Ceará
UFPI . Universidade Federal do Piauí
UNFPA . United Nations Population Fund
UNICEF . Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI . Unidade de Terapia Intensiva
VIH . Vírus da Imunodeficiência Humana
VS . Versão de Sentido

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| PARTE I: DO INTERESSE, DA NECESSIDADE DE PESQUISAR E DE SE MANIFESTAR | |
| 1.1. De onde vem e que pretende o autor? | 28 |
| 1.2. Da apresentação da tese | 40 |
| PARTE II: REFERENCIAL TEÓRICO | |
| 2.1. O processo de regionalização como diretriz balizadora do funcionamento e organização das ações e serviços de saúde | 46 |
| 2.2. Direito à saúde materna e infantil no Brasil | 69 |
| 2.3: Principais políticas e programas adotados para a melhoria da saúde materna e infantil | 83 |
| 2.4. Rede Cegonha como política pública voltada para a garantia do acesso e direito à saúde materna e infantil | 99 |
| PARTE III: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS | |
| 3.1. Objetivo Geral | 106 |
| 3.2. Objetivos específicos | 106 |
| PARTE IV: PERCURSO METODOLÓGICO | |
| 4. À busca por múltiplas formas de expressão | 109 |
| 4.1. Notas sobre a epistemologia que ancora o estudo | 109 |
| 4.2. Recursos utilizados | 112 |
| 4.2.1. Definição dos sujeitos envolvidos | 112 |
| 4.2.2. Técnicas e métodos utilizados | 113 |
| 4.3. O cenário | 115 |
| 4.4. Do modelo lógico avaliativo que subsidia a pesquisa | 115 |
| 4.5. Da pesquisa construída sob duas dimensões | 119 |
| 4.6. Questões para a apresentação e análise dos dados | 125 |
| 4.7. Pressupostos éticos | 126 |
| PARTE V: RESULTADOS E ANÁLISE | |
| 5.1. Potencial regional de oferta de serviços de Saúde Materna e Infantil no estado do Ceará | 129 |
| 5.2. Experiências compartilhadas sobre a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil | 153 |

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INAIS

| | |
|--|-----|
| 6.1. Construindo Redes Plurais e Movimentos em Saúde | 230 |
| 6.2. Conclusões | 241 |
| REFERÊNCIAS | 245 |
| APÊNDICES | 256 |
| Primeiro ato: Manifestação para o senhor doutor | 257 |
| Segundo ato: Impressões | 270 |



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE I: DO INTERESSE, DA NECESSIDADE DE PESQUISAR E DE SE
MANIFESTAR



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

1.1. DE ONDE VEM E O QUE
PRETENDE O AUTOR?

Refletir sobre a aproximação com a área de concentração e o tema deste estudo é resgatar a minha trajetória profissional. Isso teve início junto ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) no município de Sobral, Ceará. Naquela ocasião, a saúde coletiva tinha sido a minha escolha após a minha formação em Odontologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) em 2001.

Durante o curso de graduação, havia participado de alguns eventos junto à comunidade, mas acreditava que isso não era suficiente. Era necessário reunir esforços e agregar recursos, também, sob um ponto de vista macro-estratégico. Acreditava na potência do trabalho em saúde e já imaginava que era preciso atuar numa perspectiva diferente daquela em que fui formado.

A odontologia, por muito tempo, apresentou uma tendência voltada para a resolução de problemas à nível individual. A intervenção clínica era o eixo mais forte desta categoria profissional. As ações coletivas se davam por meio de experiências pontuais e, mais especificamente, com a utilização do flúor no abastecimento de água e atuação do cirurgião-dentista em atividades preventivas nas escolas. Aliado a isso, a lógica de trabalho era baseada na especialização e fragmentação do cuidado e o envolvimento com outras categorias profissionais não era nada palpável.

Penso que o entusiasmo e a motivação de recém-formado e o amor a minha profissão me possibilitou pensar acerca daquilo que me moveria fora dos muros da universidade. Era o momento oportuno para traçar os primeiros passos da construção da minha própria trajetória profissional e pensar no impacto do meu trabalho diante das necessidades apontadas pela comunidade.

A decisão pela mudança da cidade de Teresina esteve relacionada com o contexto histórico que o município de Sobral vivenciava. O fato de incorporar o cirurgião-dentista em um programa de saúde multiprofissional baseado na abordagem às famílias e comunidade me despertou o interesse e curiosidade logo cedo. Além disso, o município parecia dar um salto à frente diante da lógica de atenção à saúde.

Sobral também me chamava a atenção, porque me remetia aos tempos de infância. Minha família tinha raízes naquele município e isso me deixava seguro

nça. Sabia que a minha adaptação não seria tão difícil em virtude disso.

Foram meses de dedicação e estudo acerca das temáticas de saúde coletiva apontadas no edital do processo seletivo de residência. Confesso que muitas delas não havia tido contato na universidade e já conseguia reconhecer algumas fragilidades na minha formação. Aquilo me gerou um certo receio no início da minha atuação profissional e eu precisava buscar meios para me fortalecer nesta nova fase da minha vida. A possibilidade de inserção naquele campo estava se justificando e ganhando mais sentido à cada momento durante a minha apropriação temática.

Durante a fase da prova escrita no processo seletivo, percebi que este desejo não era só meu e estava sendo compartilhado com profissionais de todo o país. As salas estavam cheias e a busca pela formação e desenvolvimento profissional na saúde coletiva estava sendo compartilhada por muitas pessoas. Sobral parecia mesmo ter sido reconhecido como um lugar apropriado para o exercício desta nova forma de fazer saúde.

Medo, nervosismo, tensão, insegurança, era uma explosão de sentimentos e sensações. Já tinha feito tudo aquilo que me era possível. Já havia arriscado na mudança de cidade e na escolha do meu futuro campo de trabalho. Já havia estudado e me apropriado de temáticas até então desconhecidas. Era hora de acreditar no meu esforço e aguardar o resultado.

Após o cumprimento das etapas relacionadas com o processo seletivo, tinha chegado a hora de torcer. Minha família apoiava e torcia junto. Assim, era mais fácil esperar.

Uma semana depois e após noites mal dormidas marcadas pela ansiedade, obtive o resultado: aprovado em 4º lugar. Uma nova jornada já estava sendo desenhada!

O primeiro contato com o grupo de docentes e residentes foi bastante acolhedor. Tudo aquilo que esperava ia ganhando mais força ao compreender que mais pessoas também estavam naquela busca.

Eram muitas ideias, muita vontade de fazer juntos, muita esperança e crença em mudanças. Me senti em casa e estava disposto a isso!

No que diz respeito à inserção junto à equipe de saúde no meu local de atuação, isso não foi diferente. Fui referenciado para um centro de saúde construído havia pouco tempo. Naquela oportunidade, quatro equipes de Saúde da Família

equipamento. Antes, elas estavam alocadas em centros de saúde improvisados e o fato de ocupar um lugar próprio parecia renovar o compromisso e todo o gás da equipe. Eram muitos profissionais envolvidos na busca da melhoria das condições de vida daquela população. Dava gosto de ver!

Com a ampliação da equipe, mudança de endereço, inserção de novos profissionais sem a receita do trabalho integrado, dificuldades para organização e funcionamento de novos serviços, reclamações da população sobre o acesso e a garantia do direito à saúde, as nossas atividades começaram a ser construídas. E o nosso desafio havia sido lançado!

Confesso que o envolvimento com cada uma das atividades ganhava um sentido diferente. Era tudo novo! Não havia receita pronta! A inserção do cirurgião-dentista naquele novo modelo de atenção estava acontecendo simultaneamente na esfera federal e todas as experiências pareciam válidas. Era hora mesmo de experimentar!

Com o passar dos meses, as coisas pareciam se encaixar e eu já conseguia enxergar uma mudança na minha forma de pensar e agir. Aliado a isso, o exercício das atividades da residência ocupavam lugares antes desconhecidos. Foram muitas as temáticas oportunizadas nesta oportunidade: territorialização; elaboração do diagnóstico situacional; aproximação junto às famílias e comunidade; planejamento e programação em saúde; plano de cuidados; elaboração de procedimentos, rotinas e fluxos para organização e funcionamento dos serviços; vivência de atividades de promoção da saúde; fortalecimento da educação popular em saúde; realização de intervenções e discussão de casos clínicos; gestão, monitoramento e avaliação em saúde.

Em meio a isso, fui aperfeiçoando a vontade de me expressar. A arte foi uma das minhas escolhas! Isso já havia sido incentivado desde criança. Além da sorte de ter uma referência de artista na família, meu tio Chico Expedito, encontrei um ambiente favorável, ainda, na escola. A partir das aulas de educação artística do Colégio Sagrado Coração de Jesus (CSCJ), fui me aproximando deste mundo de possibilidades. Na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) em Sobral, isso veio com uma potência enorme. As diversas técnicas utilizadas me apresentavam a um mundo promissor. Em meio ao teatro do oprimido, jogos educativos, oficinas de arte para produção de fanzines e cordel, foi na pintura

Este novo despertar passou a movimentar muitas ações em tudo o que eu fazia.

Ainda, enquanto residente, outras atividades foram bastante relevantes como, por exemplo, as sessões clínicas e as rodas de categoria profissional. Em cada ocasião, eram discutidos casos sob uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Era a primeira vez que dialogava com outras categorias profissionais para a construção de uma conduta ou projeto terapêutico.

No que diz respeito à escolha da temática e definição do objeto de estudo para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), escolhi a saúde da criança, uma vez que já havia tido contato com este público, ainda, na graduação. Naquele período, havia tido experiência marcante em relação às crianças que vivenciavam alguma necessidade especial e este continuou sendo o meu foco no período de residência. Escolhi a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) para desenvolver meu projeto e, durante os dois anos, fortaleci o meu contato com as famílias, equipe pedagógica e equipe de saúde.

Após a conclusão do curso, dei continuidade ao trabalho que já tinha sido iniciado junto ao centro de saúde em que estava lotado. Por lá, passaram novos residentes, houve ampliação da equipe de saúde bucal e fortalecimento das reuniões de categoria. Naquele período, houve uma crescente quanto ao processo de educação permanente em saúde. Neste espaço de discussão, os profissionais foram incentivados a pensar no processo de sistematização das ações e serviços de saúde bucal. Foram muitos momentos de apresentação de experiências e discussão sobre o trabalho integrado em saúde. Algumas temáticas como o planejamento das ações coletivas, a marcação para as consultas clínicas e intervenção, a abordagem à saúde da mulher e o pré-natal odontológico, além da elaboração de estratégias de reabilitação com idosos e a prevenção da câncer bucal fizeram parte do rol de possibilidades de atuação da equipe de saúde bucal.

A temática relacionada à saúde da mulher e da expansão do pré-natal e incorporação dos dentistas na abordagem às gestantes havia evidência já conhecida, mas era preciso superar uma cultura que afastava este público da minha prática profissional. Aliado a isso, era uma oportunidade para envolver o dentista em um universo ampliado da saúde e não apenas envolvido no consultório odontológico.

com um documento intitulado "Guia das ações e serviços de saúde bucal" em que fui responsável por sua autoria junto com outros gestores em saúde bucal naquele município, Edson Holanda e Ivan Júnior.

Neste mesmo período, fui aprovado em um concurso público para compor a equipe de Saúde da Família em um município de pequeno porte junto com outros dois dentistas. Sobral não havia disponibilizado vagas e escolher outro município foi uma decisão bastante difícil. Contudo, foi mais uma experiência muito interessante, uma vez que pude me aproximar ainda mais da gestão em saúde, agora, em um município com somente três equipes de saúde. Tudo parecia possível diante deste novo cenário. Todos os problemas vivenciados com a grande demanda da saúde bucal e da dificuldade de articulação do trabalho com outras equipes parecia ter os dias contados.

Isso foi uma mera ilusão!

Naquela ocasião, pude perceber outros problemas que não havia vivenciado no município de Sobral e com toda sua estrutura. Este novo trabalho me trouxe uma perspectiva e uma percepção diferente do trabalho em saúde.

Neste período, fui convidado a exercer outra atividade profissional no município de Sobral. De membro da equipe de Saúde da Família, passei a contribuir com a gestão em saúde bucal. Naquela ocasião, estive envolvido com a coordenação do processo de educação permanente em saúde bucal e supervisão das ações e serviços desenvolvidos por cada uma das equipes.

O processo de educação permanente em saúde bucal me exigia uma postura diferente daquela relacionada à gestão e assistência. Precisei me aperfeiçoar na área do ensino na saúde e compartilhar saberes e práticas com outros profissionais.

As atividades de supervisão foram indispensáveis para subsidiar o processo de educação permanente. Durante as visitas nos centros de saúde, buscava identificar fortalezas, fraquezas, oportunidades e ameaças quanto à estrutura, processo de trabalho e resultados alcançados. Minha postura era mantida sob um ponto de vista problematizador e não puramente burocrático como o nome do cargo sugeria. Eram estas informações colhidas em campo e problematizadas com os profissionais de saúde que eram consolidadas e levadas para a discussão em roda na tentativa de socializar as estratégias de superação em equipe.

Diante desse novo desafio, despertei interesse por uma área de trabalho na saúde voltada para a perspectiva da gestão. A Associação Brasileira de Odontologia

Ceará) ofertou um curso de especialização na área de auditoria de serviços de saúde e busquei a minha inserção logo cedo.

A minha formação como auditor me possibilitou, mais tarde, uma mudança no trabalho em Sobral. Assumi a função de auditor em saúde e fui responsabilizado por ações de saúde nem sempre específicas à saúde bucal. A ideia era implantar um serviço de auditoria na rede de serviços de saúde na perspectiva de identificar boas práticas e pontos a serem melhorados e aperfeiçoados em todos os níveis de atenção à saúde. Isso foi incrível sob o ponto de vista de compreensão do funcionamento e organização dos serviços de saúde como um todo.

Ao longo de todo este tempo de dedicação quanto à assistência e gestão em saúde, fui convidado a um exercício da docência junto a alguns cursos de pós-graduação. Contudo, havia a necessidade de me qualificar ainda mais.

Havia chegado a hora de buscar a minha inserção junto à outro nível acadêmico. Fui incentivado a fazer uma seleção para o mestrado em biotecnologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Este foi o primeiro mestrado em saúde oportunizado no município de Sobral.

Foram noites de estudo, aproximação com uma temática que eu não estava fortalecido e que não era minha linha de trabalho, mas o desejo pela conquista falava mais alto. Imaginava que mesmo nesta área, eu poderia relacionar com a saúde coletiva, uma vez que a biotecnologia tinha o compromisso de desenvolver um dispositivo de utilização e impacto ampliado.

Fui lançado ao desafio e fui contemplado!

Foram dois anos desafiadores!

No meio de muitas disciplinas das áreas básicas, busquei investigar o risco à cárie dentária em uma comunidade de escolares no município de Sobral para, em seguida, analisar se havia algum biomarcador que diferenciasse os pacientes com maior ou menos predisposição à doença.

Durante o mestrado, o Ceará havia publicado um edital de seleção para direção de Centros Regional de Especialidades Odontológicas (CEO-Regional) em resposta ao programa estadual de expansão da atenção especializada. Com o desejo de me inserir neste novo contexto e, em meio aos estudos de análise laboratorial dos escolares, busquei mais esta conquista.

Foram meses de preparação com horários contados para uma e outra atividade que foram presenteadas com a minha aprovação. O desafio agora era

everia fazer uma especialização em gestão dos serviços de saúde como requisito do processo seletivo.

A obtenção do grau de mestre e a finalização da especialização se deram simultaneamente e, logo em seguida, havia sido convocado para assumir o CEO Regional de Sobral como diretor administrativo-financeiro. Minha rotina de trabalho começava no serviço de auditoria junto ao Departamento Municipal de Auditoria do SUS em Sobral (DEMASUS-Sobral) e terminava no CEO-Regional totalizando uma carga horária de 60 horas semanais. Coisa de louco!

Tudo isso foi importante para construir minha percepção sobre a gestão em saúde.

No CEO, eram dias muito intensos de negociação com gestores numa esfera regional, análise dos resultados, reuniões com o grupo de trabalho, elaboração de fluxos de rotinas e oferta de serviços, disponibilização de vagas para a marcação de consultas, decisões sobre transporte sanitário e viabilização do acesso, incentivo aos registros em saúde, etc.

Depois de um ano inteiro de dedicação e, confesso, muito cansaço, era hora de pensar na minha qualidade de vida. Estava cheio de possibilidades e me restava estabelecer aquilo que me motivava para o trabalho. Decidi então escolher o cargo de gestão relacionado ao processo de auditoria e complementar minha carga horária semanal como docente de uma universidade particular. Durante um bom tempo, essas eram as minhas atividades principais.

Contudo, como um sonhador que sou, tinha despertado a atenção para o doutorado em saúde coletiva. A minha aproximação com essa linha de estudos e pesquisas era inegável. Mesmo com o mestrado em uma área diferente, busquei retomar os meus estudos sobre saúde coletiva que estava dedicado há anos.

Apresentei um projeto relacionado à Auditoria, mas não obtive êxito na minha primeira tentativa. No ano seguinte, pensei em discutir sobre as Redes de Atenção à Saúde Bucal e evolui um pouco mais no processo seletivo, mas também não havia sido suficiente para ingressar no programa. Naquela oportunidade, fui desafiado a expandir meus conhecimentos sobre outras redes temáticas que extrapolassem à saúde bucal. Para isso, busquei me aproximar do grupo de estudos e pesquisa sobre regionalização e redes do professor Ricardo Pontes na Universidade Federal do Ceará e fui bem acolhido. O desafio era compreender um pouco mais sobre esta

rojeito de pesquisa. Semanalmente, lá estava eu, numa escala longa e duradoura entre Sobral e Fortaleza.

O grupo estava relacionado com o estudo do processo de regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde em todo o estado do Ceará. Já era hora de estudar uma temática transversal à saúde, a fim de reunir uma linguagem universal sobre políticas, planejamento e gestão em saúde. Com este tema, consegui a minha inserção junto ao programa e um novo percurso havia sido inaugurado na minha vida.

Ao mesmo tempo e como todos os processos escolhidos na área profissional, passei em um concurso público para a vaga de professor do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí (UFPI). A satisfação foi redobrada, quando percebi que ocuparia um cargo na universidade onde fui formado e, agora, poderia contribuir com a formação e desenvolvimento de outras pessoas no meu estado de origem me remetia a um dever social de retribuição e dedicação.

Ao voltar para casa e trazendo um sentimento fantástico, comecei as minhas atividades. O Departamento de Medicina Comunitária da UFPI oferecia disciplinas a seis cursos da área da saúde, a saber: educação física, enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e odontologia. Logo no início, estive envolvido com a disciplina de Iniciação às Práticas de Saúde, as atividades do Internato em Saúde Coletiva do curso de medicina e, ainda, a disciplina de bioestatística no curso de enfermagem. Foi um momento importante para relatar minha experiência no trabalho interdisciplinar que havia agregado ao longo da minha trajetória.

Isso foi replicado durante os semestre seguintes, na definição das disciplinas que eu iria atuar e nas atividades de pesquisa e extensão que eu iria me inserir. Passei por alguns ajustes, quanto a definição das disciplinas e percorri além dos curso já citados, a nutrição e a odontologia. Atualmente, estou responsável pelas disciplinas de Iniciação às Práticas de Saúde (1º período), Administração de Serviços de Saúde / Gestão em Saúde (4º e 5º períodos) e as atividades do Internato em Saúde Coletiva do curso de medicina (10º, 11º e 12º períodos) e, ainda, a disciplina de Administração de Serviços de Saúde no curso de odontologia (8º período). Falar para os meus futuros colegas de profissão e, também, para outra categoria em formação me exige explorar muitas vertentes na saúde coletiva. Isso remete esforço e dedicação constantes e tem sido fantástico!

regionalização e implantação das RAS, tudo isso vem se entrelaçando de forma bastante fluida. Hoje, percebo que ter vivenciado eixos diferentes na área da saúde coletiva me tornaram um docente multifacetado.

As primeiras entrevistas, ainda relacionadas ao Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) em que fui inserido mesmo antes de entrar no doutorado, me direcionaram para a exploração da temática de organização e funcionamento dos serviços numa perspectiva regional e me trouxeram a discussão da Rede Atenção à Saúde Materna e Infantil, a Rede Cegonha, como a primeira experiência desenvolvida no estado do Ceará. Esse foi o objeto de estudo que tratei de investigar numa perspectiva da política, planejamento e gestão e que me levou a um contato mais próximo com o professor Herlânio Costa Carvalho, especialista na área. Me senti em casa, mais uma vez.

Além da possibilidade de construção deste objeto à luz de um processo de pesquisa e dos resultados apontados pelos entrevistados, busquei esta temática por me permitir percorrer num campo em que poderei discutir no exercício da minha profissão como professor dos cursos de medicina e odontologia.

Concluído este trabalho, percebo que, ainda, há um longo caminho a percorrer. O processo não se encerra e não se esgota. Ao contrário, quanto mais nos aproximamos de um objeto, mais compreendemos que outras possibilidades vão sendo construídas. Esta é a dinâmica da formação!

E a pintura?

A pintura foi acontecendo em meio a tudo isso. Não consigo tratar mais a ciência e a arte de forma dissociada. Já faz parte do meu ~~eu~~. Na hora de me expressar, os personagens guardados no meu inconsciente se apresentam espontaneamente. É a forma que escolhi para manter viva a imaginação, tratando de dar uma linguagem universal, sem perder as características regionais.

Iniciei a divulgação da produção artística em 2002 durante a Mostra SAFRA em Sobral. Esta experiência me rendeu bons resultados, além de valorizar o meu trabalho que passou a ser difundido no meio de comunicação impresso e eletrônico.

Em 2009, realizei minha primeira exposição individual ~~2~~ anjos e muitas canções+na Casa de Cultura de Sobral. Neste mesmo ano, participei de exposição com outros artistas da região em um evento científico regional organizado pelo COSSEMS-CE.

exposição %2 contos e tantos encantos+ junto ao Memorial da Educação Superior de Sobral (MESS) / Universidade Estadual Vale do Acaraú em homenagem à Moreira Campos, contista cearense bastante renomado.

Já em 2011, integrei o Grupo de Artes Visuais Haja Vista e participei da exposição coletiva %2oão e o pé de feijão+ na Escola de Ofícios e Artes do Ceará (ECO/CE) com a temática sobre o meio ambiente. Neste mesmo ano, busquei realizar sob a forma de exposição de artes plásticas uma pesquisa e apresentação das principais origens e culturas que se evidenciavam no município de Sobral. Este projeto foi inserido dentro da proposta de trabalho da Universidade Estadual Vale do Acaraú . UVA, por meio do Centro de Ciências Humanas, do Laboratório das Memórias e das Práticas Cotidianas - Labome e da Organização Sócio-Estudantil de Serviços em Consultoria e Projetos de Pesquisa . OSESP, traduzido como III Visualidades. A proposta da exposição intitulada %2 Nações Sobralenses+ contou com obras que retrataram a diversidade de pessoas e culturas que compunha a cidade de Sobral.

Neste mesmo evento cultural, apresentei, junto ao Grupo de Artes Visuais Haja Vista, a exposição coletiva %2Provérbios Populares+. Esta exposição tratava dos principais ditados populares presentes na cultura local traduzidos em imagens de desenho em carvão, giz cera e pastel de óleo.

Em 2012, estas produções compuseram a Mostra de Arte do espaço cultural do Instituto de Educação Profissional Técnico de Nível Médio Lourenço Caetano de Jesus (INTEC), pertencente ao Grupo Educacional INTA que atua na transição entre a formação escolar e o desempenho profissional, proporcionando ao estudante a devida qualificação para o exercício profissional, por meio da modalidade de educação a distância (EAD).

A criação de cada obra é fator de observação, planejamento e experiências com diversos pigmentos e cores. O próprio fazer e o resultado disso contribuem para a satisfação plena do ser artistaq Concluído o trabalho, podemos observar, frente à obra, a emoção e a harmonia traduzida em cores fortes e intensas. Isto resulta na alusão do próprio fazer artístico contemporâneo.

Atualmente, estou me dedicando à Pesquisa em Artes Plásticas, além do desenvolvimento de intensas e contínuas atividades nos campos da Pintura, Desenho e Gravura. Aliado a isso, tenho estudado as distintas possibilidades de expressão artística, assumido uma nova etapa de formulação de seu trabalho.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

aqui uma expressão múltipla (ciência e arte) decorrente de um processo de investigação acerca da avaliação da regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará relacionada ao doutoramento em saúde coletiva junto à Universidade Federal do Ceará. Que esse seja um ponto de partida, para novas possibilidades.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Esta produção pretende contribuir para a implantação e implementação de condutas relacionadas às políticas e programas de saúde. Percebemos que tem sido elaboradas estratégias e efetivadas posturas diversas tendo em vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Aliado a isso, temos observado a adoção de estratégias com foco no acesso às ações e serviços de saúde a partir de uma proposta integrada e articulada em redes.

Contudo, é importante desenvolver uma avaliação daquilo que já foi proposto na tentativa de maximizar as boas práticas e estabelecer novas oportunidades diante dos pontos a serem melhorados e aperfeiçoados. Sendo assim, para este estudo, partimos de um objetivo geral que se propõe a avaliar o processo de regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará. Outros objetivos compuseram esta produção: analisar o potencial da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) no estado do Ceará por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) nos últimos anos; e, compreender as experiências de usuárias dos serviços de saúde materna e infantil, profissionais e gestores, diante do processo de regionalização e implantação desta rede temática no estado do Ceará.

Na etapa de apropriação temática e referencial teórico, pontuamos os seguintes tópicos: o processo de regionalização como diretriz balizadora do funcionamento e organização das ações e serviços de saúde (Item 2.1); direito à saúde materna e infantil no Brasil (Item 2.2); principais políticas e programas adotados para a melhoria da saúde materna e infantil (Item 2.3); e, Rede Cegonha como política pública voltada para a garantia do acesso e direito à saúde materna e infantil (Item 2.4).

Partimos de uma discussão sobre a proposta de articulação e integração dos atores (gestores, profissionais e comunidade), territórios (municípios e agrupamentos territoriais como regiões e macrorregiões de saúde), ações e serviços de saúde (sob as diversas temáticas) em redes (Item 2.1). Esta temática tem sido relacionada às diretrizes de descentralização e regionalização que foram investidas no país desde a década de 90. Para esta abordagem, utilizamos o método de revisão sistemática em que foram analisadas as publicações no período de 2010 à 2015.

abordamos a questão social e suas expressões que giram em torno das mulheres e crianças no nosso país (Item 2.2). É nosso interesse compreender as principais demandas deste grupo populacional. Consta de uma revisão sistemática sobre esta temática reunindo as principais publicações entre os anos de 2010 e 2015.

O tópico seguinte faz referência ao resgate histórico e normativo sobre a saúde da mulher e da criança (Item 2.3). Foram investigadas as políticas, programas e serviços voltados a este tema tanto na esfera nacional como também internacional. Nossa intenção foi aproximar o leitor diante de todo o investimento dado à saúde da mulher e da criança ao longo dos anos e que fundamentaram o atual contexto de políticas públicas que estamos vivenciando hoje.

Logo após, partimos para a apresentação da Rede Cegonha como produto do movimento em prol da saúde materna e infantil no país (Item 2.4). Aqui, além de princípios que orientam esta política, destacamos as diretrizes e tecemos comentários importantes acerca de sua operacionalização.

No que diz respeito aos objetivos desta pesquisa, destacamos a necessidade de avaliar a regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará (Item 3), bem como analisar o potencial assistencial das regiões de saúde e compreender as experiências dos sujeitos relacionados a este processo.

Já no Item 4, comentamos acerca do percurso metodológico que subsidiou esta busca. Decidimos por uma pesquisa avaliativa de abordagem múltipla que foi realizada a partir de entrevistas associadas à análise documental e observação direta dos serviços. Para subsidiar este processo investigativo, tratamos da apresentação de um possível modelo lógico avaliativo para a Rede Cegonha. Foi nossa intenção responder às questões propostas anteriormente, como: o potencial regional de oferta de serviços de saúde; e, as experiências compartilhadas entre usuárias dos serviços de saúde materna e infantil, profissionais de saúde e gestores.

Na primeira dimensão de resultados e análise (Item 5.1), buscamos analisar o potencial da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no estado do Ceará por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) nos últimos anos. Utilizamos como referência os anos de 2012 e 2015 que trata do período de início e finalização do Plano de Ação para a Rede Cegonha previsto para o estado do Ceará.

deste estudo (Item 5.2), tratamos das experiências de usuárias dos serviços de saúde materna e infantil, profissionais de saúde e gestores diante deste potencial regional. Aqui, tentamos articular a análise das entrevistas realizadas às afetações experienciadas pelo pesquisador. Para registro destas afetações, além dos diários de campo, foram elaboradas versões de sentido utilizando recursos lúdicos. O elemento arte foi utilizado como expressão durante a vivência de campo e abordagem de cada um destes sujeitos. Como desafio hermenêutico de compreensão, isso seria possível, uma vez que o pesquisador é sempre desafiado a superar o método e buscar novas possibilidades de aproximação do objeto de estudo. Aliado a isso, a expressão artística poderia desencadear um movimento de compreensão próprio em cada um dos expectadores.

Para o desfecho deste estudo, seguimos com as reflexões e teorizações dos autores que foram expressas em um item intitulado *Construindo Redes Plurais e Movimentos em Saúde* (Item 6.1). A intenção, aqui, foi apresentar uma proposta teórica diante daquilo que foi experienciado e observado em campo, a fim de subsidiar interfluências do campo prático da regionalização da saúde materna e infantil, sobretudo, no estado do Ceará, e possibilitar mudanças no *habitus*.

Em meio a esta exposição, utilizamos alguns elementos que reuniram a compreensão do autor / pesquisador sobre a realidade observada de forma livre. Acreditamos que a composição e organização de toda a tese até aqui também evidencia a transição vivenciada pelo próprio autor / pesquisador e o seu rompimento com uma abordagem meramente quantitativa e que, agora, se permite percorrer um universo qualitativo de pesquisa.


Assim, foi explorada de forma bastante intensa a subjetividade e elaborados elementos para tratar da expressão de um problema social. Foram utilizados os referenciais artísticos de cordel, fanzine, desenho e pinturas para apresentar a compreensão do autor / pesquisador sobre o tema. Cada um dos atos menciona um enfoque crítico e reflexivo diferente que permite o leitor a sua livre interpretação. Este também é um desafio hermenêutico, possibilitar um movimento de compreensão do outro, conforme já mencionado.

Como anúncio, já havia sido apresentado um cordel sobre a estória de uma personagem que peregrinava em busca dos serviços de saúde, a Carolina

elementos de vários sujeitos nos diversos encontros oportunizados por esta pesquisa.

Ao longo do texto, foram explorados os sentidos que utilizamos os desenhos para apresentar situações diversas que foram apreendidas e que tratam do cotidiano dos usuários dos serviços e profissionais de saúde. Aliado a isso, apresentamos outras duas construções artísticas. Temos um fanzine como recurso de manifestação que busca chamar a atenção de gestores e profissionais de saúde na construção de uma rede; e, as impressões que expressam os multi-elementos da rede por meio de pinturas.

Cientes de que este estudo não se encerra aqui, sugerimos a continuidade da proposta avaliativa neste segmento e nas diversas possibilidades apontadas até o presente momento.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE II: REFERENCIAL TEÓRICO



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

2.1. O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ BALIZADORA DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ção como diretriz balizadora do funcionamento e organização das ações e serviços de saúde

Depois de vivenciar um período de ênfase à descentralização, a temática de regionalização em saúde tem sido destaque e parece tomar consistência ao longo dos anos no Brasil (VIANA; LIMA & FERREIRA, 2010). Isso pode ser percebido por meio de análise às bases normativas atuais que regem a organização das ações e serviços de saúde em redes a partir de critérios de regionalização bastante definidos.

Foram criados espaços de interlocução para se discutir a melhoria do acesso, a garantia da integralidade das ações e serviços de saúde, bem como a ampliação da cobertura assistencial e a qualidade da saúde da população brasileira. Enquanto estratégia política para assegurar estas conquistas, em 2010, foi lançada a Portaria nº 4.279/GM/MS, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta base normativa evidenciou a regionalização como estratégia de gestão e eixo fundamental no processo de planejamento, programação e organização das ações e serviços de saúde.

Em 2011, mais de vinte anos após a criação do SUS, foi regulamentada a Lei 8.080/90 a partir do Decreto nº 7.508 na perspectiva de superar lacunas legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Este seria mais um passo importante para subsidiar a conformação político-administrativa que o país vivenciava. Naquele novo contexto, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) foi proposto para dar transparência à gestão do SUS. Por meio deste instrumento deveriam ser definidas, entre outros aspectos, as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde, os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente.

No que tange a organização do SUS, o decreto estabeleceu as Regiões de Saúde (RS) para provisão dos serviços, já definidas na Portaria nº 4.279/GM/MS, em cumprimento à determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essas RS deveriam conter, no mínimo, ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção

hospitalar e de vigilância em saúde. Aliado a isso, foi atribuído aos entes federados a definição de alguns elementos das RAS, que deveriam ser acordadas entre União, estados e municípios em resposta às necessidades de saúde de cada um dos territórios. Para isso, deveriam ser respeitados os limites geográficos, a população usuária das ações e serviços, o rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Ao observar a relevância da regionalização em saúde diante do cenário político-administrativo e normativo que se constituiu no Brasil nos últimos anos, percebemos a necessidade de resgatar, de forma sistemática, as vivências, reflexões e tendências desta temática a partir das publicações científicas disponíveis. Acreditamos que estudos desta natureza contribuem para a construção do conhecimento, pois podem revelar o estado da arte acerca de determinado tema. Além disso, possibilitam identificar lacunas que devem receber maiores investimentos e nortear estratégias de enfrentamento de problemas de interesse público relacionado à sua operacionalização.

A partir disso, analisamos a produção científica acerca da regionalização em saúde a partir da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde entre os anos de 2009 e 2015, a fim de compreender o movimento em prol das políticas, planejamento e gestão em saúde.

Para isso, escolhemos como método a revisão sistemática do tipo integrativa empírica. Aqui, foram percorridas seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de uma pesquisa convencional, a saber: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão / síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA & CARVALHO, 2010; BEYAES E NICOLL, 1998).

Como forma de conduzir esta revisão, foi formulada a seguinte questão direcionadora: que vivências, reflexões e tendências sobre a temática de regionalização em saúde podem ser resgatadas a partir das publicações científicas disponíveis?

foi realizada no mês de janeiro de 2016 nas bases de dados bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para o refinamento adequado dos artigos, definimos uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em português; disponíveis gratuitamente em texto completo na base de dados supracitada; publicados no período janeiro de 2009 a dezembro de 2015, e que abordassem a temática de regionalização em saúde. Excluimos artigos publicados em outros idiomas, estudos em formato de editorial, carta ao editor ou revisão de literatura e artigos que não abordassem o tema proposto.

Para o levantamento das publicações na BVS, utilizamos os seguintes descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e na língua portuguesa de forma isolada e combinada: regionalização e saúde. Para agrupamento e análise dos artigos, elaboramos um formulário, o qual inclui a referência do trabalho (título, autores e periódico), procedência, objetivos das pesquisas, metodologia empregada e suas principais considerações.

Em um primeiro momento, realizamos uma leitura minuciosa dos resumos encontrados a partir da combinação entre os descritores apontados, excluindo os trabalhos que não se enquadravam nos critérios de inclusão elencados. Após uma primeira seleção realizada pelo exame dos resumos, os estudos selecionados foram recuperados, examinados e lidos na íntegra. Posteriormente, em função da maior ou menor proximidade com o tema de interesse, uma nova seleção foi realizada, restringindo a revisão apenas aos artigos diretamente relacionados à regionalização em saúde. Incorporamos à revisão apenas as publicações recuperadas nessa última seleção, que constituíram o corpus de análise do presente estudo (Figura 1).

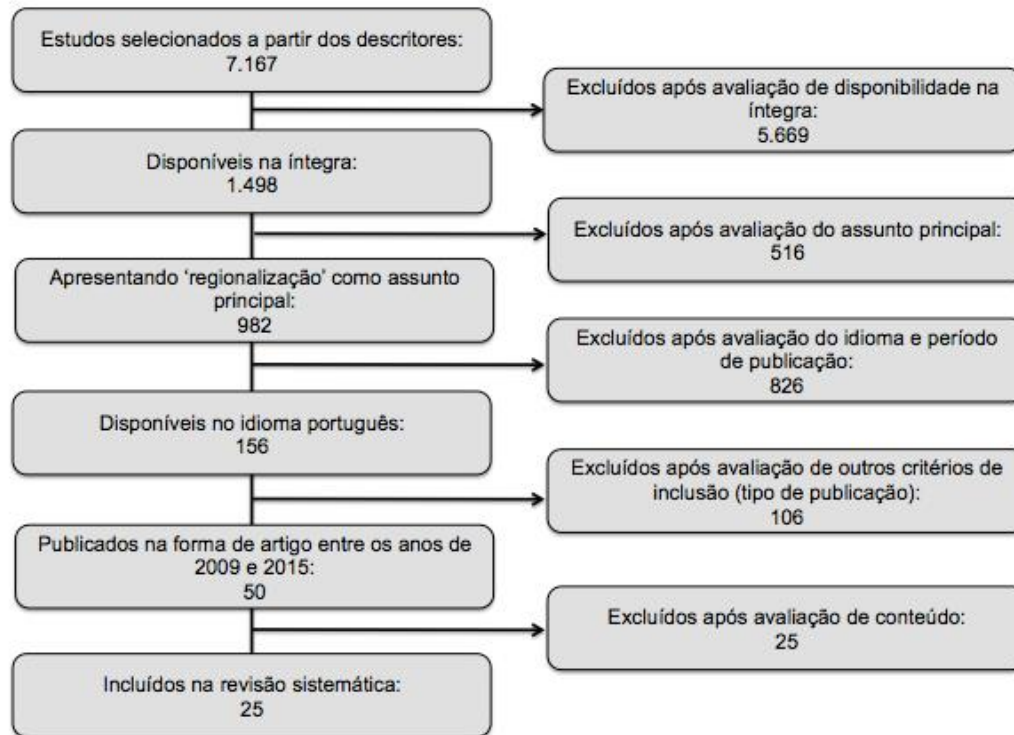
Encontramos 50 resumos que correspondiam à somatória de todas as buscas realizadas, seja com os descritores tomados isoladamente, seja a partir de suas combinações, na base indexadora utilizada para este estudo.

Posteriormente, segundo os critérios de inclusão/exclusão adotados e levando em consideração as combinações de descritores, descartamos a maior parte desse montante por não ser condizente com o assunto ou por tratar da temática apenas tangencialmente. Estudos encontrados em mais de uma base indexadora foram computados uma única vez. Considerando o exposto, selecionamos, recuperamos e analisamos na íntegra 25 artigos que, após análise criteriosa, foram categorizados. Essa categorização favoreceu a reflexão crítica

e caracterizam o estado da arte sobre a temática

(Quadro 1).

Figura 1: Fluxograma de tratamento de documentos disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) acerca da temática de regionalização em saúde entre os anos de 2009 e 2015 durante o processo de revisão sistemática para a obtenção dos artigos apropriados.



Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 1: Quadro sinóptico dos artigos científicos acerca da temática de regionalização em saúde disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre os anos de 2009 e 2015.

| N | Procedência | Título do artigo | Autores | Periódico (volume, número, página e ano) | Núcleos temáticos identificadas |
|---|-------------|---|---|--|---|
| 1 | LILACS | Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS | Dubeux, Luciana Santos; Carvalho, Eduardo Freese de. | Rev. bras. saúde matern. infant; 9(4): 467-476, out.-dez. 2009 | Princípios da regionalização em saúde. |
| 2 | LILACS | Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade | Paiva, Marcélia Guimarães; Stephan-Souza, Auta Iselina; Bustamante-Teixeira, Maria Teresa; Chebli, Júlio Maria Fonseca. | Rev. APS; 13(supl.1): 3-14, 2010. | Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores; Princípios da regionalização em saúde. |

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

| | | | | | |
|----|--------|--|---|--|--|
| | | compreensão da atratividade de Juiz de Fora no processo de regionalização da saúde na macrorregião sudeste de Minas Gerais | Jacometti, Elizabeth Jucá e Mello; Stephan-Souza, Auta Iselina. | Rev. APS; 13(supl.1): 15-25, 2010 | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores. |
| 4 | LILACS | A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama | Alves, Marcio José Martins; Bustamante-Teixeira, Maria Teresa; Ferreira, Renata de Paula; Oliveira, Cristiane Mota; Azevedo, Carolina Bassoli; Souza, Auta Iselina Stephan. | Rev. APS; 13(supl.1): 26-34, 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 5 | LILACS | Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética | Stephan-Souza, Auta; Chebli, Ivan Charles Fonseca; Jacometti, Elizabeth Jucá e Mello; Paiva, Marcélia Guimarães. | Rev. APS; 13(supl.1): 35-45, 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 6 | LILACS | O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação | Chebli, Ivan Charles Fonseca; Paiva, Marcélia Guimarães; Stephan-Souza, Auta Iselina. | Rev. APS; 13(supl.1): 75-83, 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 7 | LILACS | A regionalização: desdobramento da descentralização | Chebli, Ivan Charles Fonseca; Paiva, Marcélia Guimarães; Stephan-Souza, Auta Iselina. | Rev. APS; 13(supl.1): 84-94, 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 8 | LILACS | A regionalização intramunicipal do sistema único de saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil | Spedo, Sandra Maria; Pinto, Nicanor Rodrigues da Silva; Tanaka, Oswaldo Yoshimi | Saúde Soc; 19(3): 533-546, jul.-set. 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Princípios da regionalização em saúde; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 9 | LILACS | Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste Brasileiro | Dubeux, Luciana Santos; Freese, Eduardo; Reis, Yluska Almeida Coelho dos. | Cad Saude Publica; 26(8): 1508-1518, ago. 2010. | Desafios e perspectivas da regionalização em saúde; |
| 10 | LILACS | Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional | Viana, Ana Luiza d'Ávila; Lima, Luciana Dias de; Ferreira, Maria Paula. | Ciênc. saúde coletiva; 15(5): 2317-2326, ago. 2010. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 11 | LILACS | Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) | Reis, Yluska Almeida Coelho dos; Cesse, Eduarda Ângela Pessoa; Carvalho, Eduardo Freese de. | Rev. bras. saúde matern. infant; 10(supl.1): s157-s172, nov. 2010. | Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 12 | LILACS | Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro | Dourado, Daniel de Araujo; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. | Rev Saude Publica; 45(1): 204-211, fev. 2011. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 13 | LILACS | Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil | Venancio, Sonia Isoyama; Nascimento, Paulo Roberto do; Rosa, Teresa Etsuko; Morais, Maria de Lima Salum | Ciênc. saúde coletiva; 16(9): 3951-3964, set. 2011. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução |

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

| | | | | | |
|----|--------|--|--|--|--|
| | | | e; Martins, Patrícia Nieri; Voloschko, Anna. | | entre gestores. |
| 14 | LILACS | Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo | Andrade, Marta Campagnoni; Castanheira, Elen Rose Lodeiro. | Saúde Soc; 20(4): 980-990, out.-dez. 2011. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 15 | LILACS | Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo | Mello, Guilherme Arantes; Ibañez, Nelson; Viana, Ana Luiza d'Ávila. | Saúde Soc; 20(4): 853-866, out.-dez. 2011. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 16 | LILACS | Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil | Lavras, Carmen. | Saúde Soc; 20(4): 867-874, out.-dez. 2011. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 17 | LILACS | Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde: O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil | Ianni, Aurea Maria Zöllner; Monteiro, Paulo Henrique Nico; Alves, Olga Sofia Fabergé; Morais, Maria de Lima Salum e; Barboza, Renato. | Cad Saude Publica; 28(5): 925-934, maio 2012. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores. |
| 18 | LILACS | Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade | França, Luciano Marcelo; Mantovaneli Júnior, Oklinger; Sampaio, Carlos Alberto C. | Saúde Soc; 21(supl.3): 111-127, out.-dez. 2012. | Princípios da regionalização em saúde. |
| 19 | LILACS | Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade | Mello, Guilherme Arantes; Viana, Ana Luiza d'Ávila. | Hist Cienc Saude Manguinhos; 19(4): 1219-1239, Out.-Dez. 2012. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde. |
| 20 | LILACS | Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde | Dourado, Daniel de Araújo; Dallari, Sueli Gandolfi; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. | Rev. direito sanit; 12(3): 10-34, nov. 2011-fev. 2012. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 21 | LILACS | Regionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica brasileira | Pinto Júnior, Valdester Cavalcante; Fraga, Maria de Nazaré de Oliveira; Freitas, Sílvia Maria de; Croti, Ulisses Alexandre. | Rev Bras Cir Cardiovasc; 28(2): 256-262, abr.-jun. 2013. | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Princípios da regionalização em saúde. |
| 22 | LILACS | Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008 | Botti, Cristina Santos; Artmann, Elizabeth; Spinelli, Maria Angélica S; Scatena, João Henrique G. | Epidemiol. serv. saúde; 22(3): 491-500, set. 2013. | Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |
| 23 | LILACS | Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari: São Paulo | Gryschek, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins; Nichiata, Lucia Y. Izumi; Fraccolli, Lisleine Aparecida; Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de; Pinho, Paula Hayasi. | Saúde Soc; 23(2): 689-700, apr-jun/2014 | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores; Princípios da regionalização em saúde; Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

| | | | | | |
|----|--------|---|--|---|--|
| | | intergovernamentais no Brasil | Machado CV; Lima LD; Viana AL; Oliveira RG; Iozzi FL; Albuquerque MV; Scatena JH; Mello GA; Pereira AM; Coelho AP. | <u>Rev Saude Publica</u> ; 48(4): 642-50, 2014 Aug. | Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores. |
| 25 | LILACS | Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa | Silva, Edson Coutinho da; Gomes, Mara Helena de Andrea | Saúde Soc; 23(4): 1383-1396, Oct-Dec/2014 | Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde; Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores. Princípios da regionalização em saúde. Desafios e perspectivas da regionalização em saúde. |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Sobre esta temática, é importante mencionar que a influência ou o impacto das políticas (*policies*) e da política (*politics*) no Brasil tem sido objeto de extensos estudos (ARETCHE & MARQUES, 2002). Quando se trata de regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), alguns estudos apontam para os avanços na descentralização como elemento alavancador do processo atual de organização das regiões de saúde e das ações e serviços por hora desenvolvidos. Mas, qual a importância da descentralização diante dessa temática?

De acordo com Arretche (2011:16), a descentralização está relacionada com a transferência de um conjunto de atribuições da gestão aos níveis estadual e municipal de governo. Em outras palavras, faz referência a institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais (ARRETCHE, 2011:16). Para que esta proposta se efetivasse, seria necessário vivenciar um longo caminho de reforma que possibilitasse a mudança de uma postura centralizadora que permanecia no país desde 1930.

Além desta herança da centralização percebida no país, a discussão acerca do percurso da descentralização atribui grande importância ao seu impacto sobre as capacidades administrativas dos governos locais, bem como à heterogeneidade dos municípios brasileiros (MELO, 2005). Tudo isso constitui elemento de análise, quando se pretende investigar os avanços da política de saúde brasileira e propor alternativas de superação de um modelo historicamente fragmentado (ARRETCHE, 2011).

construção do atual sistema de saúde brasileiro, percebemos dois períodos distintos quanto às relações intergovernamentais no plano federativo. Inicialmente, houve uma acentuada descentralização político-administrativa em direção aos municípios. Este movimento se estabeleceu mais fortemente na década de 90 e foi conhecido como municipalização. Ao longo deste período, observamos diferentes resultados nas mais diversas realidades loco-regionais. Alguns municípios apresentaram experiências exitosas quanto ao processo de descentralização e partiram na frente quanto à conquista de maior autonomia e independência. Logo após este período, a regionalização se constituiu como outra dimensão estratégica prioritária (DOURADO; DALLARI & ELIAS, 2012).

Entendemos a descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde como um processo social que buscava o deslocamento de parte do poder central hegemônico para as periferias das instituições e dos centros administrativos. Isso possibilitou o deslocamento de parte substancial do controle central para os estados subnacionais (CHEBLI; PAIVA & STEPHAN-SOUZA, 2010).

É importante comentar que o princípio da descentralização já havia sido apontado desde 1963 durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Contudo, a ruptura democrática promovida pelo golpe militar de 1964 abortou as reformas que se pretendia implementar em todos os setores, inclusive as do setor saúde. Na década de 70, a insatisfação com o sistema de saúde brasileiro foi agravada pelo ônus gerado ao sistema de saúde devido o aumento da participação de trabalhadores no processo produtivo, por interferências de grupos ligados ao complexo médico-industrial e pela indefinição das políticas públicas no enfrentamento da dicotomia entre ações de saúde de alcance coletivo ou individual. Isso exigiu do Estado, pelo menos, a ampliação da oferta de serviços. Nesta oportunidade, percebemos a tendência para a discussão de experiências que destacassem propostas de modelos alternativos de organização de serviços e ampliação de cobertura de serviços de saúde (CHEBLI; PAIVA & STEPHAN-SOUZA, 2010).

Na década de 80, o movimento de reforma sanitária retomou a discussão acerca de estratégias que superassem estas problemáticas. Neste sentido, a descentralização foi apontada como princípio relevante que resultaria no fortalecimento dos níveis de gestão local e, ainda, possibilitaria a construção de um perfil diferenciado de prática intervencionista.

oram importantes para subsidiar o processo de reformas nos anos 80 e 90: retomada das eleições diretas para todos os níveis de governo (1982); descentralização fiscal da Constituição e definição dos municípios como entes federativos autônomos (1988); relações entre os níveis de governo passaram a ser relações próprias a um Estado Federativo (1990). Nasceu, assim, uma possibilidade concreta de mudança que o país necessitava para garantir o acesso a políticas públicas efetivas em resposta as necessidades demandadas pela população (ARRETCHE, 2011).

No final dos anos 90, na área da saúde, foram implantados programas de transferência paulatina de um conjunto significativo de atribuições de gestão aos níveis estadual e municipal do governo. Nesta ocasião, em termos político-institucionais, governo federal, governos estaduais e municipais passaram a ser mais autônomos e independentes. Diante deste novo cenário, algumas perguntas foram recorrentes: qual o impacto deste processo de descentralização? Como estabelecer boas relações intergovernamentais? Como superar as desigualdades locais? Seria possível garantir a coordenação governamental de políticas públicas e a autonomia entre os entes federativos?

Quanto ao impacto do processo de descentralização e as relações governamentais, é importante mencionar que estes dois eixos constituem objetos de análise bastante complexos e dinâmicos. Isso pode estar relacionado com o grande número de municípios no país e a diversidade de cenários técnico-político e administrativo. A partir disso, percebemos a dimensão que esta temática representa e a necessidade de desenvolvimento e aprofundamento de estudos.

Outro ponto de destaque foi a superação das desigualdades locais. Mesmo com esta nova postura de gestão, não foi possível eliminar completamente as desigualdades entre estados e municípios. Isso era perceptível, quando se analisava a capacidade econômica e fiscal, capacidade administrativa para a gestão de políticas públicas e, ainda, a tradição cívica que existia em cada uma das esferas de governo. Mais uma vez, relacionamos isso a características básicas do país. De acordo com a autora Marta Arretche (2000:17): % Brasil caracteriza-se pela existência de uma esmagadora maioria de municípios pequenos, com reduzida densidade econômica, dependentes de transferências fiscais e sem tradição administrativa e burocrática+. A partir disso, a capacidade dos estados e municípios

públicas para a gestão de programas sociais foi questionada.

No que diz respeito à coordenação governamental de políticas públicas, percebemos uma dependência em grande parte pelos arranjos institucionais herdados. Neste contexto, a União, ainda, tem papel de grande relevância quanto a distribuição intergovernamental de funções. Em geral, está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal mantém autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Aliado a isso, interfere nas escolhas dos governos locais e em suas agendas de governo, uma vez que vincula as transferências fundo a fundo às suas regras pré-estabelecidas (ARRETCHE, 2004).

É diante deste cenário e, ainda, do processo inacabado de garantia da autonomia e independência que o processo de regionalização foi estabelecido. Nesta nova fase, foi necessário agregar esforços e reunir recursos para a efetivação desta diretriz que representaria, num futuro próximo, o exercício da comunicação, integração, coordenação e cooperação interfederativa.

Por meio da análise dos artigos selecionados para este estudo, foi possível perceber afinidades teórico-conceituais relacionadas ao processo de regionalização em saúde. Neste sentido, identificamos quatro possíveis núcleos temáticos que subsidiarão esta discussão, a saber:

a) Bases conceituais, históricas e normativas da regionalização em saúde

A regionalização em saúde foi citada por alguns autores como sendo o *locus* orientador da descentralização das ações e dos serviços de saúde, dos processos de negociação e pactuação entre os gestores+ (GRYSCHER *et al.*, 2014:690). Isso justifica a relação estreita e a complementariedade entre estas duas diretrizes do SUS. Desta forma, fragilidades no processo de descentralização poderão comprometer os resultados obtidos por meio da regionalização em saúde.

No que diz respeito às bases conceituais da regionalização, alguns autores concordam que se trata de um *processo* político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço

ERREIRA, 2010:2318). Como processo político, qualquer adequação precisa ser previamente analisada, a fim de minimizar os ruídos e evitar abuso de poder. Isso incluiria o empenho de todos estes atores de forma solidária na definição de estratégias concretas com fins de planejamento, comunicação, articulação, integração, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde em um determinado território, segundo uma disposição hierárquica (PINTO JUNIOR *et al.*, 2013).

Esta necessidade de integrar os componentes de uma rede para garantir a efetivação do direito à saúde no país e para contemplar uma lógica de planejamento que possibilite a organização de sistemas funcionais de saúde tem sido unanimidade (STEPHAN-SOUZA *et al.*, 2010). Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Neste sentido, para a consolidação desta estratégia, alguns fatores devem ser considerados. Dentre eles, podemos citar, por exemplo, os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados+(DOURADO & ELIAS, 2011:205).

Outros autores mencionam que a execução desta macro-estratégia está baseada na delimitação de áreas de gestão sanitária de crescente suficiência assistencial, designando figuras regionais não coincidentes com os entes federados. Para a sua concretização, seriam necessários arranjos institucionais estabelecidos entre os diferentes níveis de governo no federalismo sanitário (DOURADO; DALLARI & ELIAS, 2013).

A regionalização, como proposta de organizar sistemas de saúde, surgiu, inicialmente, na antiga União Soviética no período de pós-Revolução. Mais tarde, em 1920, esta proposta teria sido adaptada por Dawson para o ocidente. A partir deste período, vem sendo adotada como macro-estratégia para a estruturação de sistemas nacionais de saúde por diversos países com predomínio da regionalização autárquica como paradigma dominante. Nesta situação, existe uma instância mesorregional com relativa autonomia que é responsável pela gestão do sistema local de saúde e o papel dos municípios é secundário. Esse é o modelo adotado em países que são referência para o SUS, a citar: Reino Unido, Itália e Canadá (SPEDO; PINTO & TANAKA, 2010).

o se deu com a publicação do Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. Esta base normativa tratava da aprovação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) para o período de 1976-1979 e tinha a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da região (CHEBLI; PAIVA & STEPHAN-SOUZA, 2010). Contudo, a regionalização só obteve maior destaque na política nacional de saúde no final da década de 90 com a experiência exitosa de alguns estados, como o Ceará, por exemplo. Neste período, os estados retomaram a capacidade de intervenção e o exercício de seu papel político, diante da necessidade de repensar estratégias para o enfrentamento da fragmentação do sistema público de saúde.

Apesar de presente nas diretrizes do SUS, a regionalização só foi reforçada pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006. Nesta oportunidade, foi definida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (VIANA; LIMA & FERREIRA, 2010).

Na NOAS (2001 e 2002), a regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantissem o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. A partir destas bases normativas, a regionalização da saúde no SUS foi se materializando no país. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi o instrumento proposto para ordenar o fluxo da assistência de média e alta complexidade. Ao reconhecer os critérios para a definição de uma base territorial regionalizada, foram aplicados parâmetros assistenciais que serviriam de base para a programação física e orçamentária dos municípios da região, a partir da qual municípios de diferentes portes pactuam ofertas e demandas (ALVES *et al.*, 2010; VENANCIO *et al.*, 2011).

No Pacto pela Saúde (2006), a direção nacional do SUS reafirmou a regionalização como alicerce do sistema e assumiu esta diretriz como eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar o processo de descentralização e

; (IANNI *et al.*, 2012). Nesta oportunidade, foram mantidos os instrumentos operacionais empregados pela NOAS, a saber: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI) (DOURADO; DALLARI & ELIAS, 2012; STEPHAN-SOUZA *et al.*, 2010; JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010).

O Pacto de Gestão, um dos componentes desta base normativa, favoreceu a discussão acerca da modelagem de redes regionais de atenção à saúde como uma das estratégias de regionalização. Esse processo exigiu a cooperação solidária entre os municípios de cada uma das regiões de saúde e a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado. A estruturação destas Redes de Atenção à Saúde (RAS) visava à consolidação de sistemas de saúde integrados na busca pelo acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as RAS são consideradas como sendo %uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 *apud* LAVRAS, 2011:872).

Em 2010, o Ministério da Saúde editou uma Portaria em que consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde: %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 *apud* LAVRAS, 2011:872).

De fato, a temática de regionalização e implantação das RAS constituem processos de mudança das práticas sanitárias que buscam resgatar um sentido coletivo para a saúde. Para isso, é importante considerar a regionalização nas suas dimensões política, econômica, ideológica e técnica, uma vez que se trata da relação de poder compartilhada diante de diversos interesses de distintos atores sociais, da necessidade de racionalização dos recursos, da organização e funcionamento a partir das necessidades e demandas da população e não da oferta de serviços, bem como da utilização e a produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referência (SILVA & GOMES,

es apontam que é indispensável atentar para estas dimensões apresentadas, além de criar mecanismos que incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do interesse comum e de todos.

b) Região de saúde como espaço de interlocução entre gestores

A regionalização como macro-estratégia política apontou para a necessidade de esclarecimento acerca do conceito de Regiões de Saúde. A Portaria nº 373 do Ministério da Saúde, que regulamentou a NOAS, introduziu o conceito de Região de Saúde (RS) como a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, cuja definição caberia à esfera estadual (DOURADO; DALLARI & ELIAS, 2012:24). Neste sentido, a delimitação das RS deveria superar e se sobrepor ao processo administrativo (GRYSCHKEK *et al.*, 2014). Desta forma, a RS exigiria a adoção de uma postura coletiva e de um raciocínio colaborativo diante dos processos de planejamento, execução e avaliação de ações e serviços de saúde na perspectiva da garantia dos princípios de comunicação, articulação e integração. De acordo com estas bases normativas, isso deveria extrapolar os limites federativos já desenhados para o país.

Já o Pacto pela Saúde (2006) define RS como:

"recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos (...) tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde" (BRASIL, 2006 *apud* IANNI *et al.*, 2012).

Alguns autores definem região como uma construção mental que, a partir de uma visão seletiva da realidade, congrega elementos de forma intersubjetiva, criando um código próprio que norteia as decisões e os comportamentos (JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010:18). Por meio desta definição, percebemos a natureza não-palpável que este conceito representa, uma vez que desloca a interpretação do espaço forma para um conceito abstrato de lugar que carrega consigo um conjunto de percepções vividas e estabelecidas por meio de apreensões, valorações, decisões e comportamentos coletivos. Região, neste caso, estaria relacionada com um padrão dinâmico que exigiria uma postura colaborativa, recheada de necessidades e posicionamentos.

a concepção de região tem sido adotada pelas políticas de saúde atrelada ao conceito de espaço como um produto da sociedade. Para Santos (1996 *apud* JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010), o espaço teria um conceito híbrido. Seria composto por dois padrões diferentes: forma e função. O primeiro estaria relacionado com as estruturas de uma imagem de satélite e, o último, com um processo de ações humanas que constroem este cenário. Neste aspecto, estaria relacionado com conjunto de objetos e, também, de ações.

Região, para Venancio e colaboradores (2011:3952), seria definida como sendo uma arena onde grandes interesses se expressam através do mercado, mas onde o papel das instituições públicas e estatais carece de efetividade, à espera de regulação adequada+. O uso da palavra arenaq neste caso, é metafórico e foi empregado no sentido de ressaltar a existência de espaços conflitivos ou de disputa. Em se tratando do processo de regionalização em saúde, poderiam ser caracterizados como espaços de interconexão entre diferentes esferas de gestão, nos quais diversos atores buscariam consensos sobre os melhores arranjos institucionais. A ênfase, aqui defendida, recai sobre o papel destes atores e também dos espaços decisórios em processos que levam à (re)definição de estruturas setoriais de relações entre cada um deles na perspectiva de demarcação e transformação de comunidades regionais e locais.

Algumas instituições, como a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES / MG), entendem a região como sendo:

recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte, onde deverão ser organizadas as redes regionalizadas de ações e serviços de saúde para prestar atenção à saúde da população. Entende também a região como formação de um conjunto de municípios circunvizinhos vinculados historicamente (e/ ou politicamente) a um deles, o qual exerce atração sobre os demais (STEPHAN-SOUZA *et al.*, 2010:37).

Diante deste conceito, reconhecemos a importância da gestão local para a efetivação do processo de regionalização, uma vez que se faz necessário criar uma certa unidade ao novo recorte territorial formado. Aliado a isso, é indispensável valorizar os diversos atores envolvidos neste processo, a fim de que as diferentes esferas administrativas assumam os papéis que lhes cabem na definição e execução das ações em seus respectivos territórios na perspectiva de manter a

os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde (JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010).

Do ponto de vista operacional, alguns autores apontam que o termo Região de Saúde deve ser definido como sendo:

Um espaço para organização de redes assistenciais de serviços segundo níveis de atenção à saúde, ou seja, com perfis de oferta de serviços diferenciados e distribuídos, demográfica e espacialmente, de acordo com os diferentes níveis de incorporação tecnológica - ambulatorial e hospitalar - para as esferas municipal, microrregional e macrorregional, e que tais redes sejam originadas de pactuação realizada através de uma escuta que absorva os interesses dos usuários+ (JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010:20).

É importante frisar que os termos microrregionais e macrorregionais foram utilizados, ainda, nesta definição para tratar de agregados diversos. Isso esteve relacionado a experiências em saúde entre diferentes estados e baseado em diversos contextos históricos, políticos e administrativos. Contudo, após a publicação de bases normativas mais recentes, houve uma adequação deste tipo de nomenclatura.

Outras experiências têm sido relatadas com grande destaque no âmbito nacional no que diz respeito à formação de agregados regionais. No estado de São Paulo, os critérios adotados para o desenho das Regiões de Saúde foram:

contiguidade intermunicipal e identidade socioeconômica e cultural; infraestrutura de transportes e comunicação social; número de municípios e o tamanho da população; fluxos assistenciais atuais e/ou correções necessárias e possíveis em curto prazo; compatibilização de economia de escala e equidade no acesso+(GRYSCHKE et al., 2014:691).

Para Gryscek e colaboradores (2014:691), a delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Desta forma, as RS podem assumir diferentes desenhos. Contudo, deve-se investir na apropriação do território como algo dinâmico e elaborar uma proposta de ação a partir da necessidade de organização e funcionamento de ações e serviços de saúde em resposta às demandas da população.

Em geral, podemos destacar como objetivos da criação destes recortes territoriais: ter melhor qualidade com menor custo, apresentar maior equidade no acesso e alcançar otimização dos recursos. Diante disso, criamos uma perspectiva

ção e de trabalho, uma vez que falamos de uma superação de fronteiras político-administrativas para se garantir o acesso às ações e serviços de saúde. Isso exige uma postura diferente diante do novo jeito de se fazer saúde que inclui o exercício de mecanismos decisórios e consensos. De acordo com Machado e colaboradores (2014), esse processo exige estratégias de coordenação federativa, entre as quais se situam as instâncias de negociação intergovernamental. Este mesmo autor menciona que:

“a implementação de uma política nacional de saúde (...) requer estratégias de articulação inter-governamental, visando compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, cuja abrangência pode extrapolar limites municipais e estaduais” (MACHADO *et al.*, 2014:644).

Diante dessa demanda, em 1991, foi estruturada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes das três esferas de governo para a discussão das questões da saúde à nível nacional e, entre 1993 e 1995, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) com representantes das secretarias estaduais e municipais para uma demanda específica de cada um destes territórios. Neste período, dentre as temáticas de negociação recorrentes, podemos citar a descentralização e financiamento em saúde. Mais tarde, a partir do Pacto pela Saúde, o processo de regionalização trouxe mais implicações para o funcionamento das CIB. Machado e colaboradores (2014:649), reconheceram que, a partir deste período, “as CIB foram importantes nas decisões relativas à conformação ou fortalecimento de instâncias regionais de negociação intergovernamental, ao planejamento regional e à conformação de redes”.

Já em 2011, uma outra instância foi definida por meio do Decreto nº 7.508: a Comissão Intergestores Regional (CIR). Este seria um dispositivo decisório o processo de regionalização em saúde e conformação de redes de atenção.

c) Princípios da regionalização em saúde

A regionalização em saúde tem sido apontada como um dos quesitos importantes a serem efetivados na tentativa de viabilizar a equidade e a integralidade do SUS (SPEDO; PINTO & TANAKA, 2010; GRYSCHER *et al.*, 2014).

il. Para que esta macroestratégia se efetive, seria necessário o fortalecimento de um rol significativo de princípios.

Para Pinto Junior e colaboradores (2013:257), o princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema, e, para isso, é necessário investir na hierarquização entre os componentes do sistema de saúde. Para isso, é importante apostar na identificação de equipamentos sociais e de saúde por nível de complexidade, na sua infra-estrutura, na qualificação do processo de trabalho e na inter-relação entre cada um deles. Aliado a isso, a apropriação de uma série de características elementares (estrutura demográfica, socioeconômica, geográfica, sanitária, epidemiológica, a oferta de serviços e as relações entre municípios, por exemplo) e relevantes para a configuração dos recursos mais apropriados para aquele território costuma ser um item fundamental. Desta forma, partiríamos para equilibrar as necessidades e os desejos da comunidade de ter serviços de saúde nas proximidades de sua residência, assim como instalações centralizadas de maior prestígio e complexidade (JACOMETTI & STEPHAN-SOUZA, 2010).

Vale comentar que a regionalização em saúde pressupõe a alocação de recursos (materiais, humanos e financeiros) em um dado território de tal forma que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores (PINTO JUNIOR *et al.*, 2013:257). Para Dubeux e Carvalho (2009), esta facilidade de acesso e disponibilidade de equipamentos sociais mais próximos aos usuários, ampliaria a racionalidade dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica como a assistência hospitalar.

De acordo com Pinto Junior e colaboradores (2013:257), um dos enfoques de regionalização seria:

encontrar equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde. Para alguns setores, nesse enfoque, a distância a percorrer entre a moradia e os centros primários não deveria ultrapassar mais de 30 minutos e estes deveriam dar cobertura a uma população variando entre 20.000 e 50.000 habitantes em áreas urbanas.

mentam que:

A distância seria o critério mais importante para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. Não se pode deixar de comentar que, em um país com distâncias gigantescas, diferenças regionais enormes (...) é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros mediante adaptações viáveis e que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. O grande critério é o acesso (PINTO JUNIOR *et al.*, 2013:257).

Este senso de regionalidade parece estar sendo desenvolvido de uma forma bastante abrangente. Cada vez mais, percebemos a preocupação de gestores e técnicos da saúde em estabelecer medidas político-processuais que respondam a este tipo de demanda. Desta forma, a regionalização em saúde tem sido encarada por alguns atores governamentais como espinha dorsal de um desenvolvimento cada vez mais equitativo (FRANCA; MANTOVANELI & SAMPAIO, 2012).

Nesse contexto, a regionalização dos serviços de saúde vem se impondo como uma estratégia para superar entraves advindos daquele processo de descentralização comentado anteriormente (municipalização e estadualização). Segundo Spedo, Pinto e Tanaka (2010:535), a sua implementação, referenciada pelo princípio da equidade, possibilitaria constituir sistemas regionais com a participação solidária dos três entes federados [...] visando garantir a integralidade da atenção.

Aliado a isso, podemos apontar princípios complementares para a implementação da regionalização da saúde, a saber: o exercício da cooperação; o caráter solidário; a construção de um processo contínuo e sustentável de negociação; a cultura de participação no processo decisório; a busca de consensos em torno de grandes objetivos compartilhados entre todos os atores sociais implicados no processo; e, o respeito aos interesses particulares. Tudo isso parece estar relacionado com a magnitude que o processo de regionalização está envolvido (SPEDO; PINTO & TANAKA, 2010).

Silva e Gomes (2014) destacam, ainda, o diálogo e a parceria como princípios estratégicos para subsidiar o processo de gestão loco-regionais, fomentando a cogestão. Comentam que é preciso ir além de resultados isolados e que, para isso, é indispensável fortalecer a prática coletiva na administração em saúde de forma a integrar necessidades e soluções mais convenientes às regiões de saúde.

Para Spedo, Pinto e Tanaka (2010), alguns desafios precisam ser superados para se alcançar a imagem objetivo do SUS. A regionalização em saúde, por exemplo, tem apresentado pontos importantes neste quesito.

Em um estudo realizado em Pernambuco sobre a avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência, os entrevistados identificaram alguns entraves para a prestação da assistência à urgência / emergência. Dentre eles, podemos citar: a demanda ser maior que a oferta (95%); o hospital funcionar como porta de entrada do sistema de saúde (86%); e, os profissionais não receberem capacitação específica (69%) (DUBEUX, FREESE & REIS, 2010). Entendemos que esta realidade compromete a organização das ações e serviços de saúde não somente neste estado brasileiro. Esta realidade tem sido comum em grande parte do país.

Em estudo realizado em Minas Gerais, os fluxos informais dos usuários foram responsáveis por comprometer a proposta de regionalização contida no Plano Diretor de Regionalização (PDR) deste estado. Este fluxo não regulado foi responsável pela produção de efeitos negativos no financiamento do SUS dos municípios-polos das regiões envolvidas. Isso esteve relacionado a inexistência da formalização de acordos interestaduais ou de uma câmara de compensação, que repercutiu em despesas para o município de atendimento (STEPHAN-SOUZA *et al.*, 2010).

Ainda sobre a realidade mineira, outro estudo sobre a regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste quanto à programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama revela que esta macro-estratégia não vem alcançando os resultados esperados na modificação dos fluxos assistenciais. Os autores destacam a necessidade de elaboração de um plano de intervenção que contemple:

• a revisão dos limites geográficos indicados pelo PDR/MG ou a viabilização em médio prazo de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) que dê suporte à atual concepção; a implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e do sistema de ressarcimentos aos atendimentos a usuários de planos de saúde, de forma a compensar os frequentes atendimentos a usuários não programados; a revisão dos critérios normativos a partir de critérios técnicos orientados por protocolos clínicos baseados em evidência, e a criação de

No que diz respeito aos problemas já identificados e que precisam ser superados acerca da regionalização em saúde em diversas realidades no país, alguns autores apontam: a larga dimensão geográfica brasileira; a dinâmica de evolução de modelos assistenciais (organização e gestão) e de financiamento; a redefinição do perfil demográfico e epidemiológico, do poder corporativo-institucional, perpassando ainda pelos valores e representações sociais da comunidade em relação ao hospital, refletido no modelo hospitalocêntrico; e, a concentração de serviços especializados na capital de cada um dos estados. Todos estes quesitos agregam complexidade e desafios aos processos de gestão e assistência em redes de saúde integradas e regionalizadas (DUBEUX, FREESE & REIS, 2010).

É bem verdade que a regionalização precisa ser assumida como projeto de governo, não se limitando apenas a uma divisão espacial do território estadual sem relação entre as partes+(REIS; CESSE & CARVALHO, 2010:167). A partir desta exposição, percebemos a importância da figura do gestor diante do planejamento, organização, programação, monitoramento e avaliação das ações e serviços a serem ofertados para a comunidade em que ele atua.

Aliado a isso, alguns outros pontos parecem ser relevantes no fortalecimento da regionalização em saúde, a saber: verificar a existência do PDR e demais instrumentos de planejamento regional; avaliar o nível de participação dos atores envolvidos neste processo; e, analisar a consistência dos instrumentos de gestão no que diz respeito à pactuação dos critérios de definição das regiões de saúde (REIS; CESSE & CARVALHO, 2010).

Para Alves e colaboradores (2010), os fluxos de demanda e oferta para a atenção secundária e terciária só poderia ser modificada pela ação integrada das RAS e pelo fortalecimento da APS como elemento ordenador. Estes autores mencionam que a APS tem papel relevante no provimento de serviços integrais e resolutivos e que isso poderia contribuir, sobremaneira, para a diminuição da demanda por estruturas de maior complexidade tecnológica. Desta forma, grande atenção deveria ser dada ao financiamento das ações e serviços de saúde neste nível de atenção na perspectiva de atender as necessidades identificadas em cada

os territórios de atuação das Equipes de Saúde da Família (ALVES *et al.*, 2010).

A partir de uma experiência em Saúde Paulo, Gryscek e colaboradores (2014) elencaram desafios a serem superados. Dentre eles, foi mencionado: a revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI); fortalecimento da regulação, avaliação, monitoramento e auditoria em saúde; potencialização da força de trabalho; qualificação da atenção à saúde; investimento em ações extrassetoriais, mais particularmente de educação e assistência social; ampliação do acesso aos serviços de saúde; e, melhoria das condições de vida das pessoas.

Portanto, para a consolidação da regionalização das ações e serviços de saúde no Brasil, é preciso revisar as bases normativas que tratam do fortalecimento da APS como ordenadora das RAS e da pactuação funcional intra e interestadual, mapear os recursos disponíveis em cada região de saúde, identificar e qualificar os pontos de atenção que podem dar suporte à manutenção das RAS, analisar a suficiência de recursos humanos, elaborar fluxos assistenciais (demanda e oferta), assim como monitorar e avaliar as ações e serviços realizados sem esquecer de considerar o modelo de federalismo existente e a inserção de instâncias administrativas regionais de caráter interfederativo (STEPHAN-SOUZA *et al.*, 2010; DOURADO, DALLARI & ELIAS, 2012).

A partir desta reflexão, é importante mencionar que o processo de regionalização em saúde tem sido caracterizado por um dinamismo e articulação bastante peculiar que possibilita o diálogo entre as diferentes esferas de governo. Contudo, há ainda muito a se avançar, principalmente, no que diz respeito à operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. Neste sentido, é necessário reunir esforços e aglutinar recursos para a consolidação desta macro-estratégia de saúde.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

2.2. DIREITO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL

A questão social tem sido temática de grande discussão na medida em que evidencia suas diversas expressões no nosso cotidiano. Contudo, existem diferentes definições sobre isso e, dependendo do referencial teórico utilizado, poderá ser entendido como sinônimo de problemas sociais ou disfunções sociais (MONTAÑO, 2009).

Para Pastorini (2007), a questão social é o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos, causados pelo progresso de modo de produção capitalista. Esta estreita relação com o avanço capitalista produz em sua marcha a acumulação da pobreza e a generalização da miséria que são elementos determinantes deste cenário de iniquidades sociais que estamos tratando (MONTAÑO, 2012).

Ao reconhecer o processo histórico e o contexto técnico, político e econômico em que esta temática estaria envolvida, vale ressaltar que, ao longo do tempo, foram reforçados conceitos antigos ou mesmo elaboradas diferentes e novas expressões da velha questão social. De fato, um dos principais determinantes da questão social é a concentração das riquezas socialmente produzidas. Isso contribui, sobretudo, para a desvalorização do trabalho e para a conseqüente falta de democratização de bens e serviços que poderiam assegurar uma melhor proteção social aos indivíduos e suas famílias (CARDOSO; SOUZA & GUIMARÃES, 2010).

Isso está relacionado com diversos setores, incluindo a saúde. Atualmente, existe grande preocupação com a superação de algumas questões sociais, bem como a elaboração de políticas e estratégias que visem a garantia dos direitos à saúde e um maior acesso às ações e serviços. Entretanto, é necessária atuação permanente que envolve a aglutinação de esforços e a agregação de recursos para este fim.

As elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, por exemplo, compõem um cenário relevante e implicam em uma tomada de decisões imediata. No Brasil, em 2011 (ano em que foi estruturada a mais recente política de saúde maternal e infantil), foram observados 64,3 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e 15,3 óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos (RIPSA, 2012).

Na atual conjuntura brasileira, podemos dizer que nenhuma destas situações vem sendo determinada pela questão social. É bem verdade que tanto a morte materna como a morte infantil estão sendo agravadas por essa velha tensão, visto a

biológicos entre os países centrais e hegemônicos e os países periféricos e heteronômicos (FERNANDES, 2005), do valor do trabalho e do acesso à rede de serviços, quando feita análise comparativa entre eles. Também por esse motivo, entendemos que as mortalidades materna e infantil se apresentam como expressões da questão social e seus índices são indicadores das condições materiais de existência de um país, bem como da qualidade de vida de sua população (CARDOSO; SOUZA & GUIMARÃES, 2010).

A morte materna está relacionada ao período gravídico-puerperal, compreendido a partir da gestação até 42 dias após o nascimento do bebê, ou da interrupção da gestação e não se relaciona ao tempo de duração da gestação e tampouco à localização do feto no útero durante a gravidez (BRASIL, 2002a). Pode ocorrer por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e ter como consequência algumas condutas tomadas em relação a ela, como a tentativa de provocar o aborto. Aqui, são excluídas da definição de morte materna aquelas provocadas por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2002a).

A morte infantil está relacionada com dois componentes, a saber: neonatal e pós-neonatal (BRASIL, 2004a). O primeiro faz referência aos óbitos registrados no período entre o nascimento até 28 dias de idade (mortalidade infantil precoce); o segundo, os óbitos ocorridos no período que vai do 28 dias de vida até o 12º mês, antes de a criança completar 1º ano de idade (mortalidade tardia).

Diante deste cenário, está sendo desenvolvida no Brasil uma proposta assistencial que busca articular e integrar os diversos pontos de atenção à saúde em redes na perspectiva de ampliação e organização do cuidado e garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Esta proposta de Redes de Atenção à Saúde vem sendo intitulada, no caso específico da saúde materna e infantil, como Rede Cegonha (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Analizamos a produção científica acerca do direito à saúde da mulher e da criança no Brasil a partir da base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) entre os anos de 2010 e 2015. Aqui, buscamos compreender o exercício da cidadania e saúde, bem como as políticas públicas atuais voltadas para a garantia do direito à saúde materna e infantil em resposta às diversas expressões sociais envolvidas.

Para este tópico, partimos de uma breve análise sobre o exercício da cidadania e a saúde; em seguida, apresentamos da revisão sistemática do tipo

temática de direito à saúde da mulher e da criança.

Quanto à revisão integrativa, foram percorridas seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de uma pesquisa convencional, a saber: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão / síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA & CARVALHO, 2010).

Como forma de conduzir esta revisão, formulamos a seguinte questão direcionadora: que vivências, reflexões e tendências sobre a temática de direito à saúde da mulher e da criança poderão ser resgatadas a partir das publicações científicas disponíveis?

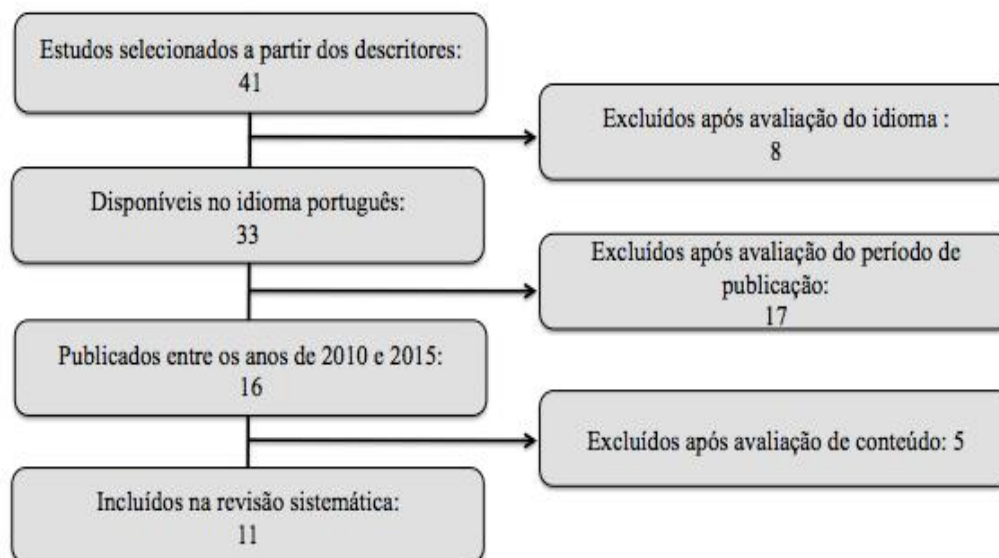
Realizamos a busca pelas publicações nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016 nas bases de dados bibliográficos da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para o refinamento adequado dos artigos definimos uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em português; disponíveis gratuitamente em texto completo na base de dados supracitada; publicados no período janeiro de 2010 a dezembro de 2015, e que abordassem a temática de direito à saúde da mulher e da criança. Excluímos artigos publicados em outros idiomas, estudos em formato de editorial, carta ao editor e artigos que não abordassem o tema proposto.

Para o levantamento das publicações na BVS, utilizamos os seguintes descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e na língua portuguesa de forma isolada e combinada: ~~saúde da mulher~~ ~~saúde da criança~~ ~~direito à saúde~~ e outros descritores relacionados, a saber: ~~Saúde Materno-infantil~~ ~~Serviços de Saúde da Criança~~ ~~Cuidado da Criança~~ ~~Cuidado do Lactente~~ ~~Bem-estar da criança~~ Para agrupamento e análise dos artigos, elaboramos um formulário, o qual incluímos a referência do trabalho (título, autores e periódico), procedência, objetivos das pesquisas, metodologia empregada e suas principais considerações.

Em um primeiro momento, realizamos uma leitura minuciosa dos resumos encontrados a partir da combinação entre os descritores apontados, excluindo os trabalhos que não se enquadravam nos critérios de inclusão elencados. Após uma

xame dos resumos, recuperamos e examinamos os estudos selecionados na íntegra. Posteriormente, em função da maior ou menor proximidade com o tema de interesse, realizamos uma nova seleção, restringindo a revisão apenas aos artigos diretamente relacionados à temática de direito à saúde da mulher e da criança. Incorporamos à revisão apenas as publicações recuperadas nessa última seleção, que constituíram o corpus de análise do presente estudo (Figura 2).

Figura 2: Fluxograma de tratamento de documentos disponíveis na *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* acerca da temática de direito à saúde da mulher e da criança entre os anos de 2010 e 2015 durante o processo de revisão sistemática para a obtenção dos artigos apropriados.



Fonte: elaborado pelos autores.

Encontramos 51 resumos que correspondiam à somatória de todas as buscas realizadas, seja com os descritores tomados isoladamente, seja a partir de suas combinações, na base indexadora utilizada para este estudo.

Posteriormente, segundo os critérios de inclusão/exclusão adotados e levando em consideração as combinações de descritores, descartamos a maior parte desse montante por não ser condizente com o assunto ou por tratar da temática apenas tangencialmente. Estudos encontrados em mais de uma base indexadora foram computados uma única vez. Considerando o exposto, selecionamos, recuperamos e analisamos na íntegra 11 artigos que, após merecerem análise criteriosa, foram categorizados. Essa categorização favoreceu a

es cruciais que caracterizam o estado da arte sobre

a temática (Quadro 2)

Quadro 2: Quadro sinóptico dos artigos científicos acerca da temática de direito à saúde da mulher e da criança disponíveis na base de dados bibliográficos da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* entre os anos de 2010 e 2015.

| N | Associação de descritores | Título do artigo | Autores | Periódico (volume, número, página e ano) | Categorias temáticas identificadas |
|----|-------------------------------------|--|---|---|--|
| 1 | Saúde da mulher direito à saúde | Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná | SODRE, Thelma Malagutti et al. | Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 19, n. 3, Sept. 2010 | Direitos sexuais e reprodutivos / Autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões / Papel do profissional de saúde diante do direito à saúde de seus pacientes. |
| 2 | Saúde da criança direito à saúde | Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura | ANDRADE, Raquel Dully et al. | Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 64, n. 4, Aug. 2011 | Direito à saúde da criança |
| 3 | Saúde da mulher direito à saúde | A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência | VALADAO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. | Physis , Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Dec. 2011 | Direitos sexuais e reprodutivos |
| 4 | Saúde da mulher direito à saúde | Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem | BUSANELLO, Josefina et al. | Rev. Gaúcha Enferm. , Porto Alegre, v. 32, n. 4, Dec. 2011 | Direitos sexuais e reprodutivos / Autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões / Papel do profissional de saúde diante do direito à saúde de seus pacientes. |
| 5 | Saúde da mulher direito à saúde | Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica | ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de et al. | Rev. bras. educ. med. , Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, June 2012 | Direitos sexuais e reprodutivos |
| 6 | Saúde da mulher direito à saúde | Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil | MEDEIROS, Robinson Dias de et al. | Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, Jan. 2012 | Direitos sexuais e reprodutivos |
| 7 | Saúde da criança direito à saúde | Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança | ANDRADE, Raquel Dully et al. | Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dec. 2013 | Direito à saúde da criança Papel dos profissionais de saúde |
| 8 | Saúde da mulher direito à saúde | Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública | SANTOS, Vanessa Cruz et al. | Rev. Bioét. , Brasília, v. 21, n. 3, Dec. 2013 | Direitos sexuais e reprodutivos |
| 9 | Saúde da mulher direito à saúde | Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres | PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo | Fractal, Rev. Psicol. , Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Dec. 2013 | Direitos sexuais e reprodutivos / Autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões / Papel do profissional de saúde diante do direito à saúde de seus pacientes. |
| 10 | Saúde da mulher direito à saúde | Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife | SPINELLI, Maria Benita Alves da Silva et al. | Saude soc. , São Paulo, v. 23, n. 1, Mar. 2014 | Direitos sexuais e reprodutivos |
| 11 | Saúde da mulher direito à saúde | Aborto induzido na interface da saúde e do direito | WIESE, Iria Raquel Borges; SALDANHA, Ana Alayde Werba | Saude soc. , São Paulo, v. 23, n. 2, June 2014 | Direitos sexuais e reprodutivos / Autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões |

Fonte: Elaborada pelos autores.

o, compreendemos que a morte materna e infantil, tratadas aqui como expressões da questão social, são frutos do descompasso entre as conquistas sociais e econômicas brasileiras. No que diz respeito às conquistas sociais, percebemos a realidade de um país que se aproxima do nível dos países menos desenvolvidos no mundo afro-asiático e, quanto às conquistas econômicas, observamos o crescimento de uma moderna sociedade industrial que acusa um extraordinário dinamismo no curso de seus quarenta últimos anos. Esse descompasso produz desigualdades sociais e, conseqüentemente, a violação de direitos, que inclui o direito à saúde (IANNI, 1991).

a) O exercício da cidadania e saúde

A cidadania é um dos pilares do Estado brasileiro. De acordo com o artigo 1.º da Constituição de 1988, a cidadania constitui um dos princípios fundamentais da República.

Após 28 anos da Constituição Federal Brasileira, ainda, observamos intensos debates acerca da cidadania. Mesmo que este documento tenha permitido avanços, grandes eixos temáticos relacionados a este assunto precisam ser aprofundados, como os direitos sociais que incluem, entre eles, a saúde.

Inicialmente, é importante comentar acerca do termo cidadania. Esta palavra vem do latim, *civitas* que quer dizer cidade e o seu conceito está relacionado com o conjunto de direitos e deveres pelo qual o cidadão / indivíduo está sujeito no seu relacionamento com a sociedade em que vive. Quando falamos de cidadania, temos sempre presente a ideia de participação, atuação e ação com a finalidade de construir um destino próprio. No entanto, ao longo dos tempos, constatamos diferentes graus e as formas de participação dos indivíduos e sua abrangência social (RIBEIRO, 2004).

Segundo Dallari *apud* Scherer (1987), a origem deste termo se deu durante a Revolução Francesa e esteve relacionada com a definição de igualdade. A cidadania evidenciaria, naquela ocasião, a ideia de que não haveria mais nobres e plebeus, livres e escravos, mas sim cidadãos e estes seriam dependentes do Estado, que estabeleceria regras para a sua aquisição, diria quais seriam os seus direitos e as condições para gozá-los, fixando também as hipóteses de sua perda. Neste sentido,

lo Estado por meio da qual o cidadão passaria a ser moldado e controlado (MEDEIROS & GUIMARÃES, 2002).

De acordo com Marshall (1967) *apud* Medeiros & Guimarães (2002), a cidadania está relacionada com uma tríade de direitos: civil, político e social. O componente civil faz correspondência com os direitos necessários à liberdade individual que incluem a liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. O componente político implica no direito de participar e exercer o poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. Por fim, o componente social se refere ao direito de viver como ser coletivo e inclui o direito a um mínimo de bem-estar econômico e social, desde a segurança até ao direito de partilhar do nível de vida, segundo os padrões prevalentes na sociedade. Aqui, destacamos alguns eixos importantes como a educação, os serviços sociais e de saúde.

Carvalho (2003), após fazer uma breve síntese da teoria de Marshall, comenta que a cidadania é um fenômeno histórico que incluem desvios e retrocessos. Neste percurso, o ideal de cidadania plena a ser perseguido envolveria caminhos distintos para a sua conquista. Assim, o percurso inglês . que serviu de base para a teoria de Marshall . foi apenas um entre outros, ressaltando que a França, a Alemanha e os Estados Unidos seguiram seus próprios caminhos. No caso específico da cidadania brasileira, também não foi possível a aplicação do modelo inglês. Este autor ressalta que existiriam ao menos duas diferenças importantes, a saber: a primeira faz referência a uma maior ênfase dos direitos sociais em detrimento dos dois outros; a segunda, à alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos, uma vez que o direito social precedeu os outros (CARVALHO, 2003).

Na história do Brasil, parece ter havido uma inversão da sequência de Marshall. Aqui, primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de ditadura marcado pela supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis. Em seguida, vieram os direitos políticos, com destaque, ainda, ao período ditatorial, em que houve expansão do direito do voto. Por fim, hoje muitos direitos civis, a base da sequência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da população.

stórico brasileiro de busca pelos direitos políticos, civis e sociais, alguns movimentos foram traçados. Em se tratando da saúde, por exemplo, houve uma intensa mobilização por reforma ao longo da história brasileira. Contudo, a década de 80 obteve destaque, uma vez que resultou em um documento que visava, dentre outras coisas, a participação popular como princípio importante para a mudança de um modelo fragmentado para um modelo integrado de atenção à saúde.

De fato, a mudança é processual e isso tem se dado de forma muito lenta. No entanto, é com essa lentidão que se constrói nosso Estado-nação-sociedade. No século XIX, começou como Estado; no século XX, foi injetada nação, mas a parte da sociedade ativa, ainda, engatinha. Parece haver resquícios de um passado no que diz respeito a certos valores e estruturas sociais. Isso se deve, sobretudo, aos legados do patrimonialismo, da escravidão, da falta de educação popular que até hoje pesam sobre nossa sociedade, os quais acabam por comprovar a corrupção generalizada, as desigualdades de cor, os baixos níveis de escolaridade e índices de qualidade da educação e da saúde.

Os reflexos dessa cidadania que segue em construção comportam certos avanços ao mesmo tempo em que revelam profundos desafios. Tudo isso está relacionado com a efetivação dos direitos políticos, civis e sociais, cuja falta de garantia para toda a população ainda me parece ser um sério obstáculo à construção de uma república democrática.

b) Direito à saúde da mulher e da criança

Na tentativa de discutir um pouco mais acerca do exercício da cidadania e o direito à saúde, realizamos uma revisão sistemática acerca deste assunto. Aqui, definimos como objeto de estudo a saúde da mulher e da criança. Nossa intenção foi identificar as principais contribuições científicas sobre esta temática e apontar as categorias de análise entre cada uma delas.

No que se refere aos artigos publicados e disponíveis na base de dados da Scielo sobre direito à saúde da mulher e da criança, observamos pouco investimento dedicado à investigação do assunto. As publicações relacionadas a esta temática, além de escassas, são relativamente recentes (Quadro I).

As temáticas diversas entre cada um dos artigos com destaque às seguintes categorias: direitos sexuais e reprodutivos; autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões; e, papel do profissional de saúde diante do direito à saúde de seus pacientes.

No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, foram mencionadas subcategorias como as bases normativas e técnicas acerca da saúde da mulher, os aspectos sociais, culturais, morais, legais, econômicos, bioéticos, religiosos e ideológicos do aborto, direito à Contracepção de Emergência (CE) e a visibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência.

A primeira subcategoria considerou as bases normativas e técnicas acerca da saúde da mulher. Ao longo da história de saúde pública no país, já foram elaboradas diversos documentos que tratam deste assunto. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por exemplo, refletiu o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para garantir os direitos humanos das mulheres e diminuir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (SANTOS *et al.*, 2013). Segundo este documento, o Estado deve garantir o direito a informações de qualidade acerca da saúde sexual e reprodutiva para mulheres e homens, bem como a acessibilidade aos contraceptivos, considerando a contracepção de emergência. Essas ações devem ser realizadas no âmbito do SUS, na perspectiva da integralidade da atenção, como preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) há mais de duas décadas.

O Programa de Humanização do Parto / PHP, por sua vez, fez parte da Política Nacional de Humanização / PNH que faz referência a uma proposta ética-estética-política pautada pela noção de equidade, com garantia de acesso aos serviços de saúde, de forma humanizada e com qualidade, atendendo assim os ideais de cidadania, base para uma sociedade democrática. Em primeiro lugar, o PHP buscou evitar intervenções desnecessárias, preservar a privacidade e autonomia da mulher e, ainda, defendeu estratégias e ações que viabilizassem o máximo de conforto e segurança à gestante, parturiente e bebê. Aqui, além do destaque aos aspectos humanitários, percebemos a tentativa de erradicação da quantidade de cesáreas a pedido, feitas no país, sem verdadeiramente necessidade médica para isso. Em geral este Programa esteve voltado para a qualificação da atenção, de modo a promover o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (PINHEIRO & BITTAR, 2013).

categoria que trata do abortamento, foi apontada a necessidade de uma revisão das bases normativas acerca desta temática no Brasil, assim como da apropriação dos profissionais de saúde e comunidade acerca das informações que mencionam a possibilidade de garantir a atenção humanizada ao abortamento em respeito às condições legais e éticas (MEDEIROS et al., 2012). É bem verdade que tratar do abortamento, ainda, é assunto bastante polêmico, uma vez que mobiliza os sentimentos, a consciência e as vivências das pessoas que de alguma forma estão implicadas nessa temática, mexe com as normas sociais construídas e reconstruídas ao longo de séculos e, ao mesmo tempo, com conceitos científicos, filosóficos, sociológicos. De acordo com Wiese e Saldanha (2014) o aborto é considerado um problema de saúde pública, sobressaindo-se justamente quando existem conflitos entre os direitos e os deveres morais que o colocam como um problema ético. Contudo devemos buscar compreender a possibilidade de redução de riscos e danos e respeitar a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo (WIESE & SALDANHA, 2014).

Algumas bases normativas e técnicas, também fundamentam este processo. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto, publicada em 2005, estabeleceu que as mulheres em processo de abortamento espontâneo ou induzido, ao procurarem os serviços de saúde, devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade. Já o Programa Nacional de Direitos Humanos / PNDH . 3, em 2010, instituiu diretrizes para orientar a atuação do poder público no sentido da descriminalização do aborto. Neste sentido, parece haver um esforço para a garantia da atenção ao aborto, mas muito ainda necessita ser feito (WIESE & SALDANHA, 2014).

Em relação ao direito à Contracepção de Emergência (CE), dados epidemiológicos confirmam a necessidade de adoção desta estratégia, uma vez que cerca de 50% das 18 milhões de gestações anuais não são planejadas e 23% delas resultaram em aborto (BRASIL, 2011a). No Brasil, estimativas apontam para um milhão de abortos induzidos anuais, com 250 mil internações no SUS para tratamento de suas complicações, sendo o aborto a quarta causa de óbito materno e a quinta causa de internação no SUS no ano de 2008. Assim, a CE poderia ser uma medida de proteção de grande parte destes eventos (SPINELLI; SOUZA & VANDERLEI, 2014).

icípio do Recife mencionam que a rede de saúde estava, majoritariamente, preparada para a oferta do método de CE às mulheres. No entanto, não havia uma prática sistemática fortalecida de orientação e divulgação deste método pelos serviços de saúde. Isso favoreceu o uso incorreto da CE ou sua aquisição sem orientação adequada. Outro fator que contribuiu para isso é não aceitabilidade e incorporação do método pelos profissionais de saúde na rotina do atendimento ofertado às mulheres (SPINELLI; SOUZA & VANDERLEI, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2012).

Quanto à visibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência, parece haver dificuldades tanto pelo não acolhimento de suas demandas de saúde sexual, como também pela negação das informações que, por direito, deveriam lhes ser disponibilizadas. Diante desta contexto, algumas pessoas buscavam alternativas clandestinas e contribuíam para o aumento dos riscos e danos sobre seu próprio corpo. Alguns autores comentaram a necessidade de transformar este habitus excludente em habitus que incluiu este público na área da saúde (VALADÃO & GOMES, 2011). Uma das alternativas para a viabilização desta transformação seria estreitar as parcerias com o campo científico. Isso poderia fortalecer a aliança entre o campo das políticas e o dos movimentos sociais e modificar a prática atual. Em relação a isso, vale mencionar que, apesar da escassa produção científica nacional, o caminho a ser percorrido já foi iniciado e apresenta perspectivas promissoras.

A categoria que trata da autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões incluiu o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal que compreende o conjunto de serviços destinados ao atendimento da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. De acordo com Busanello e colaboradores (2011), a qualidade da atenção em saúde envolve atitudes e comportamentos que podem contribuir para reforçar o caráter de atenção em saúde como um direito, assim como o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. Todavia, estudos que abordam a atenção à saúde da mulher durante este ciclo, revelam que a autonomia das mulheres para definir, analisar e atuar sobre o seu próprio corpo vem sendo violada. A perspectiva de superação desta problema está relacionada com a incorporação de um modelo de atenção

é considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde (SODRÉ *et al.*, 2010).

No que diz respeito à tomada de decisões sobre o parto, por exemplo, é fundamental acolher a mulher na sua singularidade, possibilitando autonomia para a condução do processo e criando condições para a imersão na sua subjetividade. Em relação a este assunto, a perspectiva atual é a de superar o modelo de parto tecnocrático, em que as soluções são meramente técnicas, despreza os aspectos humanos e sociais e concebe o corpo feminino como uma máquina incompleta, que necessita de intervenções. Aqui, a mulher é colocada em uma posição passiva e temerosa, prevalecendo a visão de que é o profissional de saúde quem faz o parto (PINHEIRO & BITTAR, 2013; SODRÉ *et al.*, 2010).

O direito de ter um acompanhante na hora do parto, também, faz parte deste rol de possibilidades. Publicada em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA, dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e prevê a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato mesmo em hospitais particulares. Apesar disso já fazer parte de bases normativas importantes no país, há um grande desconhecimento em relação a este assunto (PINHEIRO & BITTAR, 2013; SODRÉ *et al.*, 2010).

Quanto ao papel do profissional de saúde diante do direito à saúde de seus pacientes, percebemos a importância da sua atuação junto ao cuidado não somente no que diz respeito à assistência à mulher e a criança, mas também no processo de educação em saúde. Em estudo recente, as gestantes apontaram a necessidade de informações e explicações sobre a gestação e sobre os procedimentos que serão realizados durante o parto. Neste sentido, é importante mencionar a relevância da socialização da informação e a decisão informada como direitos da mulher que devem ser promovidos nas ações de saúde (SODRÉ *et al.*, 2010).

No processo da parturição, por exemplo, a mulher tem a expectativa de saber sobre o seu futuro e de seu bebê, assim como o modo de participação, uma vez que deseja adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. Assim, o profissional de saúde tem papel indispensável em oferecer informações claras e completas sobre o cuidado em saúde, assim como em possibilitar a sua participação nas decisões em relação ao que lhe foi informado. De acordo com Sodré (2010), a informação e o

antes para a mulher do que a própria participação, em si, na tomada de decisão+.

Na perspectiva assistencial, além da intervenção clínica propriamente dita, o profissional de saúde também tem papel importante diante do acolhimento como prática de cuidado. Alguns autores comentam que o acolhimento implica em uma recepção humana e atenta às queixas, preocupações, angústias e dúvidas (PINHEIRO & BITTAR, 2013). De fato, o acolhimento é um dos eixos da Política de Humanização e implica uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que transmita segurança para falar de sua intimidade e ajude-a a construir o conhecimento de si.

A partir da temática de acolhimento e da perspectiva de atenção à saúde da mulher e da criança, reforçamos que o profissional de saúde deve agregar conhecimentos acerca do processo saúde-doença-cuidado de maneira abrangente e, ainda, estar capacitado a reconhecer que cada sujeito é portador de uma cultura própria e que atribui significados diferentes a situações ou momentos de vida diversos. Respeitar esta condição, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional (PINHEIRO & BITTAR, 2013).



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

2.3. PRINCIPAIS POLÍTICAS E PROGRAMAS ADOTADOS PARA A MELHORIA DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL

mas adotados para a melhoria da saúde materna e infantil

Apesar dos inúmeros esforços quanto à efetivação do direito à saúde no mundo inteiro, ainda, se relaciona esta temática, exclusivamente, como um direito à assistência. Adotar esta referência como ponto de partida é retomar uma experiência arcaica de fragmentação do cuidado e valorização da prática hospitalocêntrica que pretendemos superar faz muito tempo. No entanto, isso permanece em decorrência da dificuldade em se estabelecer e experimentar um conceito ampliado de saúde (ZUCCHI, 1997).

Diante da necessidade de superar esta lógica, o Brasil vivenciou momentos relevantes, como o movimento de reforma sanitária na década de 80, por exemplo. Nesta oportunidade, alguns eixos importantes foram incorporados e a compreensão da saúde contemplou condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e, também, acesso aos serviços de saúde. Contudo, sabemos que haveria a necessidade de reunir esforços e aglutinar recursos nos mais diversos campos temáticos que pudessem validar este conceito diante de todas as dificuldades que o país, ainda, iria vivenciar.

Para materializar esta proposta, o país passou a adotar uma série de medidas organizacionais. Na saúde, a inversão do modelo de atenção já havia sido apontada como condição *sine qua non* a esta condição. Aliado a isso, era necessário garantir maior autonomia aos estados e municípios para possibilitar arranjos assistenciais.

Frente a esta necessidade, o país foi em busca da operacionalização de princípios já apontados e discutidos, como a descentralização e a regionalização. O primeiro, garantiu maior autonomia e responsabilidade aos níveis estadual e municipal. Isso possibilitou o planejamento, a tomada de decisões, a programação física e financeira, a execução, o monitoramento e avaliação mais próximos do problema a ser superado. Quanto à regionalização, foi necessário aguardar um pouco mais, uma vez que a autonomia estadual e municipal seria item imprescindível para a organização de um modelo regionalizado de saúde.

De fato, o caminho permaneceria longo e os resultados não seriam observados em curto espaço de tempo devido uma série de fatores, dentre elas, a dívida social que assolava o país naquela ocasião.

de mulheres para compreender os desafios que deveriam ser superados para garantir o direito à saúde, poderíamos perceber muitas outras fragilidades. A discriminação de gênero historicamente conhecida, por exemplo, seria uma delas. Este fator poderia impedir ou inviabilizar a participação das mulheres diante das políticas públicas relacionadas tanto à família como também em relação à comunidade. Desta forma, o direito à saúde teria problemas para a sua efetivação.

No relatório publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre a temática de direito à saúde relacionada às mulheres no Brasil, em 2009, foi apontada a necessidade de permitir sua participação, em condições mais igualitárias, de processos críticos e rotineiros de tomadas de decisão que afetam sua própria vida e a vida de seus filhos. Isso seria compreendido como uma condição essencial para a criação de um ambiente de apoio para a saúde materna e neonatal. Contudo, isso seria apenas parte da solução, já que evidências produzidas pelas Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) indicaram que grande parte do poder da mulher com relação à tomada de decisões era exercido no nível da comunidade e não somente no ambiente familiar. Esta pesquisa apontou que, quando se atribui às mulheres maior poder para participar em suas comunidades, elas conseguem desafiar atitudes e práticas que acobertam a discriminação de gênero, compartilham o trabalho, reúnem recursos, e promovem e sustentam coletivamente iniciativas para melhorar as condições de saúde materna e neonatal. A sagacidade de mulheres agindo coletivamente é um dos principais recursos que garantem que a maioria dos recém-nascidos e das mães sobreviva à gravidez e ao parto.

É bem verdade que a temática de atenção à saúde referente ao grupo de mulheres e crianças tem sido reforçada por meio de uma série de movimentos ao longo da história na tentativa de garantir o direito à saúde. Cada um deles culminou com a formalização de alguns documentos, a saber: Declaração de Genebra (1924); Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Declaração dos Direitos da Criança (1959); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres / CEDAW (1979); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento / CIPD (1994); Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (1995); e, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento / CIPD + 5, Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Conferência Internacional sobre

1999). Em geral, cada um deles agregou um ponto relevante diante da temática de direito à saúde. Nesta oportunidade, foram mencionados tópicos acerca da atenção aos determinantes sociais, redução das taxas de mortalidade materna e infantil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde.

Todas as discussões promovidas por este movimento internacional foram importantes para que, no ano 2000, fossem desenhados macro-objetivos a serem cumpridos no novo milênio. Neste entendimento, foi elaborada a Declaração do Milênio das Nações Unidas que contava com oito desafios, a saber: redução da pobreza; atingir o ensino básico universal; igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; combater o HIV / Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental; e, estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Esta proposta foi elaborada com a intencionalidade de se conquistar estes objetivos até o ano e 2015 e trouxe à tona o desafio de garanti do direito à saúde das mulheres e crianças de forma bastante enfática.

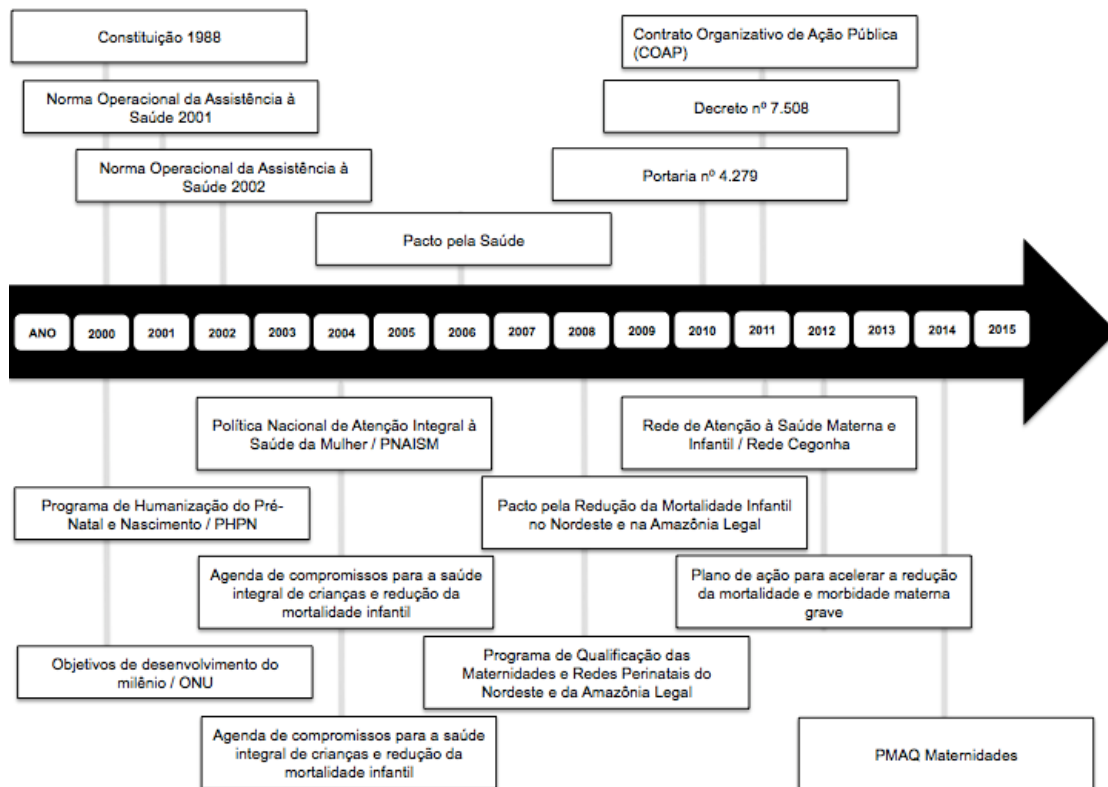
No que diz respeito à tentativa de melhoria da mortalidade materna, a ideia foi reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna. Quanto à meta relacionada com a redução da mortalidade na infância, a intenção foi de reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade. Nesta ocasião, o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento a estes objetivos, em especial, relacionados à saúde materna e infantil foi: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna; e, reduzir a mortalidade infantil para 17,9 óbitos por mil (ONU / PNUD, 2000).

Partiremos deste marco histórico para discutir o cuidado à saúde de mulheres e crianças no país. Foram pontuadas, neste capítulo, as principais políticas, programas e estratégias relacionadas à saúde materna e infantil de forma contextualizada com o movimento sanitário vivenciado no Brasil que culmina com a dinâmica da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, a Rede Cegonha. Aliado a isso, apresentamos a experiência do estado do Ceará no que diz respeito ao processo de regionalização e implantação da Rede Cegonha.

No Brasil, foram registradas uma série de medidas relacionadas à saúde materna e infantil ao longo do tempo em resposta ao desafio proposto pela ONU de desenvolvimento para o novo milênio. Cada uma delas apresentava uma

as necessidades identificadas em determinados espaços geográficos e períodos (Figura 3).

Figura 3: Registro de políticas, programas e estratégias relacionadas à saúde materna e infantil entre 2000 e 2015 no Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores.

Em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento / PHPN, formalizado por meio da Portaria nº 569 / GM, apresentou a seguinte proposta: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e, ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. Este Programa esteve estruturado em princípios relacionados ao

serviços de forma digna, humanizada, segura, com qualidade e oportuna de acordo com a necessidade apontada entre mulheres no decorrer da gestação, parto e puerpério e com a demanda identificada em recém-nascidos quanto à assistência neonatal. Vale acrescentar que já havia uma intencionalidade na integração e articulação dos equipamentos sociais disponíveis para a atenção à saúde materna e infantil a partir de uma composição à nível estadual.

Em resposta a isso, foi desenhada uma proposta de unidade numa perspectiva diferenciada. Era preciso pensar numa lógica de integração e articulação em um nível mais particular.

Para responder a este tipo de necessidade, foi formalizada, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01 / 2001) que definiu o processo de regionalização da assistência e, no ano seguinte, a NOAS-SUS 01 / 2002 que estabelecia o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Esperava-se construir um cenário apropriado para a realidade de cada um dos territórios envolvidos. Estas duas bases normativas levaram em consideração tanto o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, quanto a Norma Operacional Básica . SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996 que tratou da necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS.

Uma das medidas concretas relacionada à NOAS, foi a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este instrumento teve como objetivo o ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Desta forma, coube às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração de um PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e o encaminhamento ao Ministério da Saúde. Acreditamos que esta estratégia foi relevante sob o ponto de vista de criação de uma unidade de saúde em um locus mais específico, a região de

ser pensados e estruturados novos desenhos assistenciais que aproximassem a oferta dos serviços e o acesso da população.

No que diz respeito à saúde materna e infantil, estava descrito no PDR a necessidade de se garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas, a saber: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; dentre outras.

No entanto, seria necessário muito mais que bases normativas para se garantir esta proposta. A configuração de uma rede assistencial demandava um processo de negociação entre gestores, planejamento integrado, investimento, programação física e financeira, organização dos serviços, além de mobilização dos profissionais de saúde e usuários. Tudo isso seria indispensável para a garantia da integralidade em saúde.

No que tange a temática de atenção à saúde materna, os esforços continuaram logo em 2004 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), vinte anos após a sua divulgação, que trazia uma proposta de ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e, também, com os critérios para eleição de prioridades neste campo. Já naquele momento, o PAISM apontava para a necessidade de atenção à princípios e diretrizes como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Isso foi bastante relevante tendo em vista o momento histórico que o país vivenciava de formulação de um novo sistema de saúde. O PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). Diante desta proposta, foi lançada uma política mais abrangente que atendesse as perspectivas já idealizadas em 1984. A partir disso, foram apontados novos desafios constantes na PNAISM, a saber: promover a melhoria das condições de vida e

s, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004b).

Já a saúde infantil foi contemplada, naquele ano, pela Agenda de compromissos para a saúde integral de crianças e redução da mortalidade infantil. A finalidade da construção destes compromissos foi de apoiar a organização do cuidado à população infantil em uma rede única integrada, além de possibilitar a identificação de ações prioritárias e estratégias que norteassem a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis. A proposta esteve, ainda, relacionada com a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado que deveriam constar no rol básico para o funcionamento adequado dos serviços da rede de assistência à criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população. A organização desta rede integrada de assistência deveria se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no SUS, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantissem a resolubilidade adequada e promovessem a equidade. Aliado a isso, deveria incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), equipes de apoio, Unidades Básicas de Saúde (UBS), atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família (BRASIL, 2004c).

Naquele mesmo período, foram registrados outros acontecimentos marcantes. Em 08 de março de 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi firmado com o objetivo de monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher. Diante de todos os dados obtidos acerca da situação de saúde materna e infantil que assolava o país naquele momento, foram elaboradas ações estratégicas que incluíram a

rentes instituições para o apoio às ações e serviços sobre esta temática, construção e efetivação de pactos nas diversas esferas de governo em coerência com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), estímulo ao controle social, garantia da política de humanização, expansão e qualificação dos serviços na rede básica e hospitalar, adequação da oferta de serviços, organização do acesso, capacitação, assessoramento técnico para planejamento local e regional, dentre outros. É importante mencionar que havia o entendimento de que estas estratégias se potencializariam na medida em que fossem firmados contratos com coletivos regionais. Neste aspecto, percebemos a coerência com o movimento estrutural e organizacional que o país se propunha naquele momento (BRASIL, 2004d).

O ano de 2004 também foi relevante do ponto de vista social. Foi neste período que o Governo Federal criou o Programa Bolsa Família (PBF) por meio da Lei Nº. 10.836. Constituiu em um programa de transferência de renda criado para melhorar a vida das famílias pobres e extremamente pobres do Brasil. A ajuda social esteve condicionada a uma série de compromissos que inclui a manutenção das crianças e adolescentes de 6 a 17 anos na escola e o acompanhamento de saúde de crianças menores de 7 anos, grávidas e mães que estão amamentando. O PBF unificou os antigos programas de transferência de renda do Governo Federal ditos remanescentes, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio-Gás e permitiu atender um maior número de famílias em todo o país, além de evitar o acúmulo indevido de benefícios. Dentre os seus objetivos, podemos citar: combater a fome e incentivar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso das famílias mais pobres à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; apoiar o desenvolvimento das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza e a desigualdade; e incentivar que os vários órgãos do poder público trabalhem juntos nas políticas sociais que ajudem as famílias a superarem a condição de pobreza.

Quanto à atenção à saúde materna, podemos registrar outros fatos relevantes. No ano seguinte ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a temática de humanização foi retomada com a publicação da Lei nº 11.105 de 2005 que garantiu à gestante o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e do recém-nascido. Esta conquista foi fruto de uma série de movimentos em prol da saúde materna e infantil, entre eles a

propriedade apropriada para o Nascimento e Parto, realizado em Fortaleza em 1985. Nesta ocasião, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério. Essa recomendação esteve relacionada com a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente e foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento (BRUGGERMANN *et al.*, 2005). Em dezembro deste ano, foi publicada a Portaria nº 2418 / GM que regulamentou a presença de acompanhantes para mulheres na parturição nos hospitais públicos e conveniados com o SUS.

Neste mesmo período, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) adaptou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio / ODM relevantes para a infância e a adolescência para o âmbito local. O objetivo principal foi assegurar um espaço permanente de cidadania traduzido pela elaboração e execução de políticas públicas que garantam o pleno desenvolvimento deste público-alvo. Cerca de 1,5 mil municípios do semi-árido brasileiro começaram a contar com uma ampla estratégia de mobilização e comunicação: o Selo UNICEF Município Aprovado. Constituiu um reconhecimento internacional que o município pode conquistar pelo resultado dos seus esforços na melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes. Os municípios foram agrupados, de acordo com sua realidade sócio-econômica, e nesta edição foram avaliados a partir de três eixos: Impacto Social; Gestão de Políticas Públicas e Participação Social. Esta iniciativa nasceu no Ceará, ainda em 1999. Naquela primeira edição do Selo, dos 170 municípios inscritos, 27 receberam o certificado. Desde aquele período, foi testada e comprovada sua eficiência na mobilização pelos direitos das crianças e dos adolescentes. Em 2006, após a realização de 3 edições bem sucedidas no Ceará, a participação foi ampliada para municípios de mais 10 estados (AL, BA, ES, MA, MG, PB, PE, PI, RN e SE). Todos estes estados formalizaram um pacto intitulado *Um mundo para a Criança e o Adolescente do Semi-Árido* que atestou o compromisso assumido por seus gestores quanto à adoção de medidas para a melhoria das condições de vida das crianças e dos adolescentes, cumprindo metas nas áreas de saúde, educação e proteção. Além de assinar um termo de adesão, havia o compromisso em garantir o funcionamento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

mento histórico que o país vivenciava naquele momento, o Pacto pela Saúde constituiu uma base normativa de grande relevância, uma vez que possibilitou a formalização de um Termo de Compromisso de Gestão (TCG) nos municípios de cada ente federado. O Pacto pela Saúde foi definido pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 como sendo um compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2006a). O TCG foi resultado de um processo de pactuação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos no que diz respeito às dimensões Pela Vida e de Gestão do Pacto pela Saúde. Foi uma declaração pública para a formalização dos compromissos assumidos pelos gestores em saúde na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS (GUERREIRO & BRANCO, 2011). Acreditamos que a assinatura deste documento teve destaque devido ao fato de que os gestores municipais tiveram que pensar, mesmo isoladamente, em responsabilidades que deveriam ser cumpridas dentro de uma previsão temporal. Dentre estas responsabilidades, podemos destacar: responsabilidades gerais da gestão do SUS; responsabilidades na regionalização; responsabilidades no planejamento e programação; responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria; responsabilidades na gestão do trabalho; responsabilidades na educação na saúde; e, responsabilidades na participação e controle social. Havia, ainda, objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão que incluíam a temática da saúde materna e infantil a partir da redução das taxas de mortalidade. Para isso, deveriam ser adotados esforços na perspectiva de: apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT; qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber; reduzir a mortalidade neonatal; reduzir os óbitos infantis por doença diarreica; reduzir os óbitos infantis por pneumonia; criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes; e, reduzir a razão da mortalidade materna. Como vimos, as temáticas de saúde materna e infantil e regionalização estariam reunidas, apesar do compromisso assumido de forma individual entre cada um dos municípios por meio do Pacto pela Saúde.

cada uma outra base normativa importante. Desta vez, a Lei nº. 11.634, que garantiu o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade para a sua assistência no âmbito do SUS, seja por ocasião do parto ou qualquer intercorrência no pré-natal. A referida Lei estabeleceu que a vinculação da gestante à maternidade deveria ser feita no ato de inscrição no programa de assistência pré-natal nos serviços municipais de saúde, sob responsabilidade do SUS.

Em 2008, o compromisso assumido foi o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal que tinha como objetivo de reduzir as iniquidades regionais no país. Para isso, foram utilizadas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para fundamentar na definição e pactuação das principais áreas de atuação. Assim, foram definidas quatro áreas, a saber: redução da mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal; alfabetização de jovens, adultos e idosos; incentivo à agricultura familiar; e, redução do sub-registro de nascimento. A partir disso, foi elaborado um Plano de Ação Federal para apoio à implementação dos Planos de Ação Estaduais, em consonância com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e o Pacto pela Saúde. O principal objetivo do Plano de Ação do Ministério da Saúde, naquela ocasião, era reduzir a taxa de mortalidade neonatal e infantil em 5% ao ano nos 256 municípios prioritários da região. Destes, 154 eram municípios prioritários de oito estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 102 municípios prioritários da Amazônia Legal (Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins).

Vale acrescentar que o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQMRP / 2008) esteve dentro desta macro-proposta com o propósito de apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das diretrizes das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher. Aliado a isso, este Plano tinha como objetivos: aprimorar os processos de gestão e de cuidado nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, por meio da introdução de inovações na assistência e gestão do trabalho no cotidiano dos serviços; construir e/ou aprimorar redes de cuidados perinatais, articulando, entre

território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as diretrizes deste Plano, podemos citar: vinculação da gestante a equipes de referência da atenção básica, garantindo o local para o parto, conformando linhas de cuidado integral, desde o pré-natal, ao parto até o puerpério; acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde na atenção básica e maternidades; implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos; e, garantia de acompanhante para a mulher durante a internação para o parto e do recém-nascido, com incorporação de propostas de adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados.

Em se tratando do aspecto político normativo de ancoragem geral para assegurar a melhoria a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da saúde da população brasileira, bem como fortalecer o princípio da integralidade da atenção, em 30 de dezembro de 2010, foi lançada a Portaria nº 4.279/GM/MS (BRASIL, 2010a), que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Esta base normativa evidenciou a regionalização como estratégia de gestão e eixo fundamental no processo de planejamento, programação e organização das ações e serviços de saúde.

Logo após, a formalização da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que trata do processo de implantação da RAS voltado para a saúde materna e infantil, instituiu a Rede Cegonha (RC) como estratégia que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b). Seriam objetivos da Rede Cegonha (RC): fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, ainda, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que a implantação e implementação da RC em território nacional deveria respeitar os critérios epidemiológicos, tais como taxa de

rtalidade materna e densidade populacional. Neste sentido, o mapeamento e análise da situação de saúde de cada uma das regiões de saúde delimitadas deve subsidiar a identificação de novos arranjos em rede (BRASIL, 2011b).

De forma estratégica, estas temáticas também fizeram parte da proposta do governo federal de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que deveria ser formalizado entre os gestores numa mesma região de saúde. Este documento fez parte do Decreto nº 7.508/2011 que se tratava de uma base normativa que regulamentava a Lei nº 8.080 / 90 e incentiva a formalização contratual para a saúde numa perspectiva coletiva. Ao contrário do Termo de Compromisso de Gestão apontado no Pacto pela Saúde, o desafio agora seria promover um pensamento de integridade regional na busca por uma melhor articulação entre os pontos de atenção disponíveis e na sustentabilidade da RAS.

Além da Rede Cegonha, outras redes temáticas apontadas no Decreto foram estratégicas para a superação de dificuldades na atenção à saúde materna e infantil, como a Rede de Urgências e Emergências (RUE). Por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por exemplo, seria possível garantir o transporte sanitário às gestantes em situação de risco.

Em 2012, foi proposto o Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave para o período de 2012 à 2017. Esta foi mais uma estratégia para melhorar a saúde das mulheres, que contribui indiretamente aos esforços dos países para atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. O Plano de ação propunha que fossem intensificadas as intervenções-chave de eficácia comprovada para reduzir a morbimortalidade materna em quatro áreas estratégicas que promovessem nos países o acesso ilimitado à atenção pré-gestacional de alta qualidade (abrangendo o planejamento familiar), bem como à atenção pré-natal, do parto e do puerpério prestada por profissionais qualificados, com adequação intercultural e focando os direitos nas suas ações. Para isso, deveria contar com serviços de atenção materna de qualidade dentro dos sistemas integrados de serviços à Saúde. Como intervenções de impacto, foi citado o acesso à atenção acessível e de qualidade para os períodos pré-gestacional, pré-natal, do parto e do puerpério, por nível de atenção materna e perinatal, considerando um enfoque por regiões no contexto da regionalização da assistência materna e perinatal.

ionais estavam voltados para o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades)q Esta proposta esteve em coerência com a estratégia da Rede Cegonha (RC) e no esforço do Ministério da Saúde em oportunizar ações para intensificar e qualificar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida da criança. O objetivo principal girava em torno de incentivar medidas de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, com vistas a ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que realizam 50 ou mais partos por ano. O PMAQ-Maternidades tomou como base um conjunto de Diretrizes e de condutas ou procedimentos compreendidos como Boas Práticas norteadas pela Política Nacional de Humanização e pelas Portarias que regulamentam a RC. Dentre estas diretrizes, podemos citar: acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança no momento de busca do serviço, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado; classificação de risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas; direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido de risco, durante a internação; vigilância e monitoramento da qualidade da atenção e das condições de saúde, por meio de indicadores de morbimortalidade materno-neonatal; valorização da ambiência, segundo as normas e legislação vigentes; e gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores. No que diz respeito às Boas Práticas, é importante citar: oferta à mulher e ao acompanhante de informações e orientações relacionadas ao processo de parto; utilização do partograma para monitoramento cuidadoso do trabalho de parto; oferta de suporte físico e emocional contínuo para a mulher no trabalho de parto e parto, por profissional de saúde, doulas e/ou acompanhantes; oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto e parto; oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto; respeito à liberdade de movimento e encorajamento da posição não supina durante o trabalho de parto e parto; restrição do uso rotineiro de amniotomia, ocitocina ou misoprostol para aceleração do trabalho de parto e restrição da realização rotineira da episiotomia; restrição do uso rotineiro



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

nasofaringe do recém-nascido; contato pele-a-pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê e estímulo ao aleitamento na 1ª hora de vida; clampeamento oportuno do cordão umbilical, isto é, após parada dos batimentos, salvo contra-indicações; e vigilância do terceiro período do parto.

Todas estas políticas devem ser levadas em consideração, quando se pretende avaliar a saúde materna e infantil no país. Cada uma delas apresentou um destaque diverso em relação a esta temática. No entanto, convergiram, quando se trata da redução da mortalidade materna e infantil.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

2.4. REDE CEGONHA COMO POLÍTICA PÚBLICA VOLTADA PARA A GARANTIA DO ACESSO E DIREITO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL

a pública voltada para a garantia do acesso e direito
à saúde materna e infantil

Na perspectiva de reduzir expressões da questão social como a mortalidade materna e infantil, além de garantir o acesso e o direito à saúde da mulher e da criança, foram elaboradas estratégias diversas ao longo dos anos, tanto à nível nacional, como também nos níveis estadual e municipal. Isso se deu em conjugação com o processo de descentralização e regionalização que o país passou nos últimos anos e que foi alicerçado por diferentes bases normativas e técnicas como, por exemplo, a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142/90, as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde (NOB e NOAS), Portaria 4279/2010 e o Decreto 7508/2011.

Foi preciso investir na descentralização para que os estados e municípios tivessem maior independência e autonomia quanto à adoção e condução de estratégias singulares a cada contexto que estava sendo vivenciado. No que tange à regionalização, o movimento girou em torno da percepção sobre o potencial local e exercício de conjugação de recursos, além da negociação, pactuação e co-gestão solidária e cooperativa que pudessem viabilizar o acesso às ações e serviços de saúde em diferentes agrupamentos territoriais tendo como referência a integralidade do cuidado. Tudo isso contribuiu para a mudança do cenário assistencial brasileiro que antes era extremamente fragmentado, mas já despertava para uma perspectiva diferente, articulada e integrada.

No âmbito da saúde da mulher e da criança, reconhecemos várias políticas e programas adotados nos últimos anos em resposta às fragilidades percebidas em relação a esta temática. Dentre elas, podemos mencionar o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) que foi implementado desde 2009. Esta estratégia concentrou seus esforços nas maternidades, entendendo que este seria um equipamento disparador das ações em rede. O PQM foi organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH), bem como pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM). Era objetivo deste plano: apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades inseridas em uma rede perinatal nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro (BRASIL, 2014).

partir de uma tríade relacionada aos modos de gerir, de assistir e de cuidar. Isso se justificava pela necessidade de promover mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e nascimento nas maternidades, bem como articular e integrar as potencialidades de cuidado em redes. Aliado a isso, reconhecia a necessidade de adoção da estratégia metodológica do apoio institucional, entendendo que esse era um processo de exigia uma construção coletiva que envolvesse gestores, profissionais / trabalhadores e usuários os serviços (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

O PQM junto às outras estratégias anteriores de âmbito nacional e local fundamentaram a elaboração de uma proposta de articulação e integração entre os diversos equipamentos existentes que também possibilitasse o acesso e a garantia do direito à saúde de mulheres e crianças. Esta proposta foi fundamentada na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde e intitulada, neste caso, como Rede Cegonha (RC).

De acordo com Di Giovanni (2013:26), a proposição da RC partiu de alguns princípios que, ainda, não tinham sido superados:

as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças.

Neste aspecto, havia a necessidade de investimento contínuo nestes quesitos e em outros geradores de expressões da questão social em discussão.

A Rede Cegonha (RC), como estratégia que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, foi instituída por meio da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b). Também esteve encabeçada pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde (MS), mas fazia referência a uma infinidade de temas transversais às outras áreas e coordenações, passando da atenção básica à média e alta complexidade. Mais tarde, este seria um ponto controverso desta política que poderia interferir na sua condução.

Alguns autores mencionam que, a Rede Cegonha:

[...] partiu das ações efetuadas no PQM, mantendo a aposta no apoio institucional mediante entendimento de que, para mudar modelo de atenção

preciso intervir nas práticas cotidianas dos serviços, incluindo a Atenção Básica e investindo na constituição e/ou fortalecimento de fóruns perinatais como estratégia de mobilização social e produção de rede. Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de, além do apoio realizado nas maternidades junto a equipes, se trabalhar numa perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014:1006).

Foram objetivos apontados na proposta da Rede Cegonha: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, ainda, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (CAVALCANTI *et al.*, 2013; BRASIL, 2011b).

Para a sua operacionalização, foram apresentados alguns princípios que partiram do exercício da cidadania e do direito à saúde (Figura 4). Neste aspecto, estiveram relacionados às mulheres e, também, foram extensivos aos homens, jovens e adolescentes independentes da cultura, etnia, raça ou gênero.

Figura 4: Princípios da Rede Cegonha definidos na Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

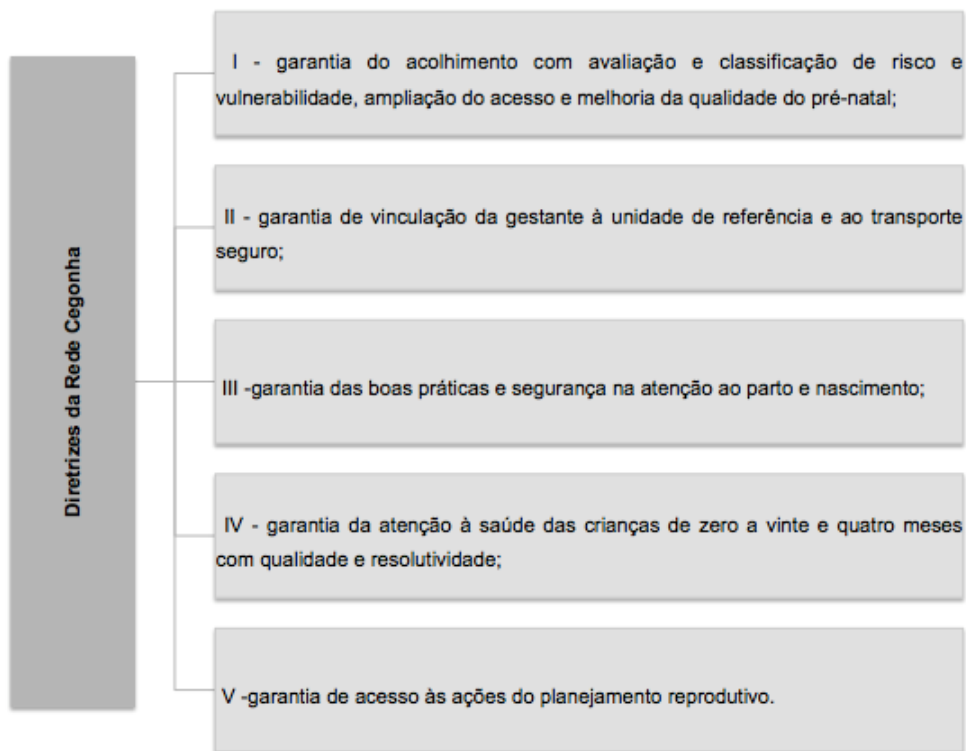


Fonte: elaborada pelos autores.

...im visivelmente para a necessidade de se debruçar sobre as questões individuais a partir de um olhar sobre a família e a comunidade. Diante dessa demanda, foi incentivado o envolvimento, a participação e a atuação de diferentes atores e instâncias sociais e técnico-administrativas que pudessem alicerçar esta proposta. O contexto e o cenário vivenciado também estariam relacionados, a fim de oportunizar a compatibilização de atividades das redes em desenvolvimento.

No que tange às suas diretrizes, podemos resgatar cinco pontos. Todos estão presentes na Figura 5, vejamos:

Figura 5: Diretrizes da Rede Cegonha definidas na Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.



Fonte: elaborada pelos autores.

O componente hospitalar era um quesito de destaque diante desta proposta e parecia mesmo ter um papel central diante da necessidade de articulação em redes. Isso se justificava pelo contexto em que a Rede Cegonha havia sido construída e já levava em consideração as falhas para a utilização destes equipamentos e recursos.


o e implementação em território nacional, a RC deveria atentar para três elementos: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), Razão de Mortalidade Materna (RMM) e densidade populacional. Neste sentido, o mapeamento e análise da situação de saúde de cada uma das regiões de saúde delimitadas deveria subsidiar a identificação de novas possibilidades de arranjos em rede (BRASIL, 2011a).

De fato, a RC esteve inserida numa discussão maior que se propunha em promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011c). O termo *integrar* constituiu, aqui, o alicerce desta política que buscou fortalecer aquilo que já estava sendo proposto, mas que ainda não havia sido suficiente para garantir o cuidado à saúde materna e infantil.

Quanto à implantação da Rede Cegonha nas regiões de saúde, algumas fragilidades precisariam ser superadas como, por exemplo, o financiamento, a atuação dos profissionais de saúde e o processo regulador. Estes eram gargalos que não se conseguia atenuar. Com base nisso, pretendia-se investir, cada vez mais, na qualidade do cuidado à saúde materna e infantil em uma lógica solidária, articulada, cooperativa e interdependente.

Em geral, observamos carência de estudos relativos às estratégias para superação das expressões das questões sociais, que poderiam subsidiar a construção de políticas para a melhoria do acesso e integralidade do cuidado em saúde da mulher e da criança. Neste sentido, é oportuno desenvolver pesquisas avaliativas, tendo em vista a necessidade de manter discussão acerca desta temática e refletir sobre as políticas, programas e serviços a serem desenhados diante dos diversos contextos de cuidado.

Compreendemos, assim, que é preciso reunir esforços e agregar recursos para atender às necessidades da saúde mulher e da criança na perspectiva de garantir o acesso e integralidade aos serviços e, assim, materializar o direito à saúde desta população. As políticas públicas atuais têm um grande desafio pela frente e é preciso desenvolver estudos para analisar sua implementação e avaliar o impacto de suas ações à nível local e regional.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE III: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*


[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

3.1. Objetivo geral:

- Avaliar o processo de regionalização da saúde materna e infantil no estado do Ceará.

3.2. Objetivos específicos:

- “ Analisar o potencial da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) no estado do Ceará por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) nos últimos anos;
- Compreender as experiências de usuárias, profissionais dos serviços de saúde materna e infantil e gestores diante do processo de regionalização e implantação da Rede Cegonha no estado do Ceará.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE IV: PERCURSO METODOLÓGICO



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4. À BUSCA POR MÚLTIPLAS FORMAS DE EXPRESSÃO

de expressão

Este capítulo gira em torno da apresentação do percurso metodológico realizado pelos autores diante do objeto de estudo proposto. Após a apropriação temática em que buscamos aporte teórico suficiente para a condução deste estudo, partimos para a operacionalização da investigação. No entanto, é importante mencionar alguns quesitos sobre a epistemologia que alicerça esta pesquisa, além de apontar os recursos utilizados, descrever o cenário do estudo e elencar as dimensões exploradas. Vejamos cada um deles:

4.1. Notas sobre a epistemologia que ancora o estudo

Na intenção de responder aos objetivos propostos, desenvolvemos uma pesquisa avaliativa alicerçada nas concepções contemporâneas de Patton (1997), Hartz (2001) e Guba & Lincoln (2011). De acordo com Patton (1997), a avaliação pode ser compreendida como uma forma de valoração sistemática. Para este autor, a avaliação se baseia na utilização de propostas metodológicas que possibilitem a elaboração de um juízo acerca do mérito e do valor de algo de forma justificável (argumentação) e tendo em vista o processo de tomada de decisões. Neste sentido, afirma que ~~os~~ resultados das avaliações deveriam ser julgados por sua utilidade+ (PATTON, 1997: 20).

Para Hartz (2001), é preciso ir além da avaliação de políticas para subsidiar a tomada de decisões. Menciona que é necessário estabelecer um processo avaliativo que abarque uma perspectiva diversa com destaque à sua regularidade e responsabilidade quanto à qualidade de informações geradas.

Já Guba & Lincoln (2011) atentam que, quando nos propomos a desenvolver uma proposta avaliativa, devemos levar em consideração a pluralidade de valores. Para estes autores, é indispensável valorizar as demandas, as preocupações e os assuntos postos pelos diversos atores e grupos de interesses, bem como a interação constante entre eles (avaliador e implicados). Esse modelo denominado *responsive constructivist evaluation* (avaliação construtivista reativa) pretende superar limites percebidos em cada uma das anteriores gerações de avaliação como, por exemplo, o excessivo poder da visão gerencial no processo avaliativo; a

conciliar o pluralismo de valores; o excessivo envolvimento com o paradigma científico de tipo positivista.

Além de tensionar sobre o tipo de pesquisa a ser adotado, o objeto de estudo apontou para uma abordagem múltipla (qualitativa e quantitativa). Observamos que era preciso percorrer em um campo amplo para se atingir os objetivos propostos. Alguns autores fundamentaram esta nossa decisão.

Para Patton (1997), as abordagens qualitativa e quantitativa representam alternativas para o avaliador responder as questões e os propósitos da avaliação. De acordo com este autor, há um *paradigm of choice* que relaciona um amplo repertório de métodos e técnicas a serem utilizadas na variedade dos problemas. Esse paradigma, acrescenta o autor, reconhece que diferentes métodos são apropriados para diversas situações e propósitos de avaliação.

Guba e Lincoln (2011) também abordam este assunto. Admitem que, há momentos em que os métodos quantitativos são e devem ser utilizados, embora o avaliador da quarta geração (que compreendemos ser) use, prioritariamente, os métodos qualitativos.

Neste sentido, há um consenso sobre a importância de adotar uma *pluralidade metodológica* (HARTZ, 2001) para responder às diversas questões postas pelas avaliações e pelas necessidades dos diferentes implicados (*stakeholders*).

Neste estudo de múltiplas abordagens, ora percebemos um movimento marcado por aproximações, ora por distanciamentos do objeto de estudo. Diante deste ciclo de idas e vindas, não havia a necessidade de caracterização ou escolha da abordagem em detrimento à experiência. A necessidade percebida pelos pesquisadores diante do objeto de estudo foi nosso recurso indicador.

Assim, utilizamos uma abordagem quantitativa para nos aproximar do cenário e contexto em que estávamos debruçados. Nesta fase, foram recrutados recursos descritivos para perceber o potencial regional de cada agrupamento territorial (regiões e macrorregiões de saúde). Logo em seguida, partimos para uma abordagem qualitativa em que foram pautadas as experiências de diferentes sujeitos na perspectiva de *reconstrução do mundo*

Os elementos de arte, que são transversais a todo este estudo, também foram relacionados ao componente qualitativo que estamos mencionando. Nesta oportunidade, lançamos mão da própria experiência de arte em que o pesquisador

criação, seja na sua análise ou exercício de interpretação.

A ênfase crescente da abordagem qualitativa ao longo do texto se justificou pelo fato de que as representações observadas até aquele momento não surgiram do vazio; elas foram construídas historicamente, no campo das interações, sofrendo influência das estruturas cristalizadas, orientando e sendo orientadas pela ação dos sujeitos em suas práticas cotidianas (BOSI & MERCADO-MARTÍNEZ, 2004; DESLANDES; GOMES, 2004).

Isso culminou com a apresentação livre, mas pretenciosa, de diferentes expressões artísticas. Estas expressões convidam o leitor a participar de uma reflexão sobre o objeto de estudo junto aos autores / pesquisadores na tentativa de construir e ampliar um espectro próprio de compreensão sobre a temática de regionalização e redes.

Vale comentar, ainda, que este estudo foi construído a partir da proposta hermenêutica de Hans-Georg Gadamer que forneceu os pressupostos para aproximação mais adequada da natureza interpretativa da produção empírica. Aqui, reconhecemos que vivemos em um contexto pautado por uma pluralidade de possíveis significações e, desta forma, podem ser elaboradas diversas leituras do mundo. Esta pluralidade percebida, compõe uma imagem semelhante a um mosaico que agrega diferentes concepções de mundo, de cultura, de política, de histórias de vida e de linguagem; todas justapostas umas às outras. A busca pelo sentido deve mesmo levar em consideração diferentes olhares tendo em vista a fusão dos horizontes (GADAMER, 2015; GRONDIN, 2012).

A escolha da hermenêutica filosófica de Gadamer se justifica, ainda, pelo fato de que a busca de sentido se dá por meio da experiência (GADAMER, 2015; GRONDIN, 2012). Para este filósofo, na medida em que vivemos, nós compreendemos; e, a partir da compreensão, é possível reconsiderar e aperfeiçoar a nossa prática / aplicação. Sendo assim, viver, compreender, interpretar, aplicar são termos que se referem a uma experiência de mundo e têm como ponto em comum a incansável busca do sentido (GADAMER, 1985; GADAMER, 2006; GADAMER, 2015). Este é o elemento de partida desta investigação.

Desta forma, não encontramos um único método para a aproximação do objeto de estudo aqui apresentado. Foi importante reunir diversas propostas metodológicas que possibilitassem compreender mais acerca deste universo que

do Ceará.

4.2. Recursos utilizados

4.2.1. Definição dos sujeitos envolvidos

Na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são intencionais (purposeful sampling), já que se busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. Com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões, alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem:

privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças; esforçar-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa+(MINAYO, 2000, p. 106).

Desta forma, as amostras foram intencionais, já que se buscava apreender singularidades relacionadas a este fenômeno. Foram privilegiadas as mulheres durante a fase de acolhimento nas maternidades de referência, internação ou alta médica, entendendo que poderia reunir maiores informações acerca do seu itinerário terapêutico. Aliado a isso, foram sujeitos deste estudo os apoiadores do Ministério da Saúde para esta rede temática, gestores do núcleo central e regional do governo do estado e os profissionais dos serviços.

Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos de idade, bem como aquelas com alguma condição especial como, por exemplo, transtornos mentais e quadros depressivos na tentativa de reduzir qualquer tipo de risco relacionado à pesquisa.

Foram considerados os serviços de quatro unidades de referência de nível terciário para a atenção à saúde materna e infantil no estado do Ceará, a saber: Hospital César Cals, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral de Fortaleza e Santa Casa de Misericórdia de Sobral. A escolha destes equipamentos

levância na composição da rede assistencial e com o período de assinatura do termo de adesão da Rede Cegonha no Ceará, uma vez que foram as primeiras instituições a formalizar este documento, ainda, em 2013. No cenário nacional, estes estabelecimentos de saúde faziam parte do grupo de maternidades com as maiores taxas de mortalidade materna e, neste sentido, apontavam para uma aproximação necessária.

4.2.2. Técnicas e métodos utilizados

No contexto de identificação das técnicas e métodos para a coletas de dados, foram utilizados multimeios, a fim de aproximar os pesquisadores ao contexto de onde emergiam os fatos, as narrativas e as ações dos sujeitos. Assim, além de observação direta, foram feitas entrevistas e pesquisa documental.

Quanto à observação direta, foram realizadas visitas às maternidades de referência com o objetivo de acompanhar a rotina aos serviços de saúde materna e infantil e conhecer a realidade vivenciada nestes espaços. A partir desta técnica, adotamos como instrumentos de trabalho o diário de campo reflexivo (FREIRE, 1996) e a versão de sentido (AMATUZZI, 2001).

Em se tratando da construção de um diário de campo reflexivo, partimos da compreensão de que o processo de investigação, estaria relacionado com um aprendizado de olhar estudioso, curioso, questionador e pesquisador e envolve ações exercitadas do pensar (classificar, selecionar, ordenar, comparar e resumir), para assim poder interpretar os seus significados. Neste sentido, o olhar e a escuta relacionados ao processo de observação direta envolveu uma ação altamente movimentada, reflexiva, estudiosa que foi registrada em um documento de livre elaboração e construção (FREIRE, 1996).

No que diz respeito à versão de sentido, esteve relacionada a:

Um relato livre, que não tem a pretensão de ser um registro objetivo do que aconteceu, mas sim de ser uma reação viva a isso, escrito ou falado imediatamente após o ocorrido, e como uma palavra primeira. Consiste numa fala expressiva da experiência imediata de seu autor, face a um encontro recém-terminado. É uma versão do sentido vivido de um encontro, através do sentido vivido logo depois (AMATUZZI, 2001, p.74).

Minayo (2000) entende que é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo . tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico. Esta técnica pode ser traduzida também em fonte de dados secundários e primários, referentes %a fatos, ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos+(JAHODA *apud* MINAYO, 2000, p. 108).

Acreditamos que a entrevista constitui instrumento de construção do conhecimento, que deve ser utilizada levando-se em conta as suas limitações relativamente à teorização sobre o real. Desta forma, cabe ao pesquisador buscar mecanismos que garantam a maior proximidade possível entre o conhecimento produzido e a realidade (SILVA; FERREIRA, 2012).

Dentro da perspectiva metodológica assumida, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. A entrevista semi-estruturada foi de natureza individual, gravada, partindo de perguntas condutoras, elaboradas a partir dos objetivos da pesquisa.

Outro método de coleta de dados foi realizado por meio de documentos e esteve relacionado com a caracterização e contextualização do objeto deste estudo. Nesta oportunidade, foram consultadas as principais bases de dados eletrônicas e não-eletrônicas de interesse na pesquisa e avaliados de forma sistemática.

Esse material foi selecionado por meio de consultas a fontes de referência consagradas na área da saúde pública ou mesmo por meio de consulta junto a pesquisadores e técnicos reconhecidos no campo de estudo. Com esse procedimento foi possível adquirir uma apreensão mais abrangente do contexto histórico, político e administrativo em que se inseria o problema estudado.

No que se refere as principais fontes eletrônicas para esta etapa do trabalho, podemos relacionar os Sistemas de informação apropriados (Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, base de dados do Departamento de informática do SUS . DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde . CNES, Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna e no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Portal do Governo Brasileiro, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema de

os - SINASC, dentre outros). Em se tratando de documentos não eletrônicos, consultamos atas e resoluções de colegiados gestores, planos e políticas estaduais de saúde e outros arquivos em que constem as informações procuradas e que permitirão um dimensionamento da questão.

4.3. O cenário

Para Minayo (2012), o campo de pesquisa é assunto bastante relevante no desenvolvimento de uma investigação. Por meio dele, o pesquisador obtém um recorte em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. Vale ressaltar que, neste campo de pesquisa, há uma dinâmica de interação social que necessita ser considerada e que pessoas que compõe este espaço a ser estudado são sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma formulação teórica para transformá-los em objeto de estudo.

O cenário deste estudo foi o Ceará, estado do nordeste brasileiro, que apresenta um histórico relevante à proposta de regionalização. Isso se justifica pelo fato de que este estado se antecipou à orientação da esfera federal quanto à adoção de um plano de ação regional para a saúde, ainda, em 1998. Tal experiência tem sido citada como estratégica para a construção de novos arranjos organizacionais em saúde.

A escolha deste estado se deu, ainda, em função da diversidade, complexidade e extensão do sistema e serviços de saúde materna e infantil, bem como da percepção de diferentes estágios do processo de regionalização e implantação da Rede Cegonha.

4.4. Do modelo lógico avaliativo de subsidia a pesquisa

Como recursos para subsidiar uma proposta de pesquisa avaliativa, pensamos na utilização do recurso do Modelo Lógico. De acordo com Brousselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz (2011), o Modelo lógico é um pré-requisito para o processo avaliativo e tem como potência a possibilidade de explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos. Faz referência a uma representação

disponíveis entre as atividades previstas e os resultados esperados.

De acordo com a W.K. Kellogg Foundation (2001), o Modelo Lógico é uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar sobre a compreensão das relações entre os recursos que dispõe para operar o programa, as atividades que planeja realizar e as mudanças e resultados que deseja obter. Os recursos e as ações / atividades fazem parte do trabalho de planejamento; já, os produtos, resultados e impacto fazem referência àquilo que se deseja conquistar.

Para a construção deste Modelo Lógico para a Rede Cegonha, realizamos uma pesquisa documental para melhor compreender esta proposta política voltada para a saúde materna e infantil. Foram realizadas consultas a diferentes bases de dados e consultados documentos produzidos tanto pelo Ministério da Saúde como também por outras instituições de âmbito nacional - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Aliado a isso, consultamos os instrumentos de gestão experenciados pelo estado do Ceará como o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Fizeram parte do rol de documentos utilizados para esta construção as bases normativas (legislação específica), além de notas técnicas, manuais de orientação e demais instrumentos para a Rede Cegonha no âmbito nacional e estadual.

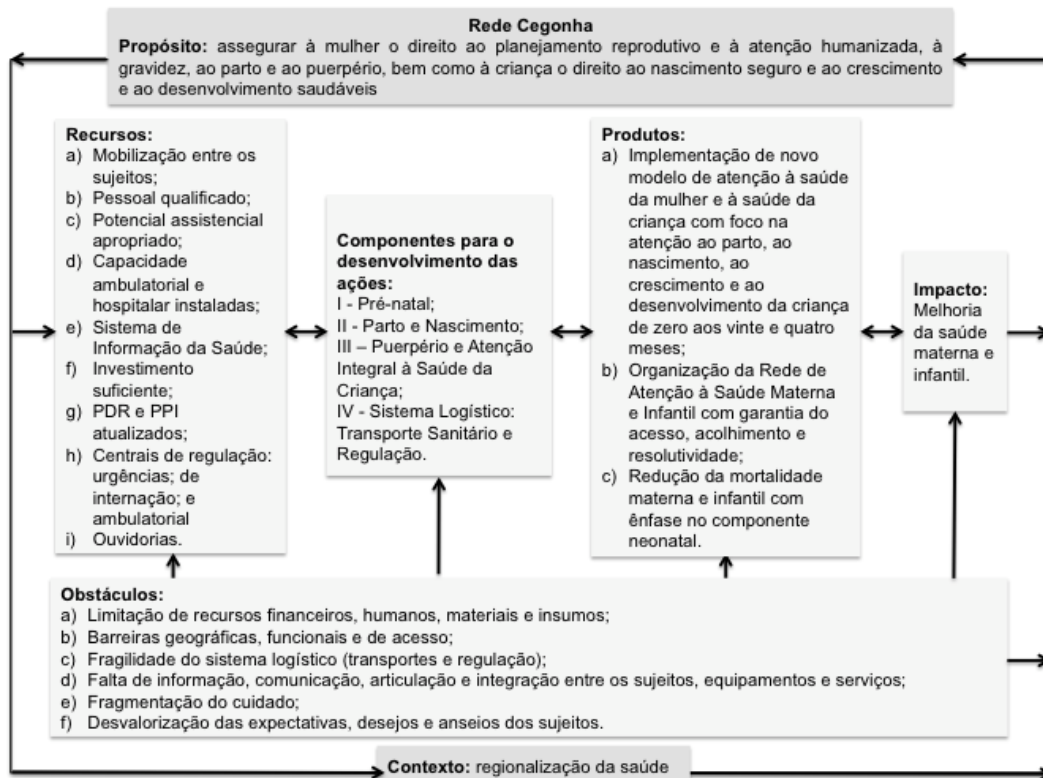
Em se tratando dos elementos desta representação gráfica, adotamos: propósito; contexto ou condições de trabalho; recursos; obstáculos; ações; produtos; e, impacto (Figura 8). Assim, diante de um contexto de regionalização da saúde, a Rede Cegonha proposta no país compreende recursos relacionados aos sujeitos e qualificação frente ao processo de trabalho, bem como aos equipamentos de saúde com capacidade assistencial que atenda à demanda, instrumentos e ferramentas de trabalho da gestão em saúde atualizados, sistemas de informação disponíveis e mecanismos de comunicação (comunidade-serviço-gestão) operantes.

Diante de todo este potencial de recursos, reconhecemos alguns obstáculos inerentes ao cuidado, às relações que se estabelecem diante do desafio de implementação da rede, aos recursos e aos processos de trabalho e de gestão. Acreditamos, sobretudo, que esta proposta deve levar em consideração as expectativas, desejos e anseios dos sujeitos e estabelecer o cuidado a partir deste

ção responderá a uma necessidade da gestão e dos serviços e não, dos sujeitos a quem também se devem atentar.

Outro sinalizador de um processo avaliativo tem sido as dificuldades de acesso e a peregrinação das mulheres em busca do cuidado. De fato, a limitação de recursos, as barreiras geográficas, funcionais e de acesso, a fragilidade do sistema logístico (transporte e regulação), a falta de informação, comunicação, articulação e integração entre os sujeitos, equipamentos e serviços, tudo isso constitui obstáculo para o propósito apontado pela Rede Cegonha.

Figura 6: Modelo Lógico Avaliativo elaborado para a Rede Cegonha.



Fonte: elaborada pelos autores.

No que diz respeito às ações, vale mencionar que a proposta da RC está ancorada em quatro componentes, a saber: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Cada um deles expressa as ações que deverão ser realizadas na perspectiva de se obter os produtos e impacto esperado (Quadro 10). Vejamos:

s de atenção à saúde materna e infantil por componente constantes na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS.

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Fonte: BRASIL, 2011.

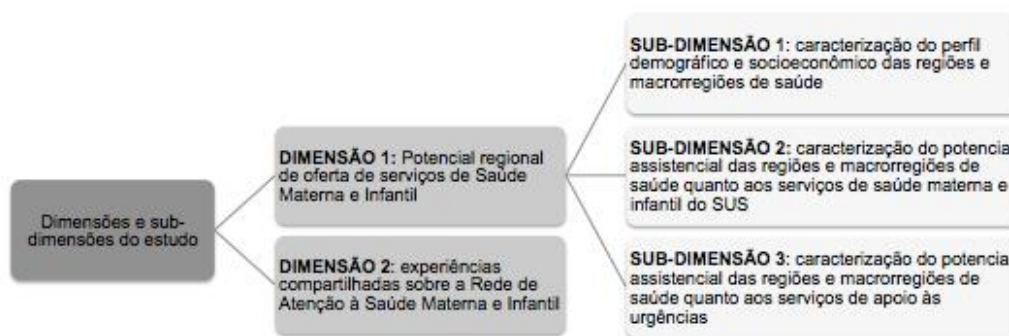
Já os produtos são os resultados diretos das atividades da política em questão. Indicam se aquilo previsto na fase de planejamento foi realmente materializado, seja no aspecto quantitativo ou mesmo qualitativo (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011). Neste Modelo Lógico desenhado para a Rede Cegonha, os produtos esperados giraram em torno de três grandes eixos: implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança que responda aos princípios e diretrizes adotadas; a organização dos serviços em rede com garantia do acesso, acolhimento e resolutividade; e, por fim, a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Dito isso, precisaremos destacar os impactos desta política. De acordo com a W.K. Kellogg Foundation (2001), os impactos estão relacionados com as mudanças à nível organizacional, comunitário ou sistêmico que podem traduzir melhores condições, aumento de capacidade ou mudanças na estrutura normativa. Desta forma, esperamos que o empenho destinado à implementação desta rede temática possa ser traduzida em melhoria da saúde materna e infantil.

4.5. Da obra construída em duas dimensões

A partir dos objetivos elaborados, o processo investigativo se deu por meio de duas dimensões (Figura 9).

avaliativa.



Fonte: elaborada pelos autores.

Vejamos cada uma delas:

a) Potencial regional de oferta de serviços de Saúde Materna e Infantil no estado do Ceará

Esta análise buscou caracterizar os agrupamentos territoriais (regiões e macrorregiões de saúde) do estado sob um ponto de vista demográfico e socioeconômico, assim como identificar os equipamentos e serviços de saúde disponíveis e reconhecer sua distribuição espacial. A partir disso, seria possível subsidiar o planejamento em saúde e a racionalização deste potencial assistencial, favorecendo a organização e funcionamento dos serviços em redes de acordo com as necessidades e demandas da população.

No que diz respeito à investigação, foram consideradas três sub-dimensões, a saber:

- i. Sub-dimensão 1: caracterização do perfil demográfico e socioeconômico das regiões e macrorregiões de saúde

O perfil demográfico foi analisado a partir de dados secundários obtidos por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O propósito deste levantamento esteve relacionado com a caracterização dos agrupamentos territoriais (regiões e macrorregiões de saúde) de maior concentração populacional no estado do Ceará que justificaria a implantação de um maior número de equipamentos de

coníveis e qualificados, assim como um adequado investimento quanto ao sistema logístico, transporte sanitário e regulação, para a garantia do acesso às ações e serviços de saúde.

O perfil socioeconômico foi adotado com a intenção de conhecer as regiões de saúde que apresentam população em maior vulnerabilidade. Para isso, utilizamos o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) e os dados relacionados ao Programa Bolsa Família. Estes dados foram obtidos a partir da base de dados do Sistema Firjan e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) respectivamente.

O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) foi baseado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e objetivou medir as transformações nestas áreas em todo o país à nível municipal. Ao gerar dados confiáveis que pudessem traduzir uma realidade e toda a sua complexidade, seria possível antecipar tendências, enxergar oportunidades e prever ações futuras que são posturas fundamentais para favorecer o desenvolvimento (FIRJAN, 2015).

Este índice avalia alguns itens com maior profundidade como, por exemplo, o número de empregos com carteira assinada e direitos trabalhistas garantidos, educação de qualidade, crianças nas creches e pré-escolas, professores com ensino superior, número de consultas de pré-natal oferecidas às gestantes, assim como outras variáveis relacionadas ao emprego, renda, educação e saúde. Para a sua operacionalização, são utilizados dados administrativos oficiais dos Ministérios do Trabalho, Educação e Saúde com periodicidade anual que facilita a adoção de novas estratégias em tempo oportuno. Os dados variam de 0,0 a 1,0 e estão classificados em quatro categoria: municípios com índice menor que 0,4 são classificados como baixo desenvolvimento; resultados compreendidos entre 0,4 e 0,6, desenvolvimento regular; entre 0,6 e 0,8, desenvolvimento moderado; e maior que 0,8, alto desenvolvimento (FIRJAN, 2015).

Os dados de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família foram analisados com o objetivo de conhecer a proporção de famílias com este tipo de benefício social no estado do Ceará. Para isso, foi investigada a relação entre o total de famílias beneficiadas com o Bolsa Família por município e agrupamento territorial, obtido a partir da base de dados da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), e o total de famílias cadastradas, obtido por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica / SIAB do DATASUS.

o perfil demográfico foi entre os anos de 2012 e 2015 (população estimada) e esteve coerente com o ano de implantação e finalização do Plano Estadual da Rede Cegonha no Ceará. Contudo, para o índice FIRJAN, analisamos um período diferente (2006, 2011 e 2013). A escolha dos anos de 2006 e 2011 teve relação com a marco zero relacionado ao Pacto pela Saúde, regulamentação da Lei 8.080 /90 pelo Decreto 7.508/11 e implantação da Rede Cegonha no estado do Ceará. Já o ano de 2013, foi a publicação mais recente deste índice e disponível para consulta.

- ii. Sub-dimensão 2: caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS

Esta sub-dimensão foi realizada a partir do levantamento sobre o total de equipamentos de saúde disponíveis no SUS para o cuidado em saúde materna e infantil, incluindo os serviços de: acompanhamento de pré-natal, parto e nascimento de gestação de risco habitual; acompanhamento de pré-natal, parto e nascimento de gestação de alto risco; e, disponibilidade de Unidade Intermediária Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto e Neonatal), Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e Canguru (UCINCa).

O modelo específico de levantamento de informação proposto consta da classificação da região de saúde em seis níveis (Quadro 11). Cada um deles abrange um elemento de incremento que deve ser associado ao nível anterior e, por isso, abarca os serviços e equipamentos de saúde de forma complementar. São eles:

ização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS.

| Nível | Descrição |
|-------|--|
| 1 | Acompanhamento de Pré-natal de risco habitual realizado pela Equipe de Saúde da Família ou serviço especializado do SUS (ambulatorial e / ou hospitalar) |
| 2 | Nível 1 + Parto / nascimento em gestação de risco habitual (atendimento hospitalar SUS) |
| 3 | Nível 2 + Acompanhamento do pré-natal de alto risco (atendimento ambulatorial ou hospitalar SUS) |
| 4 | Nível 3 + Parto / nascimento em gestação de alto risco (atendimento hospitalar SUS) |
| 5 | Nível 4 + Presença de Unidade Intermediária Neonatal ou UTI Adulto ou UTI Neonatal ou UCINCo ou UCINCa (pelo menos um destes equipamentos) |
| 6 | Nível 4 + Presença de Unidade Intermediária Neonatal e /ou UTI Adulto e/ou UTI Neonatal e/ou UCINCo e/ou UCINCa (mais de um destes equipamentos) |

Fonte: elaborado pelos autores.

Neste caso, foram utilizadas fontes diversas, entre outras, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Plano de Ação da Rede Cegonha no estado do Ceará.

O período de caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS foi entre os anos de 2012 (fevereiro, primeiro mês de registro do SCNES naquele ano) e 2016 (janeiro, situação registrada logo após o encerramento do ano de 2015), tendo em vista o ano de implantação e finalização do Plano de Estadual da Rede Cegonha no Ceará e a disponibilidade dos dados pelo SCNES.

Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de apoio às urgências

Esta dimensão foi realizada a partir do total de equipamentos de apoio às urgências disponíveis para o cuidado em saúde materna e infantil, incluindo os serviços de: Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência; e, Central de Regulação Médica das Urgências. Este tipo de investigação foi relacionada aqui, porque a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no estado do Ceará conta com um plano de integração entre esta rede e a Rede de Urgências e Emergências (RUE). Sendo assim, os serviços de rede devem ser articulados entre si.

O modelo específico de levantamento de informação proposto consta de quatro níveis (Quadro 12):

Quadro 5: Níveis de caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de apoio às urgências.

| Nível | Descrição |
|-------|---|
| 0 | Ausência de unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e Central de Regulação Médica das Urgências na região de saúde |
| 1 | Registro de apenas um município na região de saúde com unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência |
| 2 | Registro de mais de um município na região de saúde com unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência |
| 3 | Registro de unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e de Central de Regulação Médica das Urgências na região de saúde |

Fonte: elaborado pelos autores.

Neste caso, foi utilizada uma única fonte, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O período de caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de apoio às urgências foi entre os anos de 2012 e 2016, seguindo a mesma justificativa exposta na dimensão anterior.

Experiências compartilhadas sobre a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil

A busca pela compreensão acerca dos significados atribuídos ao contato com a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, resultado do processo de regionalização vivenciado no estado do Ceará desde 1998, partiu da experiência das mulheres usuárias dos serviços de saúde, profissionais, gestores e apoiadores desta rede temática. Isso remeteu a um quadro conceitual acerca do acesso, integralidade da atenção e interconexão dos serviços de saúde.

Embora o foco central fosse a experiência das usuárias, o substrato empírico foi ampliado a partir de entrevistas com profissionais dos serviços de saúde acessados, gestores do núcleo central e regional e apoiadores do Ministério da Saúde para esta rede temática de acordo com a necessidade apontada pelo pesquisador. Junto a este material, reunimos, ainda, os diários de campo e as versões de sentido elaborados durante a fase de investigação na perspectiva de se traçar um quadro compreensivo amplo da questão investigada. Aqui, foi mantida a proposta metodológica de análise das entrevistas articulada às expressões e representações artísticas (pictóricas, imagéticas e ligados à poética) que foram resultado das experiências que nos afetaram e possibilitaram o nosso rompimento com o método. Isso contribuiu para a elaboração de um processo de compreensão genuíno e particular.

4.6. Questões para a análise e apresentação dos dados

Para a análise das entrevistas realizadas com estes sujeitos, utilizamos o apoio da proposta metodológica sugerida por Paul Ricoeur (RICOEUR, 1976; RICOEUR, 1989). Para tal, foi considerada, de antemão, a existência de uma relação dialética entre todos os dados coletados, seja nas entrevistas, seja nos documentos selecionados e nos produtos elaborados por meio do processo de observação direta.

A perspectiva aqui assumida esteve fundamentada, essencialmente, no texto. É nele que reside um espaço autônomo que propicia a significação, sem esquecer que o desafio hermenêutico tem o seu início na experiência pré-linguística que

a para o domínio da linguagem (RICOEUR, 1976; RICOEUR, 1989).

No que diz respeito às narrativas, foram realizadas leituras exaustivas às transcrições das entrevistas das mulheres durante e após o contato com os diversos serviços de saúde com o intuito de identificar os eventos, reconhecer e se apropriar dos seus significados (unidades de significado) e buscar interrelações existentes entre eles.

As entrevistas constituíram os textos narrativos da pesquisa, sendo destacados como Entrevistado 1 (E1) e, assim, sucessivamente. Os grupamentos dos sujeitos segue a seguinte referência: E1 à E12 (apoiadores do Ministério da Saúde para Rede Cegonha, gestores do nível central e regional do Governo do estado do Ceará); E13 à E27 (profissionais de saúde); e, E28 à E68 (usuárias dos serviços).

4.7. Pressupostos éticos

O presente estudo respeitou os procedimentos éticos e esteve em conformidade com as normas do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 2012). Cabe esclarecer que o presente estudo foi considerado uma investigação com riscos mínimos, já que não foi realizada nenhuma intervenção que pudesse afetar fisiológica ou socialmente os indivíduos participantes. Contudo, a metodologia utilizada para a coleta de dados poderia ocasionar algum desconforto ou constrangimento, uma vez que investigamos sobre o contato de pacientes com os serviços durante a busca por acesso e atenção à saúde materna e infantil.

Em virtude de implicações legais e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. A utilização dos depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pelos pesquisadores.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE V: RESULTADOS E ANÁLISE



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

5.1. POTENCIAL REGIONAL DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO ESTADO DO CEARÁ

de serviços de Saúde Materna e Infantil no estado do Ceará

Têm sido bastante discutido, atualmente, acerca do potencial regional de oferta de serviços de saúde (serviços ambulatoriais e hospitalares) em redes. A organização e funcionamento dos serviços nesta perspectiva de redes constitui um princípio defendido no texto constitucional desde 1988 e está intimamente relacionado com a proposta de descentralização e regionalização.

Assim, na década de 90, houve um investimento no país acerca deste processo de garantir maior autonomia e independência de municípios e dos estados. Após este período de fortalecimento de cada uma destas esferas administrativas, foi dado ênfase à regionalização.

No setor da saúde, isso foi vivenciado por meio das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que adotaram um Plano Diretor de Regionalização (PDR) e oportunizaram a pactuação e programação dos serviços baseado em um espaço territorial mais abrangente. A partir disso, foram traçados fluxos de demanda e oferta de serviços tendo em vista uma referência regional para a saúde. Dentre as bases normativas que tratam desta temática, a Portaria nº 4.279 / 2010 evidenciou a regionalização como estratégia de gestão e eixo fundamental no processo de planejamento, programação e organização das ações e serviços de saúde. Aliado a isso, legitimou as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território+ (BRASIL, 2010a).

Nesta perspectiva, o movimento em prol da saúde esteve relacionado com a identificação de equipamentos de saúde com potencial de serviços que pudessem dar um suporte para as demandas identificadas em um mesmo município ou, de forma mais abrangente, em uma região de saúde. É importante salientar que a organização de um sistema de saúde deve ser orientado pela demanda e as propostas de oferta deveriam responder a esta necessidade. Contudo, há muitas fragilidades a serem superadas no que diz respeito a esta temática. Isso inclui o desconhecimento da demanda a ser atendida, a falta de planejamento e programação baseada em dados epidemiológicos, a dificuldade de avaliação da implantação de novos serviços e o impacto da adoção de novas estratégias de

so assumir um pensamento e planejamento coletivo

de atenção à demanda de forma solidária, integrada e articulada tendo em vista a garantia do nosso direito à saúde.

No Brasil, a demanda percebida em saúde materno e infantil, ainda, é motivo de preocupação. Apesar de grandes avanços no desenho das políticas públicas de saúde no país, os indicadores de mortalidade materna e infantil (componente neonatal) são elevados, principalmente, em relação aos países mais desenvolvidos (MORSE, 2011; TEIXEIRA; GOMES & SOUZA, 2012). Isso tem sido relacionado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de forma integral em cada agrupamento territorial, aliado à qualidade da atenção recebida por esta população.

Neste contexto, foram elaboradas estratégias específicas para fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. Este esforço tem sido apoiado por diversas políticas públicas ao longo dos anos, dentre elas: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2009); Rede Cegonha (2011); dentre outros.

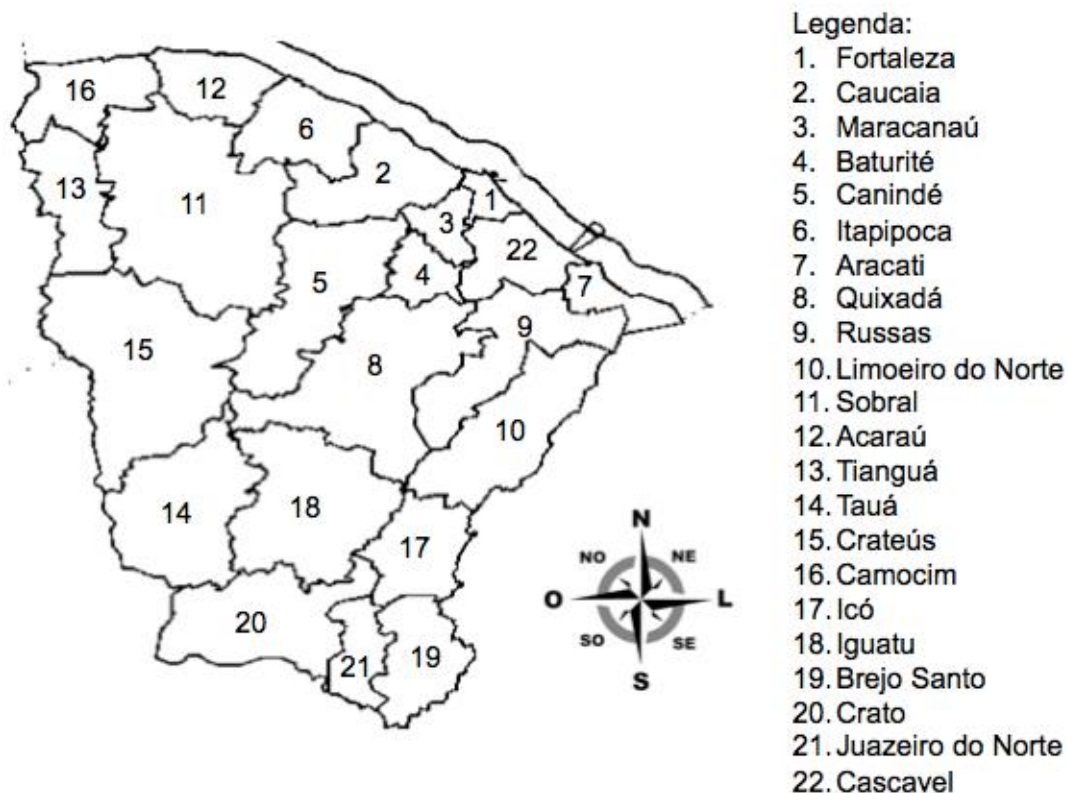
Mais recentemente, a formalização da Rede Cegonha (RC) se deu por meio da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta base normativa tratou deste processo de regionalização voltado para a saúde materna e infantil como estratégia que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, ainda, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; CAVALCANTI, 2013).

No estado do Ceará, além disso, foram traçadas estratégias assistenciais para a expansão da rede especializada em saúde com a implantação de Policlínicas e Hospitais Regionais. É possível que este cenário tenha sofrido mudanças relevantes, entretanto há a necessidade de realização de estudos que possam investigar este novo desenho da rede assistencial, as possibilidades de arranjos em prol do atendimento às necessidades de saúde, além do desempenho e impacto deste investimento na saúde materna e infantil.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

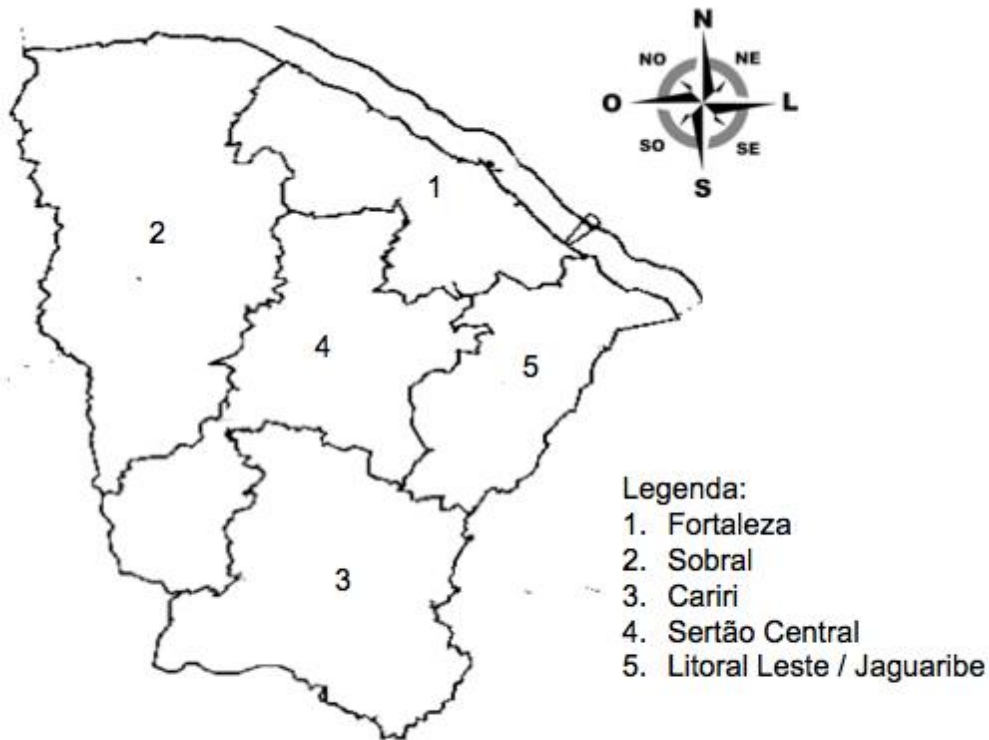
O Ceará conta, atualmente, com 22 regiões e 5 macrorregiões de saúde (Figuras 10 e 11). A divisão do estado em 22 regiões de saúde e 4 macrorregiões e, depois, em 5 macrorregiões de saúde foi assunto recente e consta nos PDR de 2011 e 2014, respectivamente. Esta divisão tem sido aperfeiçoada desde 1998, antes mesmo da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/01 que instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de organização do processo de regionalização (NORÕES, 2001; SAUTER; GIRARDON-PERLINI & KOPF, 2012).

Figura 8: Regiões de saúde do estado do Ceará.



Fonte: PDR, 2014.

do estado do Ceará.



Fonte:

PDR, 2014.

Naquela ocasião, havia somente 21 microrregiões de saúde organizadas em 3 macrorregiões (termos utilizados anteriormente). Cada uma destas microrregiões apresentavam como missão assegurar a gestão de políticas de saúde do estado, na promoção da assistência à saúde individual e coletiva por meio da articulação entre as diversas instâncias no sistema, visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (SILVA *et al.*, 2012).

A distribuição populacional atual (2015) e sua variação em relação ao ano de 2012 de todo o Ceará pode ser visualizado no Quadro 13.

agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará de acordo com quantitativo populacional estimado em 2012 e 2015 e variação.

| Dados sobre a abrangência territorial | | | | Dados sobre a população | | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | Número de Municípios | População em 2012 (estimativa) | População em 2015 (estimativa) | Variação entre os anos (%) |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 4 | 2.659.466 | 2.758.572 | 3,73 |
| | Caucaia | 02 ^a | 10 | 579.833 | 607.125 | 4,71 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 8 | 505.469 | 528.435 | 4,54 |
| | Baturité | 04 ^a | 8 | 134.586 | 137.894 | 2,46 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 7 | 279.227 | 291.215 | 4,29 |
| | Cascavel | 22 ^a | 7 | 303.373 | 319.044 | 5,17 |
| | Total | | 44 | 4.461.954 | 4.642.285 | 4,04 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 4 | 111.770 | 115.752 | 3,56 |
| | Russas | 09 ^a | 5 | 192.861 | 197.596 | 2,46 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 11 | 218.598 | 223.878 | 2,42 |
| | Total | | 20 | 523.229 | 537.226 | 2,68 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 24 | 618.044 | 638.065 | 3,24 |
| | Acarauá | 12 ^a | 7 | 215.753 | 224.703 | 4,15 |
| | Tianguá | 13 ^a | 8 | 300.736 | 311.344 | 3,53 |
| | Crateús | 15 ^a | 11 | 291.623 | 296.137 | 1,55 |
| | Camocim | 16 ^a | 5 | 151.100 | 155.024 | 2,60 |
| | Total | | 55 | 1.577.256 | 1.625.273 | 3,04 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 7 | 168.603 | 171.156 | 1,51 |
| | Iguatu | 18 ^a | 10 | 310.211 | 318.115 | 2,55 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 9 | 207.375 | 212.395 | 2,42 |
| | Crato | 20 ^a | 13 | 332.794 | 342.211 | 2,83 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | 6 | 404.505 | 418.541 | 3,47 |
| | Total | | 45 | 1.423.488 | 1.462.418 | 2,73 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 6 | 198.061 | 203.895 | 2,95 |
| | Quixadá | 08 ^a | 10 | 310.415 | 319.600 | 2,96 |
| | Tauá | 14 ^a | 4 | 111.602 | 113.762 | 1,94 |
| | Total | | 20 | 620.078 | 637.257 | 2,77 |

Fonte: DATASUS, 2016.

Este cenário justificaria a maior concentração de equipamentos de saúde nas regiões e macrorregiões de saúde com maior densidade populacional tendo em vista o plano de investimentos. Contudo, estes aspectos são insuficientes e é preciso considerar outros quesitos, quando se pensa em regionalização da saúde. Dentre estes quesitos, podemos citar: a disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros; qualidade dos serviços oferecidos; possibilidade de pactuação e programação de serviços de forma integrada; fluxo viário favorável; distância entre os municípios; etc.

Quando se fala sobre a disponibilidade de recursos humanos, por exemplo, é importante considerar que há dificuldades de concentração e fixação de profissionais qualificados longe dos grandes centros urbanos e de desenvolvimento. Existem políticas que tratam deste assunto especificamente, no entanto, não há uma mudança expressiva neste cenário. No estado do Ceará, alguns esforços foram

sito como a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do estado do Ceará (Hospitais Regionais, Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas Regionais), por exemplo; porém, ainda, são registradas dificuldades para a fixação profissional no que diz respeito a algumas especialidades.

Em se tratando da possibilidade de pactuação, alguns relatos demonstram que há dificuldade de consensos entre os gestores nas mais diversas instâncias. Isso estaria relacionado com fatores diversos que comprometem a qualificação dos gestores e que incluem um viés político-administrativo ou dificuldade de desenvolvimento de um pensamento coletivo e solidário.

No que diz respeito à distância a ser percorrida em busca da assistência especializada, alguns municípios como Santana do Cariri e Jardim, por exemplo, distam mais de 540km da capital e estão mais próximos de municípios do estado do Pernambuco. Neste sentido, vale a pena verificar se a região de saúde agrega potencial assistencial suficiente para a sua demanda populacional e / ou se seria interessante estreitar relações com o estado vizinho com a intenção de facilitar acesso a serviços de saúde específicos. Outros elementos como fluxo viário, facilidade de articulação política-administrativa, desenvolvimento socioeconômico, por exemplo, também deverão ser levados em consideração e devem orientar a construção destes arranjos.

No que diz respeito ao Índice FIRJAN percebemos uma tendência à melhoria deste índice em todo o estado (Quadros 14 e 15). Este crescimento quanto aos estágios de desenvolvimento demonstra o contato com um cenário favorável também para o crescimento de outros setores afins, além de possibilitar a adoção de estratégias que assegurem o direito à saúde e qualidade de vida de cada um dos membros das comunidades. No entanto, seria necessário um esforço maior na tentativa de traduzir estágios de desenvolvimento satisfatório para todos os municípios do estado do Ceará.

al de municípios do Ceará por Estágio de Desenvolvimento Geral (IFDM Geral) nos anos de 2006, 2011 e 2013.

| Estágio de Desenvolvimento Geral | Baixo (Municípios com IFDM entre 0,0 e 0,4) | Regular (Municípios com IFDM entre 0,4 e 0,6) | Moderado (Municípios com IFDM entre 0,6 e 0,8) | Alto (Municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0) | Total |
|----------------------------------|---|---|--|--|---------|
| Ano | | | | | |
| 2006 | 7,1 % | 85,3 % | 7,7 % | 0,0 % | 100,0 % |
| 2011 | 0,0 % | 39,7 % | 59,2 % | 1,1 % | 100,0 % |
| 2013 | 0,0 % | 28,3 % | 70,6 % | 1,1 % | 100,0 % |

Nota: em 2006, não havia dados em relação ao município de Ibicuitinga.

Fonte: IFDM, 2016.

Os agrupamentos territoriais são apresentados no Quadro 8. De todos os 184 municípios do estado, 87,4% (n= 160) se mantiveram nos estágios de desenvolvimento baixo ou regular.

Quadro 8: Registro percentual de municípios por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará com Estágio de Desenvolvimento Geral (IFDM Geral) baixo ou regular em 2006, 2011 e 2013.

| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | 2006 | 2011 | 2013 |
|-------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Caucaia | 02 ^a | 60,0 | 20,0 | 20,0 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 62,5 | 12,5 | 12,5 |
| | Baturité | 04 ^a | 87,5 | 25,0 | 12,5 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 85,7 | 14,3 | 42,9 |
| | Cascavel | 22 ^a | 85,7 | 14,3 | 14,3 |
| | Total | | 72,7 | 15,9 | 18,2 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 25,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Russas | 09 ^a | 80,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 90,9 | 27,3 | 9,1 |
| | Total | | 75,0 | 15,0 | 5,0 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 95,8 | 25,0 | 12,5 |
| | Acaraú | 12 ^a | 85,7 | 14,3 | 14,2 |
| | Tianguá | 13 ^a | 100,0 | 12,5 | 0,0 |
| | Crateús | 15 ^a | 100,0 | 72,7 | 54,6 |
| | Camocim | 16 ^a | 100,0 | 60,0 | 60,0 |
| | Total | | 96,4 | 34,6 | 23,6 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 100,0 | 85,7 | 57,1 |
| | Iguatu | 18 ^a | 100,0 | 70,0 | 50,0 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 100,0 | 44,4 | 22,2 |
| | Crato | 20 ^a | 100,0 | 53,9 | 46,2 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | | | |
| | Total | | 95,6 | 57,8 | 40,0 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 83,3 | 50,0 | 50,0 |
| | Quixadá | 08 ^a | 80,0 | 30,0 | 30,0 |
| | Tauá | 14 ^a | 100,0 | 75,0 | 25,0 |
| | Total | | 85,0 | 45,0 | 35,0 |

Nota: em 2006, não havia dados em relação ao município de Ibicuitinga.

Fonte: IFDM, 2016.

aleza e Litoral Leste/Jaguaribe mantiveram o menor percentual de municípios com Estágio de Desenvolvimento baixo ou regular. Já a macrorregião do Cariri, apesar da redução percentual de municípios nos estágios baixo ou regular, manteve os maiores registros no estado do Ceará, de 57,8% e 40,0%, respectivamente. Isto sugere um maior investimento nesta macrorregião na tentativa de superar as fragilidades socioeconômicas.

Quanto aos Estágios de Desenvolvimento na Saúde, observamos melhores resultados em 2011 e 2013 com 23,4 % e 30,4 % dos municípios, respectivamente, com índices de alto desenvolvimento (Quadro 16). Estes resultados colocaram as regiões de saúde do Ceará em destaque no ranking nacional.

Quadro 9: Registro percentual de municípios do Ceará por Estágio de Desenvolvimento na Saúde (IFDM saúde) nos anos de 2006, 2011 e 2013.

| Estágio de Desenvolvimento na Saúde | Baixo (Municípios com IFDM entre 0,0 e 0,4) | Regular (Municípios com IFDM entre 0,4 e 0,6) | Moderado (Municípios com IFDM entre 0,6 e 0,8) | Alto (Municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0) | Total |
|--|---|---|--|--|--------------|
| Ano | | | | | |
| 2006 | 14,2 % | 53,0 % | 32,2 % | 0,6 % | 100,0 % |
| 2011 | 0,5 % | 9,2 % | 66,9 % | 23,4 % | 100,0 % |
| 2013 | 0,0 % | 5,5% | 64,1 % | 30,4 % | 100,0 % |

Nota: em 2006, não havia dados em relação ao município de Ibicuitinga.
Fonte: IFDM, 2016.

Ao analisar este índice por agrupamento territorial, podemos perceber que as macrorregiões do Litoral Leste /Jaguaribe e do Sertão Central já não registraram municípios com estágio baixo ou regular para o eixo saúde desde 2011. Dados por regiões de saúde foram apresentados no Quadro 17. Isso também demonstra o esforço de cada um dos municípios em garantir acesso aos serviços de saúde e transformar uma realidade que antes era frágil e repleta de iniquidades.

de municípios por agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará com Estágio de Desenvolvimento na Saúde (IFDM Saúde) baixo ou regular em 2006, 2011 e 2013.

| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | 2006 | 2011 | 2013 |
|-------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Caucaia | 02 ^a | 20,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 62,5 | 12,5 | 0,0 |
| | Baturité | 04 ^a | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 71,4 | 14,3 | 14,3 |
| | Cascavel | 22 ^a | 85,7 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | | 54,6 | 4,6 | 2,3 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Russas | 09 ^a | 60,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 63,6 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 50,0 | 4,2 | 12,5 |
| | Acaraú | 12 ^a | 71,4 | 0,0 | 14,3 |
| | Tianguá | 13 ^a | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Crateús | 15 ^a | 90,9 | 45,5 | 9,1 |
| | Camocim | 16 ^a | 100,0 | 40,0 | 40,0 |
| | Total | | 65,5 | 14,6 | 12,7 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 100,0 | 14,3 | 14,3 |
| | Iguatu | 18 ^a | 100,0 | 11,1 | 0,0 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 66,7 | 22,2 | 0,0 |
| | Crato | 20 ^a | 100,0 | 30,8 | 7,7 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | 16,7 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | | 80,0 | 17,8 | 4,4 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Quixadá | 08 ^a | 50,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Tauá | 14 ^a | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Total | | 75,0 | 0,0 | 0,0 |

Nota: em 2006, não havia dados em relação ao município de Ibicuitinga.

Fonte: IFDM, 2016.

É importante ressaltar que o IFDM Geral e da Saúde guarda estreita relação com os debates em torno da mensuração da qualidade de vida. Constitui uma ferramenta que não se resume à esfera econômica e, por isso, é bastante complexa. Neste sentido, devemos observar seu registro com um olhar diferenciado.

Sendo assim, quando falamos que, em 2013, a maior parcela dos municípios cearenses (54,9%) esteve abaixo da média brasileira, que era de 0,76 para o IFDM Saúde (FIRJAN, 2015), não podemos desconsiderar a necessidade de elaboração de políticas públicas apropriadas que assegurem melhoria da qualidade de vida de sua população.

É importante mencionar que a maior concentração de pessoas em torno de poucos municípios no estado com diferentes estágios de desenvolvimento geral e de saúde não implica, necessariamente, em uma rede assistencial com estrutura adequada, pontos de atenção à saúde articulados e com comunicação efetiva. Isso

organização de fluxos dentro destas regiões que permita o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, equitativa e integral. Contudo, o desafio parece enorme frente a diversidade socioeconômica e cultural que o estado do Ceará apresenta.

No que diz respeito ao contexto e cenário social, desde 2003, o Brasil vivencia o Programa Bolsa Família. Isso deve ser observado criteriosamente no nosso estudo, uma vez que esta ação poderá interferir e modificar o comportamento das famílias e comunidades, em níveis diferentes, em cada região de saúde.

O Programa Bolsa Família está relacionado com a ajuda social das famílias que estão vivenciando uma situação de pobreza (famílias com renda mensal de até R\$ 154,00 por pessoa . valores referenciados em janeiro de 2016) ou de extrema pobreza (famílias com renda mensal de até R\$ 77,00 por pessoa). Os valores desses benefícios podem variar bastante de acordo com a situação vivenciada pelas famílias. Conta com um componente básico (benefício básico) no valor de R\$ 77,00 por mês e um componente variável (benefício variável) oferecido às famílias que possuam em sua composição mulheres grávidas, mães que se encontram em fase de amamentação e/ou crianças e adolescentes entre 0 e 16 anos de idade. O valor deste componente pode chegar a R\$ 175,00, referente a, no máximo, cinco vezes o valor de R\$ 35,00 (base do cálculo a ser acrescido de acordo com a presença de algum quesito anteriormente apresentado). A lei prevê ainda que o valor do benefício do Programa Bolsa Família poderá ser complementado pelos estados, DF e municípios, dependendo do termo de cooperação firmado (BRASIL, 2006a).

Em se tratando do comportamento das famílias em relação aos serviços de saúde, este Programa determina que gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos sejam acompanhadas pelas equipes de saúde em consultas periódicas e sejam avaliadas quanto ao ponto de vista nutricional, mantenham o esquema de vacinação em dia e, ainda, participem das atividades educativas sobre saúde e nutrição. No que tange à educação, é exigida frequência escolar de 85% das crianças e adolescentes na faixa entre 6 e 15 anos. O não cumprimento destas condicionalidades implica em uma série de sanções, que vão desde o bloqueio do benefício por 30 dias até o seu cancelamento.

A proporção de famílias beneficiadas pelo Programa é bastante expressiva, com aumento de 2006 até 2011 e estabilização do quantitativo até 2015 (Quadro 18). A região do Sertão Central, por exemplo, apresenta as maiores proporções

5 com um total de 50,7% de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Isso significa dizer que cerca de 50% das famílias estavam em situação de vulnerabilidade, mas, em contrapartida, apresentavam uma maior oportunidade de contato com as equipes de saúde e em práticas educativas ocasionadas pelo Programa. Isso aumentava a possibilidade de uma integração maior entre estas famílias com estes dois setores (saúde e educação), mas não garantia qualidade da atenção. Acreditamos que isso deve ser investigado ao longo do tempo, a fim de evitar mecanização desta inovação no padrão histórico brasileiro de intervenção pública na área social.

Quadro 11: Proporção de famílias com benefício social (Bolsa Família) de acordo com o agrupamento territorial (região e macrorregião de saúde) do estado do Ceará em 2006, 2011 e 2015.

| Agrupamento territorial | | | Proporção (%) de famílias com benefício social (Bolsa Família) | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------|--|-------------|-------------|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | 2006 | 2011 | 2015 |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 26,1 | 41,9 | 37,4 |
| | Caucaia | 02 ^a | 30,5 | 38,0 | 41,9 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 28,8 | 39,9 | 40,0 |
| | Baturité | 04 ^a | 33,4 | 41,3 | 45,9 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 39,8 | 51,0 | 60,4 |
| | Cascavel | 22 ^a | 28,2 | 40,0 | 39,9 |
| Total | | | 29,0 | 41,5 | 40,7 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 30,4 | 40,5 | 42,2 |
| | Russas | 09 ^a | 34,2 | 41,1 | 43,0 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 33,2 | 41,0 | 39,2 |
| | Total | | | 33,0 | 40,9 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 31,7 | 37,7 | 38,3 |
| | Acaraú | 12 ^a | 33,1 | 46,9 | 54,0 |
| | Tianguá | 13 ^a | 34,2 | 48,1 | 50,1 |
| | Crateús | 15 ^a | 37,3 | 44,2 | 44,0 |
| | Camocim | 16 ^a | 37,2 | 46,6 | 55,7 |
| Total | | | 34,0 | 42,8 | 45,1 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 40,1 | 45,4 | 47,2 |
| | Iguatu | 18 ^a | 32,2 | 41,2 | 39,2 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 35,6 | 50,7 | 49,1 |
| | Crato | 20 ^a | 35,1 | 45,6 | 48,0 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | 30,1 | 37,8 | 44,7 |
| Total | | | 33,8 | 43,1 | 45,2 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 38,7 | 49,7 | 54,3 |
| | Quixadá | 08 ^a | 36,0 | 47,2 | 52,1 |
| | Tauá | 14 ^a | 38,8 | 47,9 | 41,3 |
| Total | | | 37,4 | 48,0 | 50,6 |

FONTE: SIAB, 2016; SAGE, 2016.

Diante deste contexto demográfico e de desenvolvimento socioeconômico municipal, partimos para a análise da rede assistencial e dos pontos de atenção relevantes para o cuidado à saúde materna e infantil. Vale mencionar que o

úde foi apontado por alguns autores como comprometido em virtude da dificuldade de investimentos no setor, do aumento dos custos da assistência, principalmente, à nível hospitalar, assim como indisponibilidade e distribuição desigual de recursos humanos que sustentem a organização e funcionamento em redes e dificuldade de promover maior integração dos diversos serviços (CECÍLIO, 2001).

Isso tem gerado um descompasso no sistema de saúde que vêm se caracterizando como frágil e, ainda, centralizado. Aliado a isso, não responde à necessidade de integração dos serviços e não atende à demanda da população numa perspectiva regionalizada (RIVERA, 1997; ARTMANN, 2003; RIVERA; ARTMANN, 2003; LIMA, 1994).

A região de saúde, como um espaço estratégico, potencializa a concentração dos recursos e tende a possibilitar articulação e integração dos serviços de saúde disponíveis. No entanto, é preciso concentrar recursos múltiplos para que isso seja materializado em todos os níveis de atenção.

O ponto de partida para a análise deste potencial seria mesmo a cobertura populacional das equipes de Saúde da Família. A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como eixo de estruturação do atual modelo de atenção à saúde. Quanto à caracterização das regiões de saúde, podemos observar uma tendência crescente. O estado do Ceará tem superado a média brasileira ao longo dos anos. Em 2002, a cobertura populacional no Ceará já era de 54,7%, enquanto no Brasil era registrado 31,9% (SAGE, 2016). Em 2006, foi registrada cobertura de 62,9% da população cearense e nos anos de 2011 e 2015, estes valores passaram para 69,3 e 79,9%, respectivamente; enquanto o Brasil encerrou o ano de 2015 com uma cobertura populacional de 60,7% (SAGE, 2016).

Foram cadastradas 2.397 equipes de Saúde da Família no Ceará em 2015 (SAGE, 2016). Entre os anos de 2002 e 2015, houve um aumento expressivo de 96,9% no quantitativo de equipes.

De fato, o investimento na APS é indiscutível e a ampliação de cobertura em áreas antes sem acompanhamento adequado tem repercutido decisivamente na qualidade de vida das pessoas. No entanto, isso tem gerado uma pressão por serviços especializados, de média e alta complexidade. Neste sentido, há a necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo, incluindo a

gulação, a definição de apoio logístico e transporte, além da racionalização no uso dos leitos.

Quanto à atenção hospitalar, reconhecemos uma crise no setor decorrente de um conjunto de problemas. Aqui, estão relacionadas várias dimensões de ordem política, financeira, assistencial, organizacional e de gestão (BRASIL, 2004e). A dimensão organizacional está relacionada ao quantitativo da rede hospitalar, carteira de serviços, constituição territorial e forma de integração com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Isso deve ser observado em qualquer análise assistencial em redes.

No Ceará, percebemos algumas inconsistências quanto ao potencial assistencial relacionado à saúde materna e infantil. Isso incluiu tanto a heterogeneidade de equipamentos e serviços que estavam disponíveis para a população, como também a redução do número de leitos para atender esta demanda em cada uma das regiões de saúde.

No que diz respeito à heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis, analisamos cada uma das regiões de saúde a partir de seis níveis. O primeiro deles esteve relacionado somente com a oferta de pré-natal de risco habitual, e, nesse quesito, uma região de saúde do estado do Ceará (Camocim) esteve restrita somente a este serviço, ainda, em fevereiro de 2012. Isso já colocava esta região com uma demanda de integração e articulação a uma outra na tentativa de garantir o acesso à saúde de forma oportuna e adequada.

O Quadro 19 e a figura 12 mostram a classificação das regiões de saúde em níveis dos equipamentos de saúde pactuados. Aqui, foi importante dimensionar se a quantidade de leitos, por exemplo, estaria em quantitativo suficiente para atender toda a demanda. Com o Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha, que compreendia o período de 2012 à 2015, foram realizadas projeções que atendessem a este tipo de necessidade. Este planejamento relacionava pelo menos uma região de saúde com o nível máximo para o potencial assistencial da saúde materna e infantil (nível 6). Contudo, esta meta não pode ser observada na maioria destas regiões.

Em quase todas as outras regiões de saúde, reconhecemos inconsistências que incluíram a redução do número de leitos SUS, informações insuficientes disponibilizadas no banco de dados do SCNES, municípios que realizavam parto / nascimento de gestação de alto risco e não realizavam parto / nascimento de

por complexidade), por exemplo. Ao observar este tipo de informação, foram preservados os procedimentos mais complexos e registrado o nível de caracterização do potencial assistencial acrescido do termo %com inconsistência+.

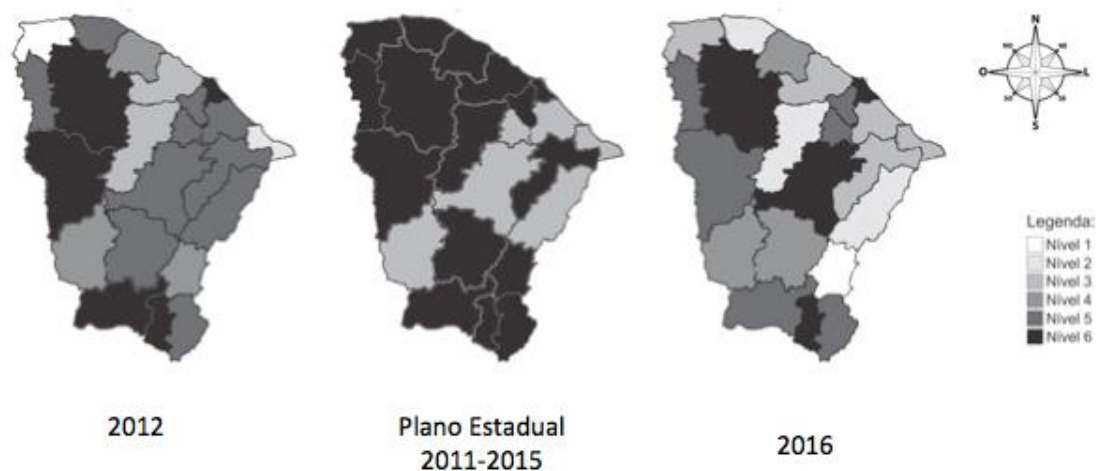
Quadro 12: Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | | Período | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|---|----------------------------|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | Situação anterior (fev-2012) | Meta prevista no Plano de Ação Estadual (2012 ã 2015) | Situação atual (jan-2016) |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | Nível 6 | Nível 6 | Nível 6 |
| | Caucaia | 02 ^a | Nível 3 | Nível 6 | Nível 3 com inconsistência |
| | Maracanaú | 03 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 6 | Nível 5 com inconsistência |
| | Baturité | 04 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 3 | Nível 5 com inconsistência |
| | Itapipoca | 06 ^a | Nível 4 com inconsistência | Nível 6 | Nível 4 |
| | Cascavel | 22 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 3 | Nível 3 com inconsistência |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | Nível 2 | Nível 3 | Nível 3 |
| | Russas | 09 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 6 | Nível 3 com inconsistência |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 3 | Nível 2 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | Nível 6 | Nível 6 | Nível 6 |
| | Acaraú | 12 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 6 | Nível 2 |
| | Tianguá | 13 ^a | Nível 5 | Nível 6 | Nível 5 |
| | Crateús | 15 ^a | Nível 6 | Nível 6 | Nível 5 |
| | Camocim | 16 ^a | Nível 1 | Nível 6 | Nível 3 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | Nível 4 com inconsistência | Nível 6 | Nível 1 |
| | Iguatu | 18 ^a | Nível 5 | Nível 6 | Nível 4 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | Nível 5 | Nível 6 | Nível 5 |
| | Crato | 20 ^a | Nível 6 | Nível 6 | Nível 5 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | Nível 6 | Nível 6 | Nível 6 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | Nível 3 com inconsistência | Nível 6 | Nível 1 |
| | Quixadá | 08 ^a | Nível 5 com inconsistência | Nível 3 | Nível 6 |
| | Tauá | 14 ^a | Nível 4 com inconsistência | Nível 3 | Nível 4 com inconsistência |

Fonte: CNES, 2016.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS (2012-2016).



Fonte: CNES, 2016.

Na região de saúde de Fortaleza, por exemplo, maior referência assistencial para o estado, apesar de permanecer com o nível máximo relacionado ao potencial assistencial para a saúde materna e infantil (nível 6), percebemos uma redução do número de leitos SUS relacionados ao campo Cirúrgico da Ginecologia (14,3%), Clínico da Neonatologia (14,3%), Unidades Intermediária Neonatal (41,9%), UTI Adulto (4,1%), leitos de Obstetrícia Cirúrgica (8,0%), leitos de Obstetrícia Clínica (10,1%) e leitos Pediatria Clínica (9,9%). Nesta região, houve aumento apenas quanto ao número de leitos de UTI Pediátrica (31,9%) e UTI Neonatal (11,765%). Vale comentar, aqui, que se a redução do número de leitos estiver relacionada com a redistribuição espacial na região de saúde, acreditamos que o problema estaria amenizado, uma vez que se trata da área de maior fluxo assistencial no estado. De fato, a distribuição dos leitos precisa ser racionalizada e o seu quantitativo deve ser criteriosamente discutido em colegiados gestores tendo em vista a garantia do acesso aos serviços pela população e a atenção ao crescimento populacional que afeta este espaço geográfico.

Se considerarmos a Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2012 que aponta os parâmetros para o quantitativo de leitos obstétricos e pediátricos, podemos ter uma percepção mais abrangente da distribuição de leitos por agrupamentos territoriais (regiões e macrorregiões de saúde). Para esta análise, consideramos o parâmetro de 0,28 leitos obstétricos e 0,41 leitos pediátricos por mil habitantes. Para cada um

os ou pediátricos) foram somados os leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis do SUS. A partir disso, observamos a seguinte situação: suficiência de leitos obstétricos nas macrorregiões do Litoral Leste / Jaguaribe, Cariri e Sertão Central (Quadro 20); e, insuficiência de leitos pediátricos em todas as macrorregiões de saúde (Quadro 21).

A macrorregião de saúde de Fortaleza apresentou maior preocupação quanto à suficiência deste tipo de leito, uma vez que agregava um grande quantitativo populacional descoberto. Na tentativa de superar este tipo de problema, a gestão pública foi tensionada a estabelecer convênios ou contratos com outras instituições tendo em vista a garantia do direito à saúde de sua população. Esta tem sido uma estratégia possível diante deste cenário apresentado. Resta saber mais sobre o impacto financeiro que isso implica e as medidas de controle que incluem uma investigação sobre a qualidade dos equipamentos e serviços oferecidos.

Quadro 13: Proporção de leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos) do SUS de acordo com o parâmetro estabelecido na Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2012 no estado do Ceará nos anos de 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | | Período | |
|-------------------------|-------------------|-----------------|---|---|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | Proporção (%) de leitos obstétricos em 2012 (fevereiro) | Proporção (%) de leitos obstétricos em 2016 (janeiro) |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 78,5 | 68,7 |
| | Caucaia | 02 ^a | 53,0 | 83,5 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 89,7 | 85,8 |
| | Baturité | 04 ^a | 106,1 | 111,4 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 79,3 | 77,2 |
| | Cascavel | 22 ^a | 87,1 | 61,6 |
| | TOTAL | | 77,9 | 73,9 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 111,8 | 83,3 |
| | Russas | 09 ^a | 120,4 | 133,7 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 122,5 | 106,8 |
| | TOTAL | | 119,4 | 111,6 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 99,4 | 109,1 |
| | Acaraú | 12 ^a | 96,0 | 92,2 |
| | Tianguá | 13 ^a | 100,9 | 87,1 |
| | Crateús | 15 ^a | 90,6 | 88,0 |
| | Camocim | 16 ^a | 78,0 | 80,6 |
| | TOTAL | | 95,5 | 96,0 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 171,5 | 102,2 |
| | Iguatu | 18 ^a | 112,8 | 101,0 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 106,7 | 110,9 |
| | Crato | 20 ^a | 123,4 | 114,8 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | 79,4 | 88,7 |
| | TOTAL | | 111,9 | 102,3 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 84,7 | 80,6 |
| | Quixadá | 08 ^a | 105,8 | 141,9 |
| | Tauá | 14 ^a | 112,01 | 87,90 |
| | TOTAL | | 100,22 | 112,65 |

Fonte: SCNES, 2016.

leitos pediátricos (Quadro 21), podemos considerar algumas regiões de saúde com quantitativo suficiente para a sua população. Estas regiões começaram a adquirir maior destaque quanto ao potencial assistencial, uma vez que agregaram maior número de equipamentos, serviços e leitos para a demanda de saúde materna e infantil no estado do Ceará. Acreditamos que a tendência para o fluxo assistencial no estado obedece estas regiões. Isso deve ser atentado, uma vez que poderá sobrecarregar a sua capacidade de trabalho e inviabilizar o acesso das pessoas aos serviços.

Quadro 14: Proporção de leitos pediátricos (clínicos e cirúrgicos) do SUS de acordo com o parâmetro estabelecido na Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2012 no estado do Ceará nos anos de 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | | Período | |
|-------------------------|-------------------|-----------------|---|---|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | Proporção (%) de leitos pediátricos em 2012 (fevereiro) | Proporção (%) de leitos pediátricos em 2016 (janeiro) |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | 73,2 | 65,7 |
| | Caucaia | 02 ^a | 29,9 | 47,0 |
| | Maracanaú | 03 ^a | 34,2 | 31,8 |
| | Baturité | 04 ^a | 81,5 | 81,3 |
| | Itapipoca | 06 ^a | 50,6 | 45,2 |
| | Cascavel | 22 ^a | 56,2 | 32,9 |
| | TOTAL | | 60,8 | 56,3 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Aracati | 07 ^a | 50,2 | 59,0 |
| | Russas | 09 ^a | 87,2 | 99,9 |
| | Limoeiro do Norte | 10 ^a | 120,5 | 110,0 |
| | TOTAL | | 93,2 | 95,3 |
| SOBRAL | Sobral | 11 ^a | 93,9 | 93,6 |
| | Acaraú | 12 ^a | 65,6 | 65,1 |
| | Tianguá | 13 ^a | 59,2 | 59,5 |
| | Crato | 15 ^a | 76,9 | 65,9 |
| | Camocim | 16 ^a | 62,9 | 64,5 |
| | TOTAL | | 77,3 | 75,3 |
| CARIRI | Icó | 17 ^a | 101,2 | 66,9 |
| | Iguatu | 18 ^a | 86,5 | 88,2 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | 191,7 | 167,6 |
| | Crato | 20 ^a | 76,2 | 67,0 |
| | Juazeiro do Norte | 21 ^a | 95,3 | 76,9 |
| | TOTAL | | 103,6 | 89,0 |
| SERTÃO CENTRAL | Canindé | 05 ^a | 75,1 | 71,8 |
| | Quixadá | 08 ^a | 110,8 | 98,4 |
| | Tauá | 14 ^a | 67,7 | 49,3 |
| | TOTAL | | 91,6 | 81,1 |

Fonte: SCNES, 2016.

Se a análise por região de saúde apresentou inconsistências, a investigação em uma perspectiva macrorregional daria condição para o acesso a um rol maior de serviços. Contudo, isso exigiria, dentre outras coisas, a forma de organização do sistema de saúde e atenção aos princípios de regionalização e hierarquização, além

ção, comunicação e articulação entre os serviços, apoio logístico e pessoal qualificado, já mencionados anteriormente.

A regionalização e a hierarquização pressupõe a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, a qual possibilitaria um acesso mais adequado da população e do atendimento de suas necessidades, bem como a racionalização dos recursos. A hierarquização pressupõe, ainda, o reconhecimento da capacidade dos diferentes níveis em atender determinados problemas, bem como a insuficiência para outro conjunto de cuidados em saúde. Isto justifica a necessidade de articulação e integração dos componentes da rede, por meio da incorporação de mecanismos de referência e contra-referência, para dar conta dos problemas de saúde da população.

A interrelação e a cooperação, bem como a complementaridade permitem construir redes e formas contínuas de trabalho entre as organizações e dentro delas. Já não se concebem organizações de saúde que para alcançar seus fins não se articulem em redes internas e externas (OPAS, 2004:46).

A perspectiva de integração com a Rede de Urgências e Emergências foi uma estratégia do Governo do Estado do Ceará para atender à reorganização e funcionamento desses serviços no âmbito do SUS. No Brasil, este tipo de demanda já havia sido contemplada na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), ainda, em 2003, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) uma das estratégias de implementação dessa política (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b).

O SAMU foi baseado no modelo francês e é composto por uma Central de Regulação Médica de Urgências e pelo componente assistencial, que comporta as ambulâncias básicas e avançadas. A Central de Regulação deve receber, avaliar e estratificar os casos de acordo com a gravidade, seja no domicílio ou em qualquer espaço público. Neste sentido, representa uma porta de comunicação aberta ao público e possibilita a estruturação da relação entre os serviços, assim como a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências (BRASIL, 2004f).

No que diz respeito ao serviço de apoio às urgências, no Ceará, podemos observar situações diversas em fevereiro de 2012 e janeiro de 2016. No primeiro momento, registramos 35 unidades móveis de nível pré-hospitalar distribuídos em apenas sete municípios. Logo, 16 regiões de saúde não contavam com este tipo de serviço e se apresentavam como nível 0 (Quadro 22).

que a Central de Regulação Médica das Urgências só estava presente em dois municípios, Fortaleza (1ª Região de Saúde) e Sobral (11ª Região de Saúde). Nenhuma outra região de saúde do estado do Ceará contava com este tipo de serviço.

Vale lembrar que, neste período, já havia passado nove anos da formalização da PNAU, mas o Ceará, ainda, encontrava dificuldades em relação à sua operacionalização. Além disso, o fato de não haver uma retaguarda suficiente em relação ao quantitativo de leitos hospitalares qualificados, tanto de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) como de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI), bem como mecanismos de referência e contra-referência e regulação adequada. Isso inviabilizava, sobremaneira, a estrutura das redes.

Quadro 15: Caracterização do potencial assistencial das regiões e macrorregiões de saúde do estado do Ceará quanto aos serviços de apoio à urgência do SUS em 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | | Período | |
|-------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|
| Macrorregião de Saúde | Região de Saúde | CIR | Situação anterior (fev-2012) | Situação atual (jan-2016) |
| FORTALEZA | Fortaleza | 01 ^a | Nível 3 | Nível 3 |
| | Caucaia | 02 ^a | Nível 1 | Nível 2 |
| | Maracanaú | 03 ^a | Nível 1 | Nível 2 |
| | Baturité | 04 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Itapipoca | 06 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | Cascavel | 22 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Aracati | 07 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Russas | 09 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| SOBRAL | Limoeiro do Norte | 10 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Sobral | 11 ^a | Nível 1 | Nível 3 |
| | Acaraú | 12 ^a | Nível 0 | Nível 1 |
| | Tianguá | 13 ^a | Nível 0 | Nível 0 |
| | Crato | 15 ^a | Nível 0 | Nível 0 |
| CARIRI | Camocim | 16 ^a | Nível 0 | Nível 0 |
| | Icó | 17 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Iguatu | 18 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Brejo Santo | 19 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Crato | 20 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| SERTÃO CENTRAL | Juazeiro do Norte | 21 ^a | Nível 1 | Nível 3 |
| | Canindé | 05 ^a | Nível 1 | Nível 2 |
| | Quixadá | 08 ^a | Nível 0 | Nível 2 |
| | Tauá | 14 ^a | Nível 0 | Nível 1 |

Fonte: CNES, 2016.

Já em 2016, percebemos um cenário diferente. Dos 184 municípios do estado do Ceará, 65 deles já contavam com unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência. Foram registrados 136 equipamentos em 19 regiões de saúde.

Central de Regulação Médica das Urgências, só foram observados quatro unidades presentes em quatro municípios. Duas macrorregiões de saúde ainda não contam com este tipo de serviço.

Em se tratando da classificação proposta a partir da presença destes equipamentos nas regiões de saúde, percebemos que três regiões de saúde (Tinguá, Crateús e Camocim) permaneceram sem cobertura. Todas estas regiões de saúde fazem parte da mesma macrorregião (Sobral) e isso representou grande preocupação, quanto ao apoio às urgências, uma vez que sobrecarregava este município quanto a este tipo de demanda.

Apesar do aumento do número de equipamentos disponíveis para esta finalidade, não significa dizer que foi proporcionado um maior acesso a este tipo de serviço. É bem provável que um maior número de pessoas tenha a oportunidade de acessar estes recursos, mas entendemos que é preciso um esforço concentrado em articular melhor os serviços em redes. Se não há retaguarda suficiente para o seguimento de cada um dos casos, é impossível garantir a resolutividade. Este é um dos desafios constantes de gestores, profissionais de saúde e usuários diante da gestão do SUS.

Com base nessa realidade, O'Dwyer (2010) propõe um maior investimento em sistemas regionalizados. Menciona, a partir disso, a adoção de algumas estratégias, a saber: referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalização do acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos; integração dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e equipe qualificada e a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação através dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU).

Ao reconhecer a dificuldade de assegurar os equipamentos de saúde e serviços necessários para a manutenção da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil nas regiões de saúde, bem como outros problemas de organização e funcionamento dos serviços, foram formados outros tipos de agrupamentos territoriais envolvendo duas ou mais regiões de saúde no estado do Ceará. Esta nova conformação já foi incorporada pelo estado do Ceará tanto no Plano de Ação

...a (2012 à 2015), como também nos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP).

Assim, das 22 regiões de saúde do estado do Ceará, foram formalizadas 17 propostas de Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha), sendo 13 delas contando com regiões de saúde independentes e quatro com regiões de saúde combinadas.

A partir desta nova conformação, foi possível analisar o potencial assistencial com base nos serviços de saúde materna e infantil e, também, nos serviços de apoio à urgência do SUS em 2012 e 2016, conforme demonstrado anteriormente em cada uma das regiões de saúde (Quadros 23 e 24; Figura 13).

Se analisarmos os níveis de desenvolvimento de cada rede modelada, poderemos perceber um cenário diferente, uma vez que o novo agrupamento permite que seja incorporada uma nova perspectiva àquela região de saúde em que havia sido elencadas fragilidades.

No entanto, ainda não podemos afirmar que isso garante o acesso aos serviços. Serão necessárias estratégias diferentes para garantir o contato da população com este tipo de serviço, agora, numa perspectiva ampliada de diferente dimensionamento demográfico e espacial, além de contextos técnico-administrativos diversos.

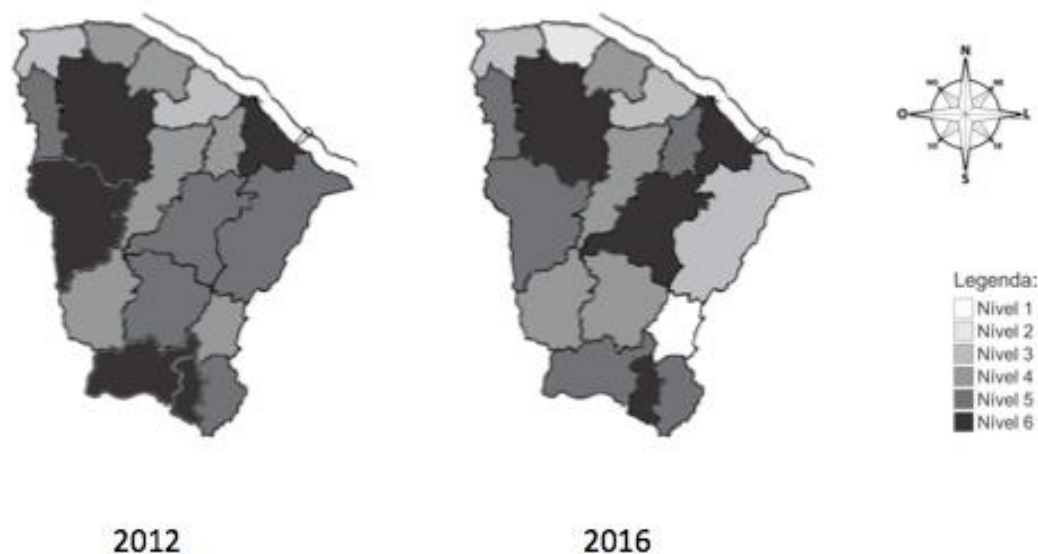
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | Período | |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Macrorregião de Saúde | Rede Cegonha (RC) | Situação anterior (fev-2012) | Situação atual (jan-2016) |
| FORTALEZA | RC Fortaleza-Cascavel | Nível 6 | Nível 6 |
| | RC Caucaia | Nível 3 | Nível 3 com inconsistência |
| | RC Maracanaú-Baturité | Nível 5 | Nível 5 com inconsistência |
| | RC Itapipoca | Nível 4 com inconsistência | Nível 4 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | RC Russas-Aracati-Limoeiro do Norte | Nível 5 | Nível 3 com inconsistência |
| SOBRAL | RC Sobral | Nível 6 | Nível 6 |
| | RC Acaraú | Nível 4 | Nível 2 |
| | RC Tianguá | Nível 5 | Nível 5 |
| | RC Crateús | Nível 6 | Nível 5 |
| | RC Camocim | Nível 3 com inconsistência | Nível 3 |
| CARIRI | RC Icó | Nível 4 com inconsistência | Nível 1 com inconsistência |
| | RC Iguatu | Nível 5 | Nível 4 |
| | RC Brejo Santo | Nível 5 | Nível 5 |
| | RC Crato | Nível 6 | Nível 5 |
| SERTÃO CENTRAL | RC Juazeiro do Norte | Nível 6 | Nível 6 |
| | RC Canindé-Tauá | Nível 4 com inconsistência | Nível 4 |
| | RC Quixadá | Nível 5 | Nível 6 |

FONTE: SCNES, 2016.

Figura 11: Caracterização do potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) do estado do Ceará quanto aos serviços de saúde materna e infantil do SUS em 2012 e 2016.



FONTE: SCNES, 2016.

potencial assistencial das Redes de Atenção à Saúde materno e infantil do estado do Ceará quanto aos serviços de apoio à urgência do SUS em 2012 e 2016.

| Área de Abrangência | | Período | |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Macrorregião de Saúde | Rede Cegonha (RC) | Situação anterior (fev-2012) | Situação atual (jan-2016) |
| FORTALEZA | RC Fortaleza-Cascavel | Nível 3 | Nível 3 |
| | RC Caucaia | Nível 1 | Nível 2 |
| | RC Maracanaú-Baturité | Nível 1 | Nível 2 |
| | RC Itapipoca | Nível 0 | Nível 2 |
| LITORAL LESTE/JAGUARIBE | RC Russas-Aracati-Limoeiro do Norte | Nível 0 | Nível 2 |
| SOBRAL | RC Sobral | Nível 1 | Nível 3 |
| | RC Acaraú | Nível 0 | Nível 1 |
| | RC Tianguá | Nível 0 | Nível 0 |
| | RC Crateús | Nível 0 | Nível 0 |
| | RC Camocim | Nível 0 | Nível 0 |
| CARIRI | RC Icó | Nível 0 | Nível 2 |
| | RC Iguatú | Nível 0 | Nível 2 |
| | RC Brejo Santo | Nível 0 | Nível 2 |
| | RC Crato | Nível 0 | Nível 2 |
| | RC Juazeiro do Norte | Nível 1 | Nível 3 |
| SERTÃO CENTRAL | RC Canindé-Tauá | Nível 1 | Nível 2 |
| | RC Quixadá | Nível 0 | Nível 2 |

FONTE: SCNES, 2016.

Vale mencionar, mais uma vez, o risco desta estratégia, já que não podemos garantir a organização do fluxo e funcionamento da rede. Aliado a isso, não estamos possibilitando com segurança a menor distância percorrida pelos usuários dentro de cada região em busca da atenção à saúde. Um novo desenho de agrupamento territorial exige a superação política e administrativa para o planejamento, a programação e a tomada de decisões e requer um sistema de regulação, de apoio logístico e de transporte efetivo.

Por fim, observamos que o Brasil tem se caracterizado por uma pluralidade relacionada às desigualdades sociais e regionais existentes e isso se estende ao estado do Ceará. Contudo, há a possibilidade de fortalecimento de mecanismos de descentralização e regionalização na tentativa de responder às necessidades da população de forma mais autônoma pelos municípios e pelo estado e, cada vez mais, próximo do local onde ela vive. Esta resposta pode ser potencializada pela pactuação e participação de gestores, profissionais de saúde e usuários que gerem novas capacidades locais e criam possibilidades de novos arranjos. Há a necessidade de planejamento, definição dos objetivos, otimização dos custos e avaliação de desempenho.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

5.2. EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL

s sobre a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil

A gestão da saúde para a garantia do acesso tem se constituído como desafio da reforma sanitária brasileira. Ao longo de vinte e dois anos, após a redefinição do modelo de atenção e a implantação das primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família, podemos afirmar que houve mudança neste cenário. Podemos potencializar esta discussão, na medida em que incorporamos as temáticas de integralidade do cuidado e interconexão dos serviços em redes.

Assim, é preciso investir em racionalidades sistêmico-estratégicas para fazer jus à complexidade da temática acima apontada. O papel do gestor em saúde tem sido desafiado a apresentar elementos apropriados a cada uma das situações seguindo o cenário, o contexto político-social e administrativo, as necessidades dos sujeitos, tempo e recursos disponíveis, dentre outros.

Alguns autores relacionam aspectos diversos, sejam eles percebidos em um contexto macro e/ou micro-social de relações e tentativas de setores e articulação entre os serviços, aliados ao papel dos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários) diante de toda a dinâmica organizacional (RIVERA, 1999; MERHY, 1999; PAIM & TEIXEIRA, 2006; CAMPOS, 2007).

O processo de regionalização e, mais precisamente, a implantação da Rede Cegonha buscou responder a algumas destas demandas. No entanto, são necessários estudos para compreender as boas práticas e os pontos a serem melhorados e aperfeiçoados quanto à experiência do cuidado e do trabalho em saúde, além da postura política-administrativa adotada diante desta política.

De fato, há a necessidade de agregar esforços e aglutinar recursos diversos para a melhoria das condições de vida e de saúde de mulheres e crianças. Alguns estudos apontam melhorias dos indicadores de saúde como a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Contudo, isso não foi suficiente para responder algumas expressões da questão social ligada a esta temática.

Neste sentido, buscamos compreender a Rede Cegonha no Ceará à luz das experiências de mulheres usuárias dos serviços, profissionais e gestores em saúde. A partir da análise das entrevistas, cinco unidades de significado foram elaboradas, a saber: ser gestante; os possíveis sentidos do cuidado: o cuidar-de-si e o cuidar-

existencial e suporte à atenção da saúde da mulher e da criança; acesso à saúde e peregrinação; e, organização e funcionamento dos serviços em rede.

A seguir, tratamos de tecer alguns comentários sobre cada uma delas, buscar a fusão de sentidos e novas possibilidades de compreensão. Vejamos:

a) ser gestante

A primeira unidade de significado intitulada *ser gestante* foi descrita a partir das experiências das mulheres sobre este momento em suas vidas. Reúne aqui os seus sentimentos, suas expectativas, seus desejos e suas preocupações. Algumas delas já carregavam um sentido próprio, adquirido em outro período de vida e, outras, construíram este sentido pela primeira vez.

Foi uma aproximação bastante rica e complexa. Isso exigiu de nós um olhar atento e reflexivo àquilo que realmente assumia um sentido para cada uma daquelas mulheres.

Este tipo de compreensão, aqui, apresentada pretende subsidiar a construção de políticas públicas. De fato, as políticas públicas devem ser focadas nos sujeitos, nas relações entre eles e nas suas demandas e não, somente, nos serviços. No caso de uma política de saúde materna e infantil, por exemplo, é preciso dar conta de um cenário plural e relacionar a isso uma proposta de cuidado, de trabalho em saúde e de gestão. Quanto à gestão, é importante pensar no planejamento e programação intersetorial, qualificação do potencial humano a ser envolvido, assim como a organização e funcionamento dos serviços. Não esperamos atender à cada um destes aspectos de forma independente.

Nossa intenção foi apresentar algumas destas necessidades e demandas apontadas pelas mulheres que estavam em contato com os serviços de saúde e auxiliar na reflexão e na elaboração de algumas possíveis respostas.

Inicialmente, reconhecemos que o desejo de ser mãe está relacionado com uma demanda social. Tal demanda pode levar a mulher a idealizar a maternidade sem refletir sobre os seus sentimentos, suas expectativas e preocupações, além de não garantir a apropriação da condição de ser mãe. Isso não significa dizer que se excluem outras exíguas possibilidades.

estudo apontaram que a gestação foi fruto de um planejamento pessoal (individual, somente) ou familiar (extensivo a outros sujeitos).

Foi gravidez planejada... parei os comprimidos... no mês seguinte engravidei... o marido também queria que eu parasse... o primeiro mês que eu parei, veio a menstruação.... no outro mês, veio... no mês seguinte, não veio... fui fazer o exame e deu positivo... (E59).

Eu tenho dois filhos já... e parei com os comprimidos... já com o pensamento de engravidar... foram os dois querendo... eu e meu marido... esperei e pronto... quando aconteceu, eu fiquei alegre... fui fazer os exames... ele ficou alegre também... (E68).

É possível que, aqui, a mulher tenha refletido sobre os seus sentimentos, expectativas, desejos e preocupações. Isso também pode ter acontecido nos casos em que a mulher não esperava engravidar. Contudo, acreditamos que, no segundo caso, esta experiência poderia gerar tensão e provocar uma enxurrada de medos e inseguranças, já que a chegada de um filho remete a uma série de mudanças no cotidiano da famílias e nas relações entre os sujeitos.

No que diz respeito à temática de planejamento familiar, investigamos sobre a participação ou apropriação da equipe de saúde e percebemos novos elementos:

Procurei o posto de saúde para confirmar e fazer os exames (E28).

Procurei já estava com três meses de gravidez (E34).

Procurei a enfermeira, quando já estava grávida (E39).

Aconteceu. Eu não estava esperando, mas também não estava evitando. Eu só suspeitei com três meses... fui para o posto (de saúde) e comecei a fazer o pré-natal (E44).

Estas narrativas nos levam a crer que o planejamento familiar com a participação da equipe de saúde não é uma ação reconhecida e experienciada pelas mulheres. Neste caso, a mulher mantém a autonomia sobre o seu corpo e não reconhece a equipe de saúde como potência para o cuidado. Só busca o serviço de saúde, quando constatada a gestação e, em algum momento, se sente fragilizada quanto à possibilidade de garantir o seu equilíbrio e de seu bebê. Acreditamos que os equipamentos de saúde da APS, ainda, são percebidos como espaço de assistência à doença; não são reconhecidos como espaço de promoção da saúde. Isso gera conflito com o propósito em que os serviços da APS se edificam.

envolvimento de um ou mais profissionais de saúde no planejamento e programação familiar esteve presente de forma pontual e restrita. Isso se consolidava a partir da busca e do contato da mulher com a equipe de saúde a quem estava próxima ou vinculada. Usualmente, o primeiro contato era feito com o profissional de enfermagem.

O processo de busca por um profissional ou serviço de saúde remete à necessidade de ampliação e compartilhamento da sua percepção sobre si e ampliação da esfera de cuidado. Isso também está relacionado com a autorização para o cuidado e requer diálogo e vínculo.

No momento de aproximação e tentativa de vínculo com os profissionais de saúde, as mulheres entrevistadas relataram se deparar com cenários diversos. Dentre as narrativas, foram citadas experiências anteriores em que eram violentadas a partir do julgamento dos profissionais de saúde sobre o interesse em uma gestação ou mesmo o fato de já estar grávida. Acreditamos que esta situação afastava a mulher do contato com os profissionais e inviabilizava a reflexão e discussão sobre este desejo.

Isso repercutia, inclusive, nos métodos para a confirmação da gravidez. Poucas mulheres mencionaram o equipamento de saúde da atenção básica como referência para esta demanda. Em geral, a mulher buscava a realização de testes em outros espaços e a equipe de saúde se mantinha afastada ou excluída deste momento.

Fiz (o teste de gravidez) na farmácia... paguei (E59).

Primeiro, eu fiz o exame para saber logo... no laboratório... depois, quando eu recebi (o resultado), eu fui para o posto... e iniciei o meu pré-natal... (E40).

Quando confirmada a gravidez, algumas mulheres encaravam isso com satisfação. Estavam felizes com o resultado positivo dos exames. Isso era motivo de realização plena. Outras, comentaram que a gravidez gerava um sentimento ambíguo de felicidade e, também, nervosismo. A felicidade estava relacionada com o fato de poder gerar uma vida, se sentir uma mulher plena e responder a uma demanda e uma cobrança social; já o nervosismo era reflexo do desconhecimento sobre aquilo que iria incidir em todo o seu percurso e nas mudanças que causaria em suas vidas tendo em vista os aspectos individuais e familiares, além das

ômicas e de assistência à saúde. É nesse momento que se refletia sobre sua condição de ser gestante.

Ilustração 1 - Se você não entende, não vê; se não me vê, não me entende.



Fonte: elaborado pelos autores.

A pessoa fica nervosa, mas ao mesmo tempo a alegria tira, porque a gente já vê os filhos da gente... e, logo, no meu caso que são dois... é que eu fico alegre mesmo (E55).

A gestação também foi associada ao sofrimento e ao medo. O sofrimento estava relacionado com as dificuldades que iria vivenciar durante a busca pelo cuidado. Já o medo era gerado a partir do desconhecimento daquilo que estava por vir. As mulheres mencionavam que tinham mesmo que passar por isso, compreendendo que fazia parte da condição de ser gestanteq

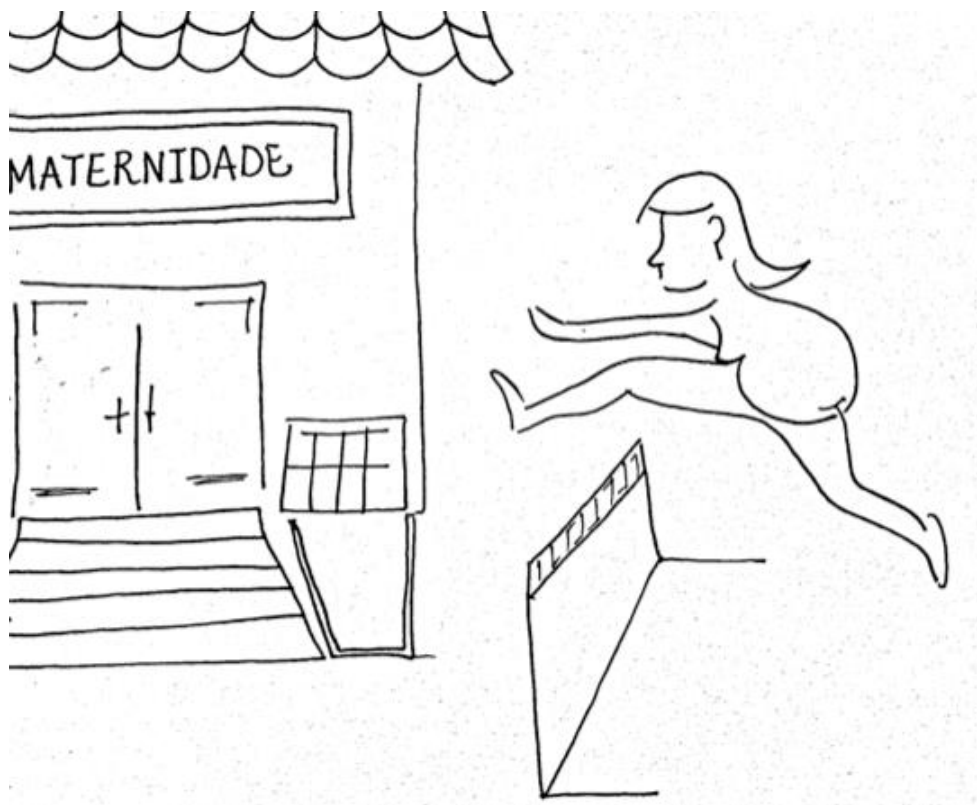
É porque, quando a gente está gestante, a gente sofre... a gente tem medo (E64).

Isso mantém o nosso questionamento de como está sendo estabelecida a relação entre os sujeitos e entre eles e os serviços. Problematizamos, ainda, se o sofrimento é mesmo a base de construção do cuidado. A partir disso, acreditamos que as necessidades das mulheres não estão sendo percebidas e atendidas e o

de responder às demandas apontadas por elas.

Além disso, esta narrativa nos remeteu a uma série de elementos que implicavam na violação do direito à saúde de cada uma delas. As mulheres já apontavam conhecer as fragilidades do sistema de saúde, a demora na realização dos exames e obtenção dos resultados, a impossibilidade de resposta às demandas mais complexas no município de origem, a necessidade de busca da assistência à saúde em outros espaços, a peregrinação, dentre outros. Em decorrência disso, havia sofrimento que já estava sendo naturalizado por estas mulheres.

Ilustração 2 - Desafios de força.



Fonte: elaborado pelo autor.

Ainda, assim, as mulheres apresentavam uma série de expectativas sobre o andamento da gestação, do parto, do nascimento e sobre a saúde do bebê que estaria chegando. Buscavam responder cada um de seus questionamentos e não mediam os esforços para esta busca. Para elas, a realização da consulta e obtenção do exame constituíam prerrogativas para o cuidado.

No início, a gente fica preocupada... Ave Maria... eu ainda estou preocupada... pensando muito... vai melhorar mais, quando eu fizer a

... eu morro de medo de perder líquido... o bebê não respira Ave Maria... fico preocupada (E35).

Quando isso não acontecia, recorriam aos serviços de saúde repetidas vezes, até se sentirem confiantes e seguras quanto ao andamento da gestação, seu estado de saúde e do seu bebê. Assim, uma demanda da atenção básica não atendida, poderia comprometer e encharcar os serviços de atenção secundária e/ou terciária.

Dentre as necessidades das mulheres, incluímos o desejo de conhecer antecipadamente o sexo da criança.

A minha primeira ultrassonografia não deu para ver (o sexo)... e já estava com 5 meses... estava ansiosa... resolvi vir para cá... paguei particular e deu para ver (E31).

Acreditamos que a obtenção de recursos para a resposta a este tipo de dúvida, também, é importante para as mulheres e deve ser oportunizado, assim como o detalhamento das informações que remetem à gestação e ao bebê que está sendo formado. Isso está relacionado com o movimento de preparação e acolhimento que a mulher faz em relação à criança que vai nascer e também gera saúde.

Tem que saber se está tudo normal... se está tudo direitinho... perninha... bracinho... para ver, assim, tudo... porque a gente se preocupa, não é?... porque a gente já planeja um filho... e o que mais a gente pede a Deus é que venha com muita saúde... é o primordial de tudo... eu pelo menos penso assim... (E35).

No que diz respeito à via de obtenção dos exames, há dissenso quanto à sua realização em equipamentos públicos ou privados (não-contratados). Algumas mulheres mencionaram preferir mesmo o contato com outros equipamentos não-públicos:

Eu já tinha perdido uma vez e fiquei com medo de atrasar alguma coisa ou dar algum problema, porque demora... pelo SUS, a gente demora muito a receber... achei melhor optar pelo particular mesmo... até porque assim, se eu tenho condições, eu prefiro fazer particular... deixar para quem não tem condições... ficar a vaga... acho bem melhor (E29).

O tempo para resposta a um exame e a informação em torno deste assunto, por exemplo, deve ser atentado, quando se busca estabelecer a atenção à saúde de um sujeito. Percebemos que os serviços de saúde não estabelecem critérios de

s serviços tendo em vista o acesso aos exames e consultas especializadas para os diversos grupamentos populacionais. Isso também aponta a fragilidade do cuidado que está sendo oportunizado para as mulheres. Na medida em que a mulher não tem a sua necessidade ou demanda reconhecida, busca formas para que isso se efetive. Acreditamos que a estratégia de recorrer a outros meios é válida, uma vez que a mulher está em busca de maior percepção e compreensão sobre si e sobre o outro.

Concordavam em querer um ambiente familiar harmônico, não correr riscos, perceber que estavam sendo compartilhadas informações sobre o seu estado de saúde e de seu bebê, ser atendida pelo médico de forma atenciosa e amorosa, receber assistência próximo à sua casa, não sentir dor, dentre outros.

Ilustração 3 - Em busca da ampliação do nascer.



Fonte: elaborado pelos autores.

A construção e manutenção de um ambiente familiar harmônico tinha sido destacado pelas mulheres como uma necessidade para a sua gestação. Aqui, o cuidado era extensivo à família e às relações. Algumas delas comentavam que na sua primeira gravidez enfrentaram muitos problemas com o companheiro. Isso gerou aborrecimento e interferiu diretamente na sua condição.

Muito complicada... porque eu tive começo de eclâmpsia... essas coisas que mulher sente... muito aborrecimento por parte do marido (E54).

Quanto ao fato de não correr riscos, comentaram isso com base em outras experiências. Em algumas narrativas defendiam o ponto de vista de que só seria capaz de percebê-los, apropriadamente, quem já tinha perdido alguma criança.

Na outra gravidez, eu não tinha o mesmo conhecimento que eu tenho hoje... esse agora, eu estou tendo cuidado desde o momento que eu descobri que estava grávida... já comecei a tomar os cuidados... para não acontecer o mesmo... porque só sabe quem perde... e eu perdi o meu filho com oito meses... (agora) eu estou tendo mais cuidado... (E61)

Além disso, mencionaram que, em algumas condições crônicas, por exemplo, deveria ser dada uma atenção redobrada. Isso demonstrou apropriação de condições particulares que muitas vezes eram desvalorizadas pelos profissionais em detrimento do procedimento.

A mulher, em geral, demonstrou se preocupar com o seu estado clínico e querer ter informações sobre a conduta a que seria submetida. A partir disso, vale mencionar que não podemos elaborar um plano de cuidados sem a participação, consentimento e respeito à escolha da mulher e da família. Quando isso não acontece, violamos o seu direito.

Alguns gestores reconhecem que:

É obrigação da maternidade, como hospital amigo da criança, esclarecer às mulheres no pré-natal da importância do pele a pele, da amamentação... do cordão... mas assim, essa mulher eu digo para ela que ela tem direito de ter métodos de alívio da dor se ela sentir uma dor, que ela tem direito a analgesia de parto e que a analgesia é coberta pelo SUS, que ela tem direito a não ser cortada, a fazer episio de rotina... e que, para acontecer um episio, é preciso ter uma necessidade... em que ela precisa ser explicada... que ela não precisa ser tocada diversas vezes por vários estudantes. Isso é preciso ser dito. A gente tem estimulado que isso aconteça na maternidade... mas, assim, de trezentos e cinquenta partos que tem aqui por mês, talvez nem cinquenta sejam de mulheres que fizeram pré-natal aqui... uma grande maioria vem da rede, trinta por cento das mulheres que atendemos vem do interior do estado (E2).

Quanto ao contato com o profissional de saúde, comentaram sobre a necessidade de vinculação. Se sentiam mais confiantes, quando eram tratadas com afeto, amorosidade e respeito. Estes quesitos pareciam ser indispensáveis para se manter uma boa relação com a equipe.

Quanto à necessidade de diálogo, queriam se sentir participantes do processo decisório e seguras quanto à conduta. Isso dificilmente era oportunizado.

expectativas de assistência próximo à sua casa, demonstraram a necessidade e o interesse de manter a família por perto. No entanto, compreendiam que o município, muitas vezes, não oferecia suporte para a sua condição e a de seu bebê e preferiam ser transferidas para um município com maior potencial assistencial, mais uma vez, a fim de não correr riscos.

No meu caso... que estou grávida de gêmeos... não tem suporte para a gravidez de gêmeos... e no meu caso... já é gravidez de risco... ter lá (no meu município)... já era um risco para mim... desde o início do pré-natal... e o meu médico detectou que as minhas gêmeas são da mesma bolsa e da mesma placenta... então, mais um motivo para que eu não tivesse as bebês lá... se tivesse tudo bem até os nove meses... se fosse placenta diferente... ainda poderia ter a possibilidade... não era certeza também... mas vários médicos que eu conversei disseram que não tinha condições devido não ter suporte para parto de gêmeos... não tem incubadora... (E60).

Algumas vezes, mencionavam compreender seu estado clínico e desenvolver receio em permanecer no município sem o devido suporte. Dependiam da equipe de saúde para providenciar a transferência e manifestavam conforto quando isso estava sendo efetivado.

Em relação ao acompanhante, nem sempre isso era possível, quando se estava internada em uma unidade hospitalar. Apesar da política de saúde da Rede Cegonha manter essa prioridade, não lhes eram garantidos acompanhantes em todos os equipamentos de saúde que tinham contato. A necessidade de acompanhante aqui também, se fazia necessária para se manter o contato com alguém a quem estava vinculada fortemente e pretendia compartilhar suas necessidades e demandas sem nenhum constrangimento. No ambiente hospitalar, comentavam que era difícil manter um vínculo com os profissionais mesmo com o incentivo de vinculação da gestante às maternidades defendido na política de saúde. Alegavam que as equipes de saúde passavam por rodízio constante que impedia a construção de laços afetuosos no processo.

Quando a permanência do acompanhante não era possível, se sentiam sozinhas e se queixavam de depressão.

Quando eu estou sozinha... fica vindo as coisas na minha cabeça... eu escrevo... para quando eu chegar em casa eu ter alguma lembrança do que eu passei aqui na maternidade (E55)

aqui só, dá é depressão... eu dou graças a Deus, quando ele (o) chega... porque não pode ficar direto, mas quando é neném novo, tem que ficar direto... (E64)

Durante as visitas, percebemos que algumas delas facilmente se aproximavam das outras mulheres durante a internação na unidade hospitalar. Isso permitia construir uma rede de cuidados entre elas. Contudo, outras tinham dificuldade em manter este tipo de contato e permaneciam sozinhas, mesmo em um ambiente de superlotação e má acomodação.

Ainda, sobre a situação de superlotação das enfermarias observada em algumas unidades hospitalares, gostaríamos de tecer alguns comentários. Um aspecto que nos incomodou durante as visitas foi o fato de que em uma mesma enfermaria não havia preocupação com a alocação das mulheres nos leitos. Não havia a interesse em reconhecer o contexto da internação ou a situação em que a mulher se encontrava para preparar o ambiente. Em algumas situações, a mulher com gestação de alto risco e iminência de parto prematuro compartilhava uma mesma enfermaria com uma mulher que havia sido internada com o mesmo histórico clínico e acabara de receber a notícia sobre o falecimento do seu bebê. O ambiente gerado, por muitas vezes, permanecia hostil e não havia preparação e nem o interesse em proporcionar à mulher acolhimento e conforto para a sua perda. Acreditamos que a falta de vagas não permitia a organização criteriosa e não eram admitidas outras alternativas. Aqui, não estamos defendendo a separação das mulheres por condição ou risco clínico. Acreditamos na potência dos ambientes em compartilhar experiências e fortalecer o ser gestanteq como defendemos anteriormente. No entanto, é preciso refletir sobre o cuidado nestas situações, a fim de não propiciar maior desconforto e desalento.

Sobre o fato de não querer sentir dor que havíamos tratado em outra oportunidade, as mulheres estavam tratando das expectativas sobre o parto. Algumas mulheres mencionaram preferir o parto normal devido a uma série de fatores, dentre eles, o tempo de recuperação e a independência nos afazeres.

Eu quero parto normal... porque eu acho melhor... porque a gente pode cuidar depois... cesariana, a gente passa um tempo em casa, dependendo da ajuda das pessoas... (E40).

Queria ter por causa da recuperação... que é mais rápido... (E44).

sentaram conscientes sobre este tipo de decisão.

Comentaram que precisariam compartilhar esta decisão com o profissional de saúde em busca de uma fundamentação coerente com seu estado ou condição de saúde.

Se dependesse de mim, seria parto normal... se ele tivesse encaixado... mas tem que avaliar para saber como ele está... para saber se vai ser normal ou cesárea... (E42).

No entanto, há uma tendência de escolha por parto cesariano em detrimento ao parto normal.

Meu desejo é cesárea... porque eu sou muito fraca para dor... quando eu começo a sentir dor, começo a passar mal... desmaio... e um parto cesáreo, ele dão uma injeção... a pessoa não sente dor... só depois que a pessoa sente algumas coisas, mas já tem passado... (E55).

De acordo com os gestores, foi possível perceber posicionamentos diversos quanto a isso:

A gente tem muitas dificuldades, por exemplo, cesariana... todo mundo fala da cesariana... e a gente tem estudos que mostram que, aqui no Ceará, oitenta e cinco por cento das mulheres que morreram tinham feito parto cesariana... mas, a gente vinha oferecendo um parto normal muito ruim [...] a gente vinha trabalhando com práticas não recomendadas, práticas invasivas, práticas de violência obstétrica [...] então, a opção das mulheres pela cesariana se justifica também pela oferta ruim do parto normal (E1).

Os altos índices de partos cesáreos no estado do Ceará nos fazem refletir em relação a este tipo de indicação. A literatura mundial menciona que o índice de partos normais deve ser superior à 80%. No entanto, percebemos uma discrepância em relação a esta informação.

A gente tem maternidades privadas e conveniadas ao SUS que tem noventa e cinco por cento de parto cesárea [...] isso eu já falei para a secretária do município que são as piores maternidades [...] tem maternidades do SUS que são muito melhores do que essa [...] que são privadas e que ela paga (E1).

Cada vez mais, percebemos a prevalência de partos cesáreos. Isso nos permitiu pensar que a grande demanda, a deficiência quanto ao quadro de profissionais, a superlotação, o tempo de trabalho para o acompanhamento do procedimento de parto, a qualificação da equipe, a inexistência de um ambiente

ormal, tudo isso interferia nesta decisão e a equipe de saúde optava pelo parto cesáreo.

Acreditamos, mais uma vez, que o plano de cuidados deve ser voltado para responder as demandas dos sujeitos e não, somente, pensar no serviço. Assim, esforços devem ser pautados para permitir que isso aconteça. A escolha pelo serviço coloca em risco um esforço destinado à ampliação do cuidado destinado à família.

No que diz respeito ao desejo para a próxima gravidez, as mulheres comentaram que conseguiam se perceber diferente após a primeira experiência, mas mesmo assim compreendia que existiam intercorrências que não dependiam dela e que precisavam ser sanadas. Conseguiam relacionar esta necessidade à atuação da família, profissionais de saúde e gestão e demandavam ação imediata.

b) Os possíveis sentidos do cuidado: o cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros

A partir deste processo investigativo e da análise das experiências de mulheres, profissionais e gestores, foi possível elaborar um sentido para o cuidado. Esta construção fundamentará toda a nossa abordagem. Vale mencionar que a nossa intenção não é negar outros sentidos já apresentados sobre o cuidado, mas garantir que as experiências deste nosso estudo sejam contempladas e estejam presentes nesta construção. Sabemos da complexidade relacionada a esta temática e já anunciamos o caráter singular que o cuidado assume aqui a partir da experiência de cada um dos sujeitos.

O cuidado está relacionado com o conhecimento e percepção sobre si e sobre o outro. Isto é traduzido por meio de uma sintonia consigo mesmo e da interação entre os sujeitos, compreendendo aspectos subjetivos e singulares que edificam o equilíbrio e a harmonia da vida. Neste contexto, cada sujeito apresenta um movimento que lhe é particular em direção ao próprio íntimo e ao outro com trajetórias e intensidades diferentes. Assim, podemos afirmar que a composição do cuidado não é estática.

Vale mencionar, ainda, a busca pelo cuidado ora é natural, ora é social e motivada pelo outro. Isso acontece, porque o sujeito tanto adquire novas experiências, como também interage com o outro de tal forma que este estimula a

rário disso também é possível e o sujeito pode se restringir a um cuidado que lhe é limitado.

O processo de busca por novas informações com fins de cuidado consigo mesmo e com o outro tem em vista a apropriação e construção de um novo horizonte, além da necessidade de gerar elementos para o empoderamento. Isso, usualmente, acontece a partir de um desconforto ou de uma preocupação com o sentir-se bem. Este processo pode ser gerado por um movimento próprio ou por meio do contato com o núcleo familiar ou com a rede social e comunitária que o sujeito integra. Este movimento também possibilita a ampliação deste modo de perceber e sentir.

Quando a gente é mãe de primeira viagem... a gente não sabe de nada... tudo a gente se preocupa... (E35).

Já a percepção ou conhecimento sobre o outro imprime requisitos complementares como, por exemplo, o vínculo. O vínculo se estabelece por meio dos encontros e pela abertura de um mundo que é particular ao sujeito e que, agora, pode ser explorado.

Na medida em que o vínculo permite e opera um processo de transformação, temos o cuidado propriamente dito. O cuidado é motivado por sujeito(s) e é aqui que se materializa o ser-capaz-de-fazer apontado por Gadamer (2015).

Outro aspecto que deve ser considerado diante da proposta de cuidado é a possibilidade de se colocar no lugar do outro. Este conceito se refere à relação entre o eu e o outro (GADAMER, 2015). Na medida em que um sujeito faz este tipo de movimento, mergulha em um contexto e um cenário que lhe era desconhecido e que agora passa a lhe ser próximo ou sensível.

Desta forma, podemos elaborar dois conceitos, a saber: cuidar-de-si e cuidar-do-outro. Cada uma deles relaciona um movimento próprio baseado no conhecimento, percepção, interação e vínculo tendo o(s) sujeito(s) como referência e tendo em vista um processo de transformação. Foucault (2010) já mencionava o cuidar-de-si como o exercício de um processo de reconhecimento. Tratava, ainda, que isso seria construído ao longo do tempo.

Quando se percebem demandas que não são apreendidas pelos sujeitos e se buscam outros meios para se obter uma resposta, como o contato com um serviço de saúde, estamos falando da assistência. Estes meios não estão relacionados,

podem estar ligados ao potencial assistencial do serviço ou equipamento de saúde.

A assistência à saúde faz parte de um rol de possibilidades que caracteriza a atenção à saúde. A atenção à saúde supera a lógica da assistência, uma vez que extrapola a demanda individual de contato com o profissional ou o serviço de saúde. Remete à atuação dos gestores, profissionais e usuários na perspectiva de se efetivar uma política pública coerente com as demandas apresentadas e considera outros aspectos do contexto socioeconômicos, culturais e ambientais, além de quesitos de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

É importante ressaltar que a assistência à saúde pode não resultar em uma transformação. Pode restabelecer o equilíbrio, temporariamente, mas não efetivar uma mudança. Pode gerar elementos potenciais para a harmonia, mas não operar nenhum impacto. Neste caso, não temos materializado o cuidado. O cuidado está intimamente relacionado com esta possibilidade de impacto.

O presente estudo permitiu adentrar um pouco mais neste assunto a partir das experiências de mulheres. Na medida em que reconhecem a possibilidade de gerar uma nova vida, buscam métodos para que isso se concretize. O contrário também pode acontecer e a mulher pode buscar reunir meios para que isso não se materialize. A intenção do nosso estudo não é julgar se isso é ético ou não, mas de mencionar que algo deve ser pensado e oportunizado ao sujeito, tendo em vista o cuidado.

Quando uma nova experiência coloca em risco a percepção e o conhecimento sobre si mesmo, como é o caso da gestação e o parto, por exemplo, são geradas demandas para o cuidado. Reconhecer a demanda para o cuidado, nesta situação, constitui, inicialmente, um exercício de auto-percepção. Não há um padrão a ser estabelecido e, neste sentido, é importante reconhecer cada singularidade.

O parto é uma caixinha de surpresas (E27).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Este movimento é particular aos sujeitos e mantém em vista a consolidação da autonomia que é indispensável ao exercício do cuidar-de-si. Isso é independente do fator tempo.

Eu descobri que estava grávida quando eu já estava com cinco meses de gravidez... através de um exame de sangue que eu fiz no hospital... e deu positivo... fiz na intenção de saber, porque a minha menstruação já estava muito atrasada... fazia uns três ou quatro meses... e minha mãe pediu para eu fazer... fui no hospital mais próximo, fiz o exame e deu positivo... (E65).

Os grupos de convivência para mulheres têm sido apontados como uma potência para o cuidar-de-si e o cuidar-do-outro, uma vez que permitem compartilhar saberes e práticas a respeito do equilíbrio e harmonia da vida. Por meio deste tipo de dispositivo seria possível trocar experiências e despertar um novo olhar sobre alguma situação entre os sujeitos envolvidos.

É importante mencionar que estes grupos não devem estar limitados a um estado em que a mulher se encontra, seja gestação ou puerpério. Devem ser

os na medida em que a mulher demande uma necessidade de percepção e conhecimento sobre si mesmo e sobre os outros sujeitos, sobre seu ambiente familiar ou sobre o meio social, comunitário ou intersetorial que lhe rodeia.

No entanto, este tipo de prática tem sido pouco valorizada tanto na atenção básica, como também na média e alta complexidade. O que tem sido observado são grupos de convivência restritos com roupagem de um curso em que a frequência, assiduidade e pontualidade são elementos-chave. Não se oportuniza o contato com os grupos de forma aberta e espontânea que possibilitem a mulher a sua adesão em qualquer momento ou em qualquer espaço. Em geral, são propostas rígidas e duras que não permitem realizar um movimento próprio.

Ao contrário do que este dispositivo permite, este tipo de ação tem sido elaborada para atender uma demanda do serviço ou do profissional de saúde e não dos sujeitos envolvidos. Sendo assim, são perdidas oportunidades entre os sujeitos na perspectiva do cuidar-de-si e o cuidar-do-outro que os grupos de convivência possibilitariam por meio de cada um dos encontros.

Em se tratando da prática do cuidar-de-si, podemos mencionar, ainda, outras situações observadas por meio deste estudo. Em algumas oportunidades e a partir do desejo de não engravidar, a mulher utiliza de métodos contraceptivos para estabelecer um *cuidar-de-si*. Acreditamos que, neste momento, ela apreende um rol de possibilidades para responder a uma de suas necessidades e toma uma decisão.

O contato com este tipo de método pode ser diverso. Contudo, muitas mulheres demandam do serviço público para a sua materialização. Neste sentido, ficam limitadas aos recursos disponíveis para esta finalidade. Algumas delas relataram sinais de alerta em relação ao uso de alguns anticoncepcionais obtidos por meio do serviço público. A partir disso, procuraram um profissional de saúde para relatar acerca destes problemas e lhes eram apresentadas alternativas para a incorporação de novos métodos. Contudo, foi percebida dificuldade em aceitar esta nova prescrição estabelecida e, neste sentido, muitas delas deixavam de fazer uso destes métodos, mencionando outros sinais e sintomas que comprometiam o seu estado de equilíbrio.

Sem o contato com outros métodos, as mulheres seguiam suas rotinas de vida e, fortuitamente, engravidavam. Quando isso acontecia, não parecia ser motivo de preocupação para a grande maioria delas.

anos tomando injeção... parei... passei dois anos sem tomar... quando foi o ano passado, eu engravidei... eu parei de tomar a injeção, porque não estava mais... já estava fazendo mal... fazia muito tempo que eu tomava só um tipo de injeção... sentia dor de cabeça... sentia dor nas pernas... a doutora disse que eu trocasse... ela me mandou parar de tomar e eu não fui atrás de tomar outra... (E58).

De fato, reconhecer os sinais de alerta ocasionados pelo uso de algum medicamento anticoncepcional é perceber que algo rompe com o seu estado de equilíbrio. Este é o exercício da autonomia que foi relatado anteriormente. Deixar de fazer uso de medicamentos em virtude do surgimento de sinais e sintomas que interferem na sua saúde e procurar outras alternativas também são entendidos como uma oportunidade para cuidar-de-si, uma vez que o sujeito decide não correr o risco ou não vivenciar este quadro de desequilíbrio, sofrimento e desconforto.

No entanto, somente desistir de fazer uso dos medicamentos não possibilita uma conclusão segura sobre o cuidado. De fato, a mulher ao deixar de usar métodos anticoncepcionais atesta que não lhe foram oportunizadas possibilidades de restabelecimento de equilíbrio coerentes com a sua necessidade. Neste caso, a perspectiva de cuidado ampliado e extensivo a outros sujeitos, faliu.

Em geral, mulheres relatavam inclusive a falta de alternativas medicamentosas disponibilizadas pelo SUS ou mesmo falhas na sua distribuição ou dispensação. Desse modo, devemos, como gestores e profissionais de saúde, possibilitar o contato com alternativas diversas para o cuidado, qualificando os sujeitos e respeitando sua decisão quanto ao exercício do cuidar-de-si.

De acordo com os gestores, são inúmeros os problemas:

Os métodos assegurados não são os desejáveis pelas próprias mulheres [...] isso está gerando um estoque imenso [...] falta um trabalho integrado de coordenação da atenção primária com as equipes na escuta dessas mulheres [...] para saber qual é a preferência delas e gerar a programação [...] à mulher é oferecido um determinado anticoncepcional oral e ela diz que não quer, quer injetável, [...] e o posto já não disponibiliza [...] uma mulher chega . eu nem quero o oral e nem quero injetável, eu quero um DIU - e o posto não assegura o direito dessa mulher de ir pra um ambiente de atendimento ambulatorial por um ginecologista para implantação do DIU [...] essa falta de comunicação está gerando estoque de anticoncepcional e gravidezes indesejáveis (E5).

Em se tratando da suspeita de uma gravidez, as mulheres mencionaram buscar recursos diversos para a sua confirmação. Em geral, procuravam laboratórios, clínicas particulares ou farmácias para ter acesso aos testes

forma fácil e rápida. Isso nos fez questionar sobre o contato e acesso aos equipamentos de saúde da atenção básica, vínculo e interação entre os sujeitos e os profissionais, marcação e efetivação das consultas e exames, tempo de resposta do serviço público e encaminhamentos. Esta deveria ser uma das alternativas mais comuns para as mulheres durante a fase de confirmação da gravidez, uma vez que a lógica da atenção básica está relacionada com território e comunidade adscritos a um equipamento de saúde. No entanto, as barreiras de acesso, como longas filas, a burocracia, dificuldade de realização e demora no resultado dos exames, aliado ao julgamento da mulher e abordagem violenta concretizada pela equipe de saúde inviabilizam esta alternativa.

Fiz o teste de farmácia e deu positivo... depois eu fui confirmar com o de sangue num laboratório particular... fui lá... pelo acesso que é mais rápido... a gente recebe na hora... com o resultado, eu segui para o posto... (E62).

A política da Rede Cegonha prevê a realização de testes rápidos nos equipamentos de saúde da atenção básica. Contudo, acreditamos que outros equipamentos de saúde e, também, equipamentos sociais constituem dispositivos em potencial para possibilitar o acesso a este tipo de teste. Caberia às equipes da atenção básica, mapear estes equipamentos dentro do território e pactuar estratégias para facilitar o acesso sobre este tipo de demanda.

Outra estratégia a ser pensada faz referência à articulação entre os diversos equipamentos de saúde que já são acessados pelas mulheres em busca deste tipo de teste. O ponto a ser aperfeiçoado e melhorado aqui está relacionado à comunicação entre estes dispositivos. Isso demandaria uma notificação do acesso ao serviço de atenção básica após o esclarecimento e consentimento da mulher. Acreditamos que a edificação de uma rede comunicativa entre estes serviços possibilitaria a maior aproximação e participação das equipes de saúde.

Aliado a isso, é interessante qualificar diferentes atores para este tipo de abordagem às mulheres. Poderiam ser identificados profissionais em cada um destes equipamentos tendo em vista o processo de vigilância em saúde junto à comunidade. A intenção prevista aqui seria de estabelecer um vínculo entre os sujeitos e garantir apoio à mulher.

Vale mencionar que estes tipos de estratégias não têm como objetivo controlar os diversos equipamentos e o próprio sujeito, mas de possibilitar melhor

oportunizar o cuidado. O olhar sobre este assunto deve ser dado ao sujeito na perspectiva do cuidado e não de uma prática assistencialista, do controle da situação ou alimentação de indicadores de saúde.

Uma vez confirmada a gestação, o cuidado se consolida a partir de um caráter ampliado, uma vez que se estende à saúde da mulher, da criança e da família. Aqui, deverão ser reforçadas estratégias para se garantir o direito à saúde de um e outro de forma integrada.

Percebemos, neste estudo, que a gestação, algumas vezes, parte do desejo da mulher de engravidar, do resultado de uma relação cotidiana que lhe é estável ou não. Em outras, é consequência da falta de informação, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, da fragilidade quanto ao contato, confiança e vínculo com profissionais da saúde, da falta de alternativas ou não aceitação de métodos contraceptivos disponibilizados pelo serviço público, dentre outras.

Ao longo da análise, percebemos dificuldades das mulheres na percepção sobre o seu próprio corpo e quanto a possibilidade de estar grávida. Algumas delas perceberam mudanças no seu corpo e se deram conta da gestação somente após o quinto mês de gravidez.

Este fato não, necessariamente, compromete o cuidado. Como tratamos anteriormente, o cuidado tem início na percepção e conhecimento sobre o próprio corpo. Contudo, isso acontece em períodos diversos na vida da mulher e, neste sentido, todos nós precisamos oportunizar recursos para este despertar. Reconhecer-se gestante é um exercício de auto-percepção e construção de uma nova identidade, do conhecimento sobre si mesmo e do cuidar-de-si.

Há um tensionamento da política de saúde sobre a mulher e o profissional de saúde em reconhecer a gestação o quanto antes para que se possa dar início ao cuidado. No entanto, o cuidado é construído e merece tempo, espaço e preparação para que isso se efetive.

Isso não quer dizer que há uma negação das evidências científicas em acolher a mulher logo no início da gestação e elaborar um plano de cuidados para minimizar os riscos à saúde da mulher e da criança. É importante pensar em um plano de cuidados que permita à mulher percorrer sobre a fase de percepção e conhecimento, reconhecimento de suas necessidades, busca por informações, contato com outros sujeitos para a potencialização do cuidado sobre si e sobre o

ente, há um processo de interação no movimento em prol do cuidado.

Neste sentido, realizar uma busca-ativa somente considerando o procedimento em detrimento da apropriação e empoderamento da mulher, fortalecimento da rede social e comunitária que ela faz parte e construção de uma rede de cuidado não se sustenta. Nosso esforço deve estar voltado para os sujeitos e não para o cumprimento de metas estabelecidas junto ao serviço de saúde. Neste interim, discutir sobre as ações e serviços de saúde será de grande relevância, mas só isso não garante o cuidado. É preciso um esforço ampliado para que isso se efetive.

Na busca pelo serviço de saúde, nos questionamos acerca deste poder dado às mulheres após a percepção e conhecimento sobre si mesmas. De fato, há poucos espaços para este exercício e para sua participação diante da necessidade de tomada de decisões. Isso também deve ser discutido junto aos gestores e profissionais de saúde.

Quanto ao contato com os serviços de saúde, as mulheres mencionaram particularidades do contato com a atenção básica e o vínculo com a equipe. Algumas delas relataram não ir muito ao posto de saúde ou buscar o atendimento somente quando estava doentes.

Não vou muito lá (no posto)... é muito difícil eu ir lá... (E57).

Outras mulheres procuravam diretamente o hospital independente da sua demanda. Faziam isso pela falta de profissionais no posto de saúde ou por ser este o lugar de escolha.

Os médicos vão para lá toda semana e a enfermeira vai todos os dias... o médico vai duas vezes na semana (E47).

Na perspectiva do cuidado, a busca pelo serviço de forma autônoma deve ser compreendida como uma potência tendo em vista a possibilidade de ampliar o cuidado que o sujeito assumiu. Neste sentido, vale proporcionar a constituição de uma rede que é imensurável e que não se consegue delimitar facilmente; foge à nossa capacidade de apreensão.

o contato entre os sujeitos deve possibilitar o acolhimento. Isso deve ser independente do seu nível de complexidade ou densidade tecnológica. Este lugar pode estar relacionado com o espaço que a mulher elegeu ou foi indicada como referência para o cuidado. Aliado a isso, pode ter sido o lugar onde foi possível efetivar o encontro com o profissional de saúde.

Todavia, o cuidado não tem sido oportunizado em virtude da visão restrita dos sujeitos em cada um destes espaços. Quando observamos a chegada de uma mulher com uma queixa elementar na rede hospitalar, há uma culpabilização imediata dos serviços da atenção básica e são fechadas as portas do serviço indicando não ser este o perfil do atendimento neste equipamento de saúde. Quando questionamos os profissionais da atenção básica, costumam mencionar que já havia sido feito tudo que estava sob o alcance de cada um deles. Isso tem sido compreendido como uma transferência do cuidado para o outro e um comprometimento da sua corresponsabilidade diante dos sujeitos, independente de um quadro clínico que não atende o perfil daquele equipamento de saúde. Aqui, são negadas as possibilidades de rede que cada um de nós pode ajudar a tecer de forma singular e apropriada ao sujeito e não ao serviço.

Não é nosso perfil um paciente que não tem comorbidade... (E25).

Diante deste tipo de contato com a equipe de saúde, outros aspectos deverão ser mencionados. A falta de diálogo, amorosidade, confiança e vínculo, interferem no exercício do cuidado.

No posto, uns dizem uma coisa... outros dizem outra... a gente não sabe nem em quem confiar (E58)

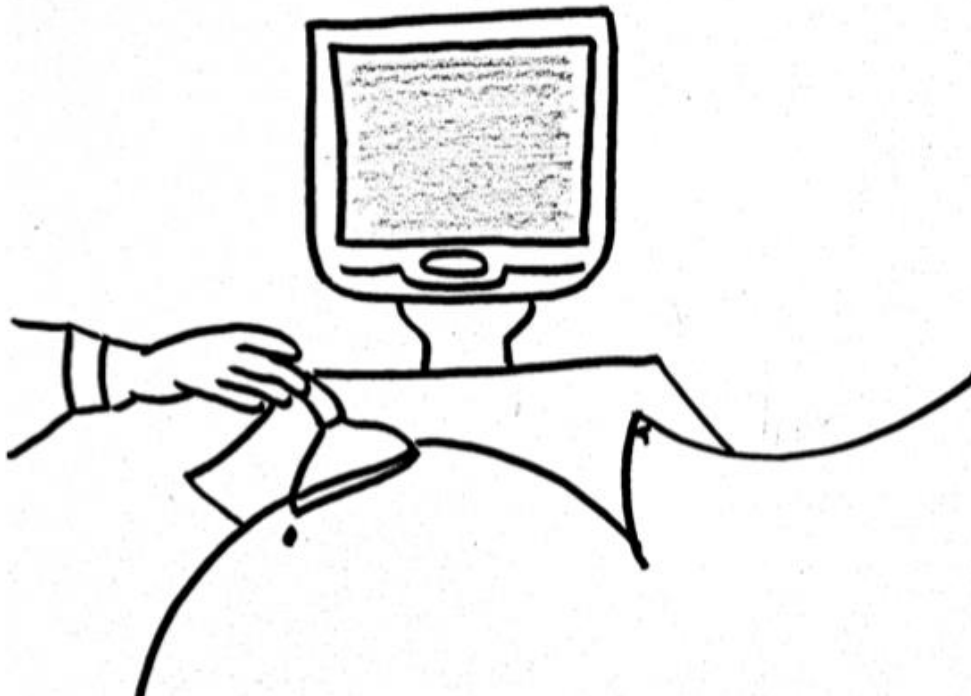
Assim como as situações violência, poderão entre os sujeitos gerar outras demandas não favoráveis ao cuidado. Em outras palavras, o encontro entre eles poderá resultar em demanda ao invés de cuidado.

Isso ficou bastante claro em algumas narrativas. Em uma delas, a mulher se queixou de ter sido abordada por um profissional médico sobre um óbito fetal sem nenhum tipo de manejo. Esta situação gerou na mulher descontrole e desespero por se tratar de uma criança tão desejada e foi neste momento que o profissional se deu conta da consequência de sua atitude. Mesmo buscando o apoio de outros

reverter a situação, o médico oportunizou novas demandas para o cuidado em que o aspecto clínico não era exclusivo.

Na outra gravidez, minha pressão ficou alta... começou a ficar alta com cinco meses... a minha mãe dizia que com quatro meses eu já estava inchando... e todo mês eu ia... um certo médico via... e nem ligava... e quando eu fiz oito meses, na minha volta... de rotina... ele foi botar o aparelho na minha barriga... mexeu para um lado... mexeu para o outro... apalpou as minhas pernas e olhou para mim e disse que o coração do bebê não estava batendo... simples, para ele... nessa hora, eu acho que a minha pressão subiu... estava a mil por hora... e me deu uma dor na nuca... foi uma sensação tão horrível que eu me levantei da cama com tudo... acho que ele não soube dar a notícia... e viu que ele tinha feito uma burrada... e na mesma hora disse assim... e como está o seu marido?... nada a ver... viu que tinha estragado tudo ali e veio botar o meu marido no meio... e eu disse... doutor, o que o senhor está falando?... como é que está meu filho?... já empurrou para outra enfermeira... e a enfermeira disse... não, é só... não é nada, não... me encaminharam para a policlínica... e como já era tarde, a policlínica já estava fechando... eu já estava em pânico... e não fiz a USG e nem nada... no dia seguinte, eu fui para uma clínica particular (E61).

Ilustração 5 - Está tudo cinza sem você; está tão vazio.



Fonte: elaborado pelos autores.

Esta dificuldade de abordagem entre os sujeitos se dá independente de uma categoria profissional. Cada vez mais, nos deparamos com situações assim que podem ser caracterizadas como violência. São questões como estas que geram novas demandas que já não são de competência daquele serviço ou profissional e fogem à sua capacidade de resolução.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Os quesitos devem ser atentados para estabelecer uma relação entre os sujeitos na perspectiva do cuidado. O fato de se colocar no lugar do outro, manifestar amorosidade, atenção, respeito, demonstrar preocupação, possibilitar o diálogo, tudo isso deve ser atentado.

Eu gosto dele... ele se preocupa... (E61).

Estes quesitos não estão relacionados somente aos profissionais da saúde. É extensivo à todos os sujeitos que mantêm uma intensão de cuidar e que participam do processo de restabelecimento do equilíbrio e harmonia da vida de forma individual ou coletiva. Isso pode ser explicado a partir do conceito ampliado de saúde que relaciona outras dimensões e a necessidade de uma prática intersetorial.

Em se tratando das ações e serviços destinados à saúde da mulher e da criança, teríamos alguns questionamentos, a saber: a consulta de pré-natal está potencializando o cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros? Como avaliaríamos a qualidade do pré-natal tendo em vista o cuidado? O que dizer em relação à alta prevalência da sífilis congênita?

Em algumas narrativas, percebemos as dificuldades dos profissionais em perceber sinais e sintomas na mulher e elaborar um diagnóstico preciso. Uma das mulheres mencionou ter o diagnóstico de toxoplasmose somente após o sétimo mês de gestação e isso comprometeu, sobremaneira, a relação com o serviço e com o profissional. De fato, esta discussão nos leva a pensar mais sobre a qualidade das consultas de pré-natal.

Eu descobri que tinha toxoplasmose... descobri com 6 para 7 meses... fiquei doida... (E63)

Outros aspectos estão relacionados à quantidade de consultas e à participação de profissionais médicos e de enfermagem alternadamente. Para isso, tem sido dado grande investimento. Contudo, não acreditamos que o cuidado tem relação exclusiva com o aumento do número de consultas e nem com o profissional que realiza o acompanhamento.

Como tratamos anteriormente, o cuidado está relacionado com a transformação e o número de consultas elevadas não necessariamente implica neste tipo de mudança. Entendemos que o número crescente de consultas

lo, mas temos dúvidas na sua operacionalização. O que este estudo apontou é que o número de consultas esteve mais fortemente relacionado com a preocupação com um indicador do que a dedicação ao sujeito. Isso deve ser discutido fortemente entre os profissionais de saúde para que o serviço não se sobreponha ao sujeito, como havíamos questionado em outros momentos.

Algumas mulheres relataram um número elevado de consultas de pré-natal, porém, a partir das suas narrativas, não percebemos priorização das questões subjetivas e singulares que afetavam cada sujeito. Isso também precisa ser revisto.

Da mesma forma, comentamos dos profissionais envolvidos nas consultas de pré-natal. Há um engessamento quanto à alternância dos profissionais nas consultas. Contudo, é importante salientar, mais uma vez, que a orientação para o serviço não deve se sobrepor ao cuidado do sujeito. É possível que o acompanhamento de um sujeito direcione o profissional mais adequado e até mesmo o número de consultas mais apropriadas. Isso também precisa ser discutido tendo em vista a transformação relacionada ao cuidado, caso contrário, ressaltaríamos uma normatização, um protocolo ou um roteiro em contraposição a necessidade e demanda do sujeito.

Vale comentar, ainda, que, em caso de alternância das consultas, é indispensável pensar na aproximação e comunicação entre os profissionais de tal forma a estabelecer uma abordagem coerente com a necessidade dos sujeitos. Em algumas narrativas, as mulheres apontaram inclusive a falta de credibilidade em alguns profissionais devido aos diferentes discursos e divergência quanto ao posicionamento clínico. É preciso cuidar disso, uma vez que o sujeito está em formação do seu conhecimento e percepção e, talvez, não se sinta capaz de compreender qual posicionamento é mais adequado.

No que diz respeito ao aumento do número de casos de sífilis congênita, há uma corrente que tem relacionado isso à qualidade do pré-natal. Quanto maior o número de casos de sífilis congênita, mais questionável seria a qualidade do pré-natal (DE LORENZI; MADI, 2001; DOMINGUES *et al*, 2013).

No Ceará, há uma tendência crescente quanto à taxa de detecção de sífilis em gestantes. Alguns gestores, apontam isso como um dos pontos críticos do cuidado com a mulher e a família.

coisa séria [...] uma vergonha pra o nosso estado [...] a gente reduzir os índices de sífilis e tem gerado muitos problemas [...] o tratamento do parceiro da sífilis por conta do grande volume de pacientes usuários de drogas é um problema seríssimo que a gente tem tido também [...] e uma série de coisas que se a gente pudesse ter uma integração maior com a atenção básica eu acho que a gente poderia vencer melhor esses desafios (E2).

De fato, nos questionamos porque este fenômeno acontece. Algumas narrativas oportunizaram maior esclarecimento e um deles esteve relacionado à falta de disponibilização do medicamentos de primeira linha. Contudo, o cuidado não está relacionado somente a medicalização. Acredito que reduzimos o cuidado de tal forma que não conseguimos enxergar outras possibilidades por trás deste fenômeno. Mais uma vez, é importante mencionar que não estamos negando a clínica. Ao contrário, a clínica constitui uma grande potência para o cuidado. No entanto, é preciso refletir junto aos profissionais que outras possibilidades haveriam em relação a este tipo de morbidade.

Sobre a sífilis já instalada, esperamos uma decisão da clínica. Porém, o contato com o medicamento não necessariamente implica em uma transformação na vida do sujeito acometido. É preciso estender o cuidado ao companheiro e à família, problematizar as relações entre os sujeitos, fortalecer a percepção e o conhecimento sobre si e sobre o outro, oportunizar métodos preventivos, dentre outras possibilidades. De fato, é preciso investir na qualidade destas consultas, na oportunidade de estreitar laços e potencializar os vínculos entre os sujeitos.

Quando às consultas de pré-natal, percebemos, ainda, a necessidade de aproximação e participação do companheiro ou companheira junto às mulheres. Isso foi apontado na narrativa dos sujeitos como necessidade da extensão do cuidado. A mulher, usualmente, se sente mais segura ao lado de uma pessoa de sua escolha, quando busca por um serviço de saúde. Aqui, ela deposita confiança no acompanhante e, ainda, nos profissionais de saúde e na instituição para estabelecer o cuidado; abre mão do cuidar-de-si e permite que o cuidar-do-outro se sobreponha.

Sobre esta temática, a atual política nacional também está incentivando o pré-natal masculino com o objetivo de garantir a participação do companheiro durante as consultas. Além disso, este seria um momento oportuno também para discutir sobre a saúde do homem e estabelecer um potencial para o cuidar-de-si não somente relacionado à mulher, mas também, à família.

Alguns gestores já comentaram este tipo de conduta:

trabalhado muito a questão da responsabilidade do pai... da mãe... e que esse homem se sinta responsável por aquela mulher e por aquele bebê desde o momento em que ele é gestado, por uma cultura de paz, pela importância do pai no parto (E2).

Assim, é importante incentivar a participação do acompanhante não somente nas consultas de pré-natal. No contato com os hospitais e maternidades isso também se faz necessário, uma vez que o acompanhante tende a ocupar um lugar de apoio para a equipe de saúde e potencializar o cuidado neste ambiente.

Quando a mulher se sente privada do acompanhamento de uma pessoa de sua escolha, se sente fragilizada. Isso se intensifica, principalmente, quando o cuidado se estabelece longe de casa.

Aqui é longe de casa... do filho... da mãe e dos irmãos... mas dá para levar a vida... seja o que Deus quiser... (E54).

Me sinto mais segura, quando estou mais perto da minha família... (E55).

Estou preocupada com a minha mãe, porque ela fica lá e não tem notícias de mim... lá, onde moro, não pega celular e os orelhões que tem lá não estão mais funcionando, porque a maioria das pessoas tem telefone fixo em casa... acho que a empresa não está ligando mas nem para ajeitar os telefones públicos... e celular ainda não pega... ficam sem notícia... e para piorar, esqueci de trazer meu celular para poder ligar para os fixos (E47).

Desta forma, na ausência do acompanhante, o esforço da equipe de saúde deveria compensar este tipo de relação. Contudo, na rede hospitalar há uma rotatividade de profissionais tendo em vista a organização e o funcionamento dos serviços. Isso é percebido pelas mulheres e inviabiliza a continuidade do cuidado.

Todo dia é uma pessoa diferente aqui... (E58).

Aliado a isso, percebemos as dificuldades de acomodação no ambiente hospitalar que interferem neste tipo de prática. No entanto, algumas mulheres já demonstraram naturalizar este tipo de situação e mencionam não fazer diferença. Acreditam que tem mesmo que passar por este tipo de situação e só o fato de estar no ambiente hospitalar já lhes tranquiliza. Isso nos preocupa, uma vez que o ponto de partida para esta avaliação parece ser mesmo o processo de sofrimento.

No hospital, a gente se sente segura, porque tem médico direto... (E64).
Os postos de saúde não funcionam direito... você vai lá e nunca tem nada... nunca a gente é atendida... e quando é, tem que pegar uma fila... esperar

os anos para fazer o que você quer... um exame... ACS...
casa dos outros... (E65).

O PSF não funciona a noite... (E39).

Durante o período de internação, foram identificadas outras fragilidades. As mulheres, usualmente, não eram informadas sobre os exames que estavam fazendo. Havia queixa recorrente sobre este tipo de situação e sobre o número elevado de exames.

Aqui (no hospital), eles fazem muitos exames... a gente faz tanto exame que não sabe nem para que é... (E64).

Quando informadas, demonstraram-se sentir bem e seguras quanto aos procedimentos e sua condição de saúde:

Estou bem... graças a Deus... entrei ontem cinco horas... ontem mesmo fizeram uma USG... para saber realmente sobre esta questão... e já me orientaram mais ou menos o que vai acontecer (E60).

No exercício do cuidar-de-si é importante socializar o que está sendo oportunizado ao sujeito tendo em vista a apropriação de sua atual condição. O desconhecimento sobre o seu estado de saúde coloca o sujeito em uma situação de tensão e desconforto sem nenhuma perspectiva. Assim, mencionamos a necessidade de esclarecimento dos sujeitos tendo em vista a garantia de um direito que lhe é atribuído. Isso inclui o diagnóstico, tratamento e qualquer outro procedimento relacionado à sua saúde.

Em se tratando da escolha do tipo de parto, havia outro problema identificado. Os indicadores mencionam crescimento quanto ao número de partos cesariano.

O Brasil é responsável por cinquenta por cento das cesarianas mundiais [...] a gente tem que trabalhar em três âmbitos, é trabalho em equipe [...] inserir de fato o enfermeiro obstetra na atenção ao parto normal [...] trabalhar com as indicações clínicas cesariana [...] e quais são as indicações que de fato são cesariana [...] e o terceiro ponto é trabalhar a qualidade do parto normal [...] como que a gente oferta um parto normal que seja digno, respeitoso, humanizado... então, para esses próximos quinze anos que não vão ser mais objetivos do milênio tão fechado, mas vão ser objetivos do desenvolvimento sustentável [...] a gente tem que colocar a saúde da mulher, sobretudo, nesse período perinatal, como algo a ser enfrentado pra além da saúde [...] porque a morte materna no Brasil ela tem cor, ela tem classe social e ela tem idade [...] são mulheres negras, pobres e na maioria das vezes mulheres até vinte e nove anos (E1).

to cesariano têm sido apontadas sob um ponto de vista negativo, uma vez que há sobreposição do serviço em relação à condição de saúde da mulher. As mulheres mencionaram que não havia participação nesta decisão. Isso está incoerente com o empoderamento dos sujeitos que havíamos tratado como necessário. De fato, se a mulher não participa deste tipo de escolha, estamos desconsiderando seu direito de escolha e a sua percepção e conhecimento sobre o seu estado de saúde. Este tipo de decisão também precisa ser discutido, quando queremos estabelecer um plano de cuidados para a mulher.

Em outro momento, durante o parto, as mulheres se queixaram de escutar comentários inapropriados em relação à sua condição e de sua criança. Ocasionalmente, mencionaram desconforto e medo sem saber se ela mesma ou a criança iriam sobreviver.

Eu pensava que não iria nem viver... porque na hora eu escutei muitas coisas... assim muito rápido, mas a gente escuta... será que vai sobreviver? Vamos tirar logo... e foi aquele negócio... demoraram muito... (E67).

Este tipo de conduta não favorece o restabelecimento do equilíbrio que estamos tratando desde o início deste estudo. Isso nos faz refletir sobre a atuação do profissional em estabelecer um cuidado ou somente realizar o procedimento, esquecendo que ali, existe um sujeito vivo, cheio de expectativas, anseios e temores e não um objeto. Acreditamos que, as vezes, os profissionais esquecem disso.

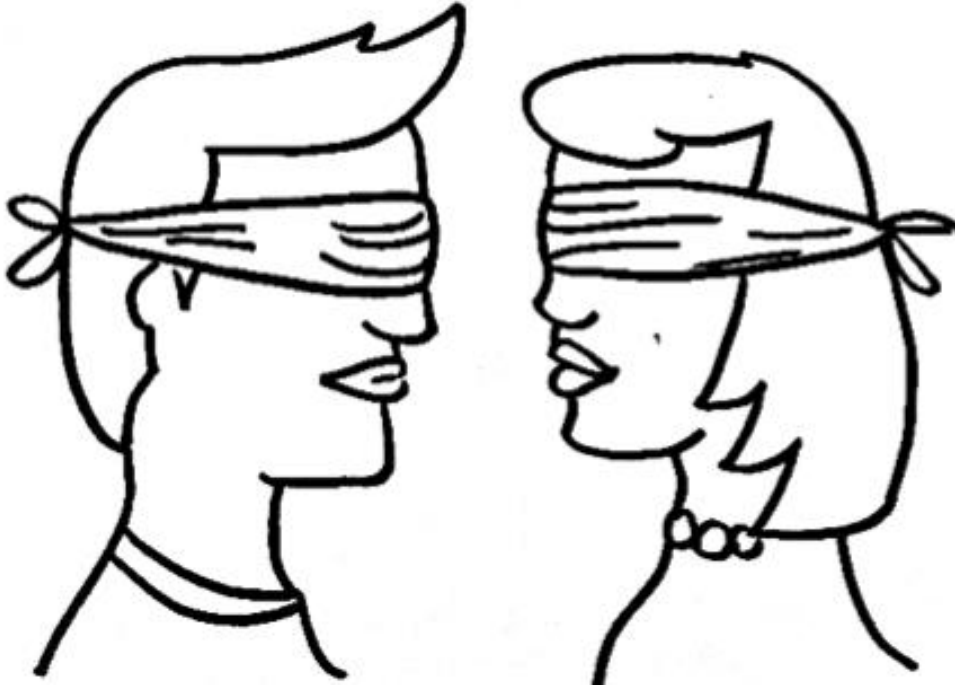
Para mim, o entendimento do médico é doença-trata-vai embora(E24).

Diante disso, alguns profissionais percebiam e se queixavam da abordagem de colegas relatando questões de violência obstétrica. Isso parecia ser recorrente em algumas unidades, colocando em risco a situação de saúde da mulher e da família. A atuação profissional, aqui, inviabilizava a proposta de cuidado e gerava uma outra demanda nas mulheres.

Os relatos que a gente escuta aqui de violência obstétrica são horríveis... (mulheres dizem) eu estou sentindo dor, doutor, converse comigo... e o médico chega para ela: daqui a pouco, tu vai tirar isso de ti... isso? O bebê, super-desejado... a mulher fica louca... com razão... eu, no lugar da mulher, quebraria tudo... faria uma confusão daquelas... mas as mulheres não se sentem... não entendem que estão utilizando um serviço que é direito

que elas se entendem num local de inferioridade com o
saúde... (E24).

Ilustração 6 - Tem alguém aí?



Fonte: elaborado pelos autores.

Quando violentadas, não havia sequer registro ou denúncia sobre o ocorrido. Acreditamos que isso acontece em virtude do medo das mulheres em sofrer alguma consequência, uma vez que já vêm de um histórico violento de acesso e contato com os serviços de saúde. Por este motivo e pela inoperância da gestão, manifestavam descrença quanto a qualquer sinal de mudança.

As pessoas não querem fazer registro... que elas acham que se fizerem, vão ser mais violadas ainda... (mulheres dizem) se eu fizer isso, o doutor vai fazer assim e assim comigo... é muito triste a gente ver... as vezes, eu olho para uma pessoa e ela foi tão violada por todo mundo que ela não se sente um sujeito de direitos... (E24).

A garantia do direito à saúde também é um destaque para a discussão sobre o cuidado. A sua violação implica na falência do cuidado oportunizada por sujeitos, práticas inapropriadas ou por instituições.

Quando tratamos dos casos de óbitos, não foi percebido manejo adequado por parte dos profissionais médicos que se recusavam a assinar a declaração de óbito durante o seu plantão. Alegavam que este documento deveria ser assinado

al pelo procedimento e não se preocupavam com a família que acabara de perder sua criança.

Paciente morre e eles ficam discutindo quem vai preencher a Declaração de Óbito (DO).... eu digo: você pode preencher a DO?... os médicos ficam falando super alto.: eu não vou preencher; o médico não preencheu, pois eu não vou preencher não. Meu Deus, (fala isso) gritando... eu disse: por favor, fale só um pouquinho mais baixo, porque você imagina como é uma pessoa está vivendo um luto e ele se deparar com esse tipo de comentário que você está fazendo... se coloca um pouquinho no lugar dele. Quer dizer que eles não tem sequer alteridade e empatia daquela pessoa... um ser humano? Eu não sei nem o que eu penso de caráter... o que uma pessoa dessa é... eu não sei... (E24).

Após o parto, algumas mulheres relataram, ainda, não ser informadas sobre a previsão de alta no hospital. Isso também comprometia a proposta de cuidado que estava sendo elaborada para aquele sujeito.

A moça aqui está de alta esperando só a alta do bebê... desde cedo... está faltando só agilidade das pessoas e boa vontade de trabalhar... eu mesma estou aqui esperando a alta desde ontem as 18 horas... o pai da criança estava aqui para levar a gente, mas eles disseram que não dão alta a noite... ele doido para levar a gente de carro e nada... o único problema aqui é a alta das crianças (E30).

Com isso, refletimos sobre as ações oportunizadas pelas instituições em priorizar os sujeitos, além de elaborar estratégias ágeis relacionadas à organização e funcionamento dos serviços para realocar a mãe e a criança em contato com as famílias e possibilitar, assim, a ampliação do cuidado.

No que diz respeito a permanência da criança no contato pele à pele com a mãe após o parto, não havia consenso nas unidades hospitalares. Sabemos que isso aproxima, tranquiliza e gera um vínculo importante entre a criança e a mãe. Contudo, essa prática não era percebida em todas as maternidades e também impactava no cuidado destes sujeitos.

A gente acha que isso é muito importante a mulher saber, por exemplo, que durante o pré-natal quando o bebê dela nascer ele tem que ser colocado no colo dela e não é porque é uma cena linda e de parto humanizado, mas é porque naquele momento o bebê precisa ser colonizado com as bactérias dela do hospital, porque o bebê precisa ter o controle térmico da temperatura dele e quem faz isso é o corpo da mãe, a troca de hormônios pra eles dois é importante, então a mãe precisa saber disso que na hora que o bebê dela nascer, se ele nascer saudável e não colocarem o bebê no peito dela ela vai gritar, ela vai dizer: porque vocês não colocaram o bebê? Porque eu sei que o bebê tem que ficar comigo, o meu bebê não pode ser

...nim na hora que ele nascer. Então assim, a gente sabe que a mulher é mais, e os grupos de gestante que a gente tem visto dificilmente trabalha a esse nível, falam de aleitamento né e é uma coisa que precisa avançar muito (E2).

Tudo isso coaduna com a proposta de humanização que está sendo fortalecida pela política da Rede Cegonha. Aqui, a humanização constitui a essência do cuidado e para isso é importante reunir esforços e aglutinar recursos tendo em vista o diálogo, a informação, a interação, a escuta, o vínculo, a participação, a amorosidade na relação entre os sujeitos, dentre outros.

Algumas profissionais inclusive mencionaram que a palavra humanização gera desconforto em alguns colegas e isso nos preocupa em relação ao cuidado que está sendo oportunizado nos diversos equipamentos de saúde. É importante discutir e rever estas questões relativas ao cuidado para a garantia do direito à saúde.

A essência da rede cegonha é humanização... a gente tem trabalhado muito isso e tem tentado desmistificar esse tema humanização, porque tem profissionais que não gostam... alguns obstetras do serviço não gostam dessa palavra humanização... a gente tem que trabalhar muito a questão de boas práticas, a gente tem que trabalhar evidência científica, mas esse é o foco não pelo fato da gente considerar que os profissionais da saúde desumanos, mas que a gente possa tá oferecendo o que o ser humano merece de melhor pra ele (E2).

Ainda, relacionado ao cuidar-de-si e cuidar-do-outro, um outro aspecto nos chamou a atenção. Nos casos de óbitos infantis, algumas mulheres mencionaram que isso gerou uma nova demanda tendo em vista a necessidade de aperfeiçoar maior percepção e conhecimento sobre si e sobre a gestação, parto, nascimento e puerpério.

- c) Potencial técnico-assistencial e suporte para a atenção à saúde da mulher e da criança

Para a discussão sobre o potencial técnico-assistencial e suporte para a atenção à saúde da mulher e da criança, há a necessidade de tecer alguns comentários sobre a constituição do território. O território em saúde aqui assume um sentido específico para cada sujeito, dependendo de quem estamos tratando.

Para os gestores e profissionais de saúde, o território adquire um sentido já pré-estabelecido por uma base normativa, seja para a referência das equipes de

para a ordenação do fluxo da média e alta complexidade sob um ponto de vista local ou regional. A partir desta normatização são pactuadas e consensuadas novas formas de se garantir o acesso aos serviços de saúde, respeitando os limites geográficos, político-administrativos e culturais, e de se estabelecer o cuidado.

Contudo, é preciso abrir espaços de discussão para as singularidades que atravessam os limites de tempo e lugar já estabelecidos por uma norma, um protocolo ou um roteiro. Isso inclui a análise do movimento realizado pelos sujeitos na busca pelo cuidado.

Vale mencionar, aqui, que mesmo o cuidado assumindo um caráter intersetorial e uma prática interdisciplinar, há uma supervalorização da assistência à saúde incorporada pelos sujeitos. Isso repercute diretamente em um tensionamento pelo acesso ao serviço e por uma demanda curativa, ainda, reflexo de um modelo biomédico enraizado na cultura da população.

Neste estudo, isso obteve destaque e foi relatado, principalmente, por profissionais do serviço de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR). As narrativas destes profissionais apontam que um número significativo de usuárias buscou o serviço na tentativa de se fazer um exame que, naquela ocasião, não se fazia necessário.

As narrativas das próprias mulheres mencionavam isso. Algumas delas relataram buscar exames complementares, como a ultrassonografia, apenas para saber o sexo do bebê. Nesta circunstância, quando não foi possível conseguir uma consulta e realizar este tipo de exame no serviço público no tempo do usuário buscaram outras vias de obtenção.

Vale mencionar que não é nosso interesse julgar se a necessidade de conhecimento sobre o sexo do bebê era necessário ou dispensável naquele momento. É bem provável que este tipo de conhecimento já evidencie o cuidar-do-outro. No entanto, estamos falando que a mulher busca métodos concretos para conseguir o acesso ao exames que acha pertinentes e que superam até mesmo a sugestão dos profissionais de saúde.

Desta forma, para as mulheres deste estudo, usuárias dos serviços de saúde materna e infantil, o território se constitui em um lugar onde é possível obter o cuidado e conquistar algo além do acesso à rede assistencial. Ele é construído a partir de sua experiência de saúde-doença ou é oportunizado por meio do contato

s sujeitos que lhes são próximos. Assim, não necessariamente se sobrepõe àquela proposta normatizada e não cabe em uma única via. É múltipla e fluida.

De uma forma geral, após a análise do potencial assistencial de um município, são discutidas possibilidades de arranjos atendendo uma lógica de agrupamento territorial em regiões ou macrorregiões de saúde. Usualmente, este tipo de arranjo atende à média e alta complexidade, uma vez que no estado do Ceará há cobertura das equipes de atenção básica em nível satisfatório, quando comparado com a média nacional, com exceção do município de Fortaleza:

Fortaleza tem déficit de cobertura de Programa de Saúde da Família ainda grande [...] acho que a gente está com uns quarenta por cento só de cobertura, se não me engano [...] sessenta por cento de áreas descobertas é muita coisa [...] a gente tem muitos problemas em relação a isso (E2).

Cada um dos agrupamentos (regiões ou macrorregiões de saúde) pode ser caracterizado de forma diferente quanto ao número de equipamentos sociais e de saúde, tipos de serviços e potencial humano. É diante deste sentido de território e com base nestes quesitos que analisaremos o potencial assistencial dos agrupamentos territoriais.

Para a demanda relacionada à atenção básica, por exemplo, a constituição do território segue a normatização já defendida e imposta pela equipe de Saúde da Família (eSF). A lógica da Estratégia Saúde da Família busca relacionar um equipamento de saúde à uma população adscrita, oferecendo ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) mais próximos de sua residência.

Caso a mulher encontre facilidade para o acesso às ações e serviços básicos, ela mantém este fluxo instituído pela política pública. Isso também se dá, quando a mulher estabelece um vínculo com a equipe de saúde, adquire confiança quanto à possibilidade de cuidado e encontra respostas rápidas e seguras às suas necessidades.

Quando isso não acontece, a mulher rompe com esta lógica de território já instituído e desenha um novo lugar que possibilite atender às suas demandas. Isso significa dizer que, para ela, não importa mais o perfil do serviço (atenção básica, média ou alta complexidade) ou o território político-administrativo que ele ocupa.

o fenômeno mesmo nas unidades hospitalares em que havia sido elaborado um mapa de vinculação à gestante. Apesar da referência estabelecida pelos gestores e profissionais, as mulheres buscavam o serviço indistintamente. Isso estava motivado por experiências próprias ou por contato com experiências de outros sujeitos que subsidiaram esta decisão. De acordo com os gestores:

A gestante [...] faz o pré-natal ali no PSF, mas na hora de parir ela vai sair peregrinando atrás de um local pra parir (E7).

Quando analisada a demanda de uma das maternidades, foi possível observar o atendimento de mulheres independente do território previamente pactuado como referência. Isso acontecia até mesmo além de uma programação já pactuada com municípios de uma mesma região de saúde.

Assim, tratar de uma região ou macrorregião de saúde é incorporar uma base normativa e se conectar com o discurso de gestores e profissionais de saúde. Os territórios desenhados pelos sujeitos, usuários dos serviços, não necessariamente incorporam esta mesma construção. Constituem lugares de arranjo mutável. No entanto, sofrem facilmente interferências da máquina pública.

Quanto a esse potencial técnico-assistencial, há um consenso de que no município de origem não há suficiência dos recursos que oportunizam respostas às demandas dos sujeitos. Até mesmo refletindo sobre os territórios normatizados pela eSF, as mulheres reconhecem que faltam profissionais, não existem recursos materiais para o trabalho, a infra-estrutura da rede hospitalar do município é deficiente, dentre outros problemas.

A saúde lá não é muito boa, não... é um pouco precária a situação lá... porque só tem dois postos... de saúde e o hospital... e é para o município todo, só que não tem muita estrutura... as vezes a gente não recebe o atendimento... o doutor não vem... falta uma coisa... e é muito ruim... no posto, eu só vou para o pré-natal mesmo... comecei já no quarto mês... (E55).

Muito triste, porque na saúde está um caso sério... muitas mulheres morrendo... muitas crianças... de parto... eu... fosse por mim eu teria ficado lá no distrito de Pentecoste... mas não pode... não poderia... tinha que vir para cá mesmo... (E54).

Se Novo Oriente tivesse esses recursos, melhor seria... eu queria muito que em Novo Oriente tivesse uma maternidade...tudo bem direitinho...porque é

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

na cidade da gente ter um hospital... com capacidade de... o primordial é a saúde da gente... porque lá... quando alguma coisa assim acontece... ou enviado para Crateús... ou é enviado para cá... mas, aqui... é muito longe... Ave Maria... (E35).

Quanto à falta de profissionais, comentam que é difícil ter médico no centro de saúde. Já nos hospitais do município, além de faltarem médicos para o plantão dos finais de semana e não existem enfermeiros obstetras para suporte das gestantes.

Porque em Pentecoste não tem o cirurgião dia de hoje... dia de sábado... só tem na semana... e eu não poderia esperar até segunda-feira... me botaram para cá... (E54).

Mesmo em municípios onde há médico para compor as eSF, algumas narrativas concordam que preferem a qualidade dos profissionais do que a quantidade. Isso nos faz refletir se são gerados planos de cuidados nestes espaços ou se existe unicamente a intenção de garantir a assistência.

(No município) tem três (médicos) que dão plantão no hospital e tem outro que dá plantão direto no hospital... porque assim... no final de semana reveza... segunda e terça reveza... e quarta, quinta e sexta é um só... mas assim... dos seis... eu acho que deve ter um pelo menos que gerencie o resto... então, assim... eu colocaria um médico... pagaria o preço que fosse necessário... 80 mil? 80 mil não vale a vida de uma criança não... se eu perco uma gestante... se eu perco um natimorto... fica feio para o município... fica ruim para a gestão... não ganha selo verde... porque tem um selo do UNICEF... não ganha... fica ruim... deixa de ganhar verba... deixa de ganhar recurso... deixa de ganhar benefícios para o município... então, as vezes, a pessoa peca... em não ceder... se eu tenho um médico bom, eu vou segurar ele... não, deixo ele sair (E27).

No que diz respeito aos recursos materiais, as mulheres afirmam ter dificuldades quanto à dispensação de alguns medicamentos na atenção básica. Mesmo em situações em que há o acompanhamento de gestantes de alto risco, são encontradas dificuldades de se garantir o acesso aos medicamentos.

Em se tratando de equipamentos para a realização de exames complementares, como a ultrassonografia, usualmente, se deparam com serviços indisponíveis. Aqui, nossos questionamentos giram em torno disponibilização de tecnologia, além da preocupação e presença de manutenção preventiva e corretiva que assegurem o funcionamento constante dos serviços.

Os hospitais de municípios de pequeno porte, não há possibilidade de assegurar o atendimento às gestantes de alto risco. Mesmo quando há esta possibilidade, algumas unidades hospitalares não dispõem de suporte como incubadora para bebês prematuros. Isso termina inviabilizando a assistência à saúde e ordenando o fluxo para outros municípios.

No que se refere à necessidade de utilização de serviços especializados, não contam com uma rede própria e necessitam deslocar as mulheres para outro município. Isso demanda, minimamente, apoio logístico e transporte para viabilizar o acesso aos serviços.

Algumas narrativas mencionaram reconhecer a limitação dos municípios quanto à assistência em saúde. A partir deste entendimento, havia aceitação das mulheres e demonstração de satisfação quanto ao deslocamento para o acesso aos serviços em outros municípios.

Eu precisava de uma consulta com o ginecologista... fui para a Secretaria [Municipal de Saúde] marcar... marquei o exame... quando eu vou... quase duas semanas para marcar o exame... consegui marcar o exame, mas a viagem não tinha [não tinha carro]... era para Crateús... (E51).

No Ceará, a partir de 2008, houve investimento crescente para a ampliação da rede especializada. Além de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas, foram construídos hospitais regionais de apoio nas diversas regiões e macrorregiões de saúde. Isso ampliou o potencial de resposta a algumas demandas geradas no território e estabeleceu a construção de fluxos, além de uma organização e funcionamento dos serviços coerente com realidade vivenciada.

Mesmo com todo este investimento, percebemos a insuficiência de leitos, principalmente, neonatais no estado como um todo e a necessidade de oportunizar o acesso aos serviços em um maior número de regiões possível.

Não há uma quantidade de leitos suficientes para a quantidade de mulheres que estão necessitando... vou dar só um exemplo... Santa Casa tem seis leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR)... e as vezes tem 30 mulheres internadas... e estas mulheres ficam nos corredores... ficam sentadas em cadeiras... porque não tem onde colocar (E3).

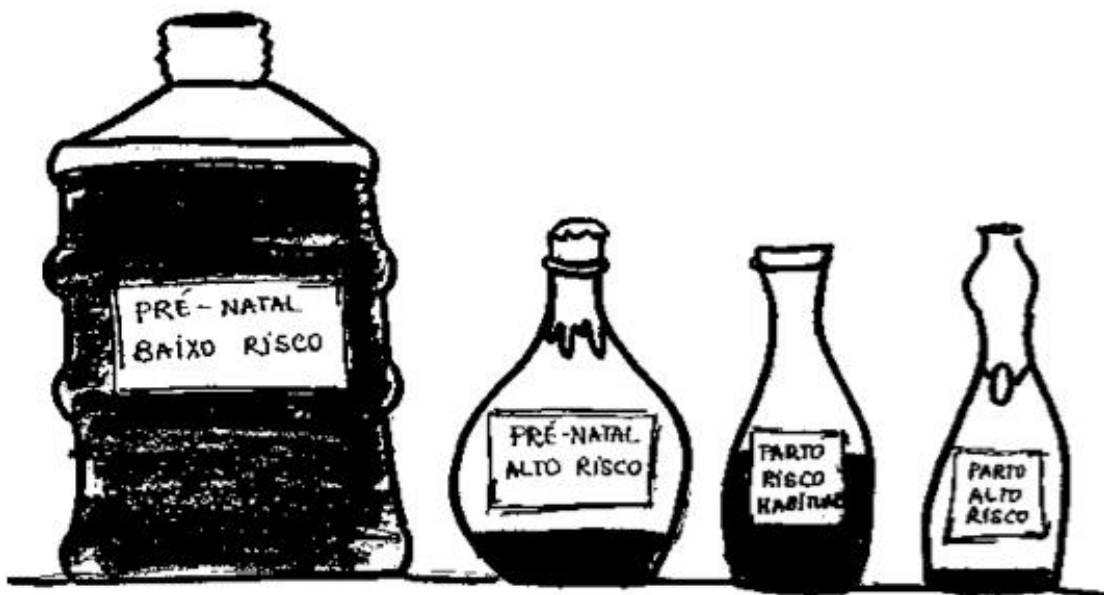
A gente está com déficit de leitos no estado todo [...] o município de Fortaleza perdeu nos últimos sete anos mais de cem leitos de obstetrícia [...] a gente não tem leito de neonatologia suficiente pra atender a demanda do estado todo [...] isso tem gerado peregrinação [...] isso tem gerado comorbidades e mortalidades [...] então, há necessidade de mais

[...] por mais que (o Ceará) tenha sido o estado que mais propostas (de Rede Cegonha junto ao Ministério da Saúde), a gente não teve essas propostas todas aprovadas [...] e outra coisa, os municípios não conseguiram dar celeridade a esses projetos porque os primeiros projetos aprovados pela rede cegonha foram via sistema da Caixa Econômica Federal difícilíssimo, cheio de complicações [...] os projetos de dois mil e onze não foram executados ainda porque os municípios não conseguiram ter rapidez administrativa (E2).

Ainda tem muita peregrinação... tem muito município do interior que deveria estar fazendo os partos habituais... que na ocasião da elaboração do plano de ação se comprometeram a fazer os partos de risco habitual... e que eles não estão cumprindo com o que foi acordado... e por isso estas gestantes são encaminhadas para outros serviços... e isso acarreta uma superlotação aqui de gestantes em Fortaleza... que já tem leitos muito reduzidos para a sua população... e com isso superlota mais ainda... (E4).

As narrativas de profissionais e gestores apontam, ainda, que há a necessidade de ampliação da rede hospitalar e, em especial, o número de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatais devido à sobrecarga destes equipamentos no estado.

Ilustração 7 - Potencial assistencial em várias doses.



Fonte: elaborado pelos autores.

De acordo com a experiência de cada um deles, há uma sobrecarga das UTI Neonatais do município de Fortaleza que concentra o maior número de dispositivos do estado. Conseqüentemente, o maior número de referências chega a este

possibilidade de resposta na maioria das regiões de

saúde do estado.

O interior não tá atendendo nada... tem município que não registra nascimento... tem município que nem sequer organizou uma pequena maternidade pra dar conta dos partos de baixo risco e manda tudo pros outros municípios... sobrecarrega. Caucaia, por exemplo, que é o segundo município mais populoso do estado do Ceará manda tudo pra cá, tem uma maternidade pequenininha com quatorze leitos e que não adianta, não dá conta da demanda (E2).

De acordo com o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha, há uma perspectiva de ampliação do número de UTI Neonatal em todo o estado. A intenção é disponibilizar este equipamento nas 17 Redes Cegonha já pactuadas. Contudo, além da infra-estrutura necessária, não podemos esquecer dos recursos humanos para a sua operacionalização. Atualmente, percebemos dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com esta demanda e, em especial, médicos neonatologistas.

Outros equipamentos de saúde como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também contribuem para o incremento do potencial técnico-assistencial proposto. No Ceará, a proposta da Rede Cegonha está articulada ao SAMU. Contudo, não percebemos a disponibilidade deste equipamento em todas as regiões de saúde.

A gente ainda tem uma deficiência nas urgências, no SAMU e no próprio transporte da gestante [...] ainda, vejo muita história de mulheres que pegam carros próprios, enfim, o município que pega uma ambulância e manda. Eu acho que essa conexão de transporte avançou pouco (E1).

O SAMU ele atende prioritariamente as demandas de rua. A gente sabe que levar gestante em ambulância é um percentual baixíssimo [...] 0,6% dos transportes era com gestante [...] então muito baixo o percentual porque acaba transportando muito pouco. A gente precisava ter na proposta inicial da rede cegonha era o SAMU Cegonha e depois foi reorganizado pra rede de urgência/emergência absorvesse e disponibilizasse transporte sanitário e transporte de ambulância e de suporte avançado pra mulher e pro menino quando precisasse, mas a gente tem essa garantia assim, por exemplo, o interior vem pra cá dos municípios ou do próprio SAMU vem, mas dentro de Fortaleza ainda é um pouco difícil, a gente acaba mais terceirizando isso do que pelo SAMU (E2).

Na macrorregião de saúde de Sobral, não há esta possibilidade de articulação, uma vez que somente o município sede conta com este tipo de serviço à

... serviço quanto à cobertura de urgência para a Rede Cegonha nesta macrorregião.

A única região do Ceará que ainda não tem SAMU é a região norte... hoje a gente tem um SAMU municipal de Sobral... e não tem trabalhado como deveria nesta perspectiva de região... perdura como SAMU municipal... claro que numa eventualidade... numa necessidade... sim... mas isso não é formalizado para todos os casos... porém há a necessidade do SAMU regional... (E3).

Mesmo em municípios onde o SAMU Regional já se encontra implantado, há dificuldade de articulação e integração entre este serviço e a Rede Cegonha. Isso foi mencionado mais enfaticamente pelos profissionais das unidades hospitalares que não contam com o SAMU sequer para o deslocamento e transferência de pacientes na rede. Este relato se justifica pelo fato de que há engessamento e burocracia acentuada que não permite a constituição do trabalho conjunto.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também foi entendida como um dispositivo importante para a Rede Cegonha. Este equipamento possibilita a permanência de mulheres e bebês diante da necessidade de seguimento e continuidade do cuidado. No entanto, o número de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e o quantitativo de vagas por equipamento no estado não parece ser suficiente para a demanda mulheres e crianças.

No que diz respeito à qualidade deste equipamento, algumas mulheres mencionaram conforto e comodidade no alojamento e comentaram sentirem-se satisfeitas.

Aqui, dá para perceber que é um lugar lotado... não dá para ter aquela coisa bem confortável... por conta que é muita gente... mas comparando a certos lugares, eu acho aqui um lugar bom... tem merenda... tem o lanche... as coisas limpinhas... água dá para gelar lá dentro do quarto... é bom... (E62).

d) Acesso à saúde e peregrinação

Na medida em que a mulher tem a necessidade de resposta a uma demanda relacionada à sua saúde ou de seu bebê que, ainda, não foi atendida no seu ambiente familiar ou comunitário, ela busca apoio nos equipamentos sociais e de saúde. Vale comentar que esta necessidade, às vezes, é reconhecida por outras

heias a ela, e, desta forma, gera uma demanda a ser respondida.

Os equipamentos sociais têm constituições diversas e são legitimados pela comunidade na medida em que há materialização de um sentido. A convergência dos sentidos atribuída a cada um deles faz com que se formem potências de referência para os diversos grupamentos sociais. No caso de mulheres e crianças, isso não é diferente.

Quanto aos equipamentos de saúde, também percebemos uma pluralidade de aproximações, seja por meio de profissionais de saúde já reconhecidos e autorizados por ela como os ACS, enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos que integram os Centros de Saúde da Família, seja por outros profissionais ligados e atuantes naquele espaço como vigilantes e serviços gerais. Esta aproximação parte de uma vontade que lhe é própria ou do incentivo de integrantes do seu convívio familiar ou comunitário que já tiveram a experiência com o serviço ou que tem ele como referência. Neste sentido, é importante reconhecer as distintas possibilidades e potencializar a sua materialização e vínculo.

Diante do que já foi exposto, é importante estimular os encontros e a convivência entre os sujeitos em diferentes espaços na comunidade com o propósito de criar novas perspectivas de cuidado. Isso pode ser feito no próprio equipamento de saúde, como também em associações comunitárias, instituições de ensino e lazer, dentre outros. Cabe ao profissional de saúde reconhecer, a partir do processo de territorialização, os espaços já legitimados pela comunidade e fazer deles um ambiente de cuidado em potencial.

No que diz respeito à atuação do profissional em um ambiente externo ao equipamento de saúde, percebemos uma fragilidade recorrente, uma vez que há uma barreira quanto à sua saída. Isso acontece tanto por uma postura própria do profissional em enxergar outras potencialidades de atuação no território, como também pela pressão da comunidade em não reconhecer o trabalho fora do ambiente ambulatorial. Alguns aspectos logísticos também podem interferir nisso, mas compreendemos que, quando isso acontece, não são identificados meios para a sua superação. Concordamos em afirmar que o trabalho em saúde não obedece um limite físico-espacial; sendo assim, o seu referencial é o próprio território e a prática de saúde deve superar aquele paradigma.

os estruturada, a mulher busca uma resposta à sua demanda nos espaços onde encontra disponibilidade, abertura e facilidade. Barreiras pessoais (subjetivas), geográficas, sociais e funcionais, por exemplo, interferem diretamente no contato com os serviços. Dentre as barreiras pessoais (subjetivas), é importante mencionar a cultura e a tradição. A própria compreensão sobre saúde elaborada a partir destes conceitos influencia a tomada de decisão sobre o espaço onde vai buscar uma resposta à sua demanda. Caso a mulher compreenda seu estado como doença e que o hospital é o único lugar onde terá o seu problema resolvido, não medirá esforços para chegar até lá. As outras barreiras estão ligadas ao território propriamente dito, à comunidade e ao serviço de saúde. Diante disso, é importante não julgar a atitude da mulher, uma vez que a sua experiência e história de vida justificam a construção de cada uma destas barreiras.

Isso pode ser aplicado em diversas situações. O fato de se reconhecer gestante, por exemplo, pode não implicar em uma necessidade que precisa ser compartilhada ou atendida com outras pessoas ou profissionais. Na medida em que ela percebe que são necessários outros recursos que ela não dispõe ou não domina, busca uma aproximação com aquilo que lhe estar acessível - pessoa ou lugar.

Assim, insistimos que é importante estar aberto e possibilitar maneiras de garantir os encontros e as relações interpessoais. A equipe de saúde também faz parte disso e tem este tipo de responsabilidade. Isso poderá contribuir para a elaboração de uma resposta à demanda da mulher ou mesmo ajudar na instrumentalização do cuidar-de-si.

Uma vez gerado o contato com o estabelecimento de saúde da atenção básica, é hora de investir e cuidar deste momento. O primeiro contato do profissional com a futura mãe não deve ser um momento de julgamento, de discriminação ou retalhamento. Este tipo de abordagem foi apontada em diversas narrativas tanto de mulheres, como também de profissionais que reconhecem colegas com essa postura no ambiente de trabalho. Percebemos que isso fragiliza o ambiente que é edificado, além de caracterizar uma forma de violência contra a mulher. O trabalho em saúde e a busca pelo restabelecimento do equilíbrio e qualidade de vida não gira em torno da culpabilização do outro. Por isso, há a necessidade de reflexão constante das nossas práticas diante das demandas apresentadas pela comunidade a quem somos responsáveis.

dade de manter este espaço ou ambiente protegido ou encastelado. À futura mãe, deverão ser oportunizadas experiências ou ferramentas que poderão lhe proporcionar a construção do cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros. Isso pode ser oportunizado por meio de práticas individuais envolvendo ou não os familiares de escolha da mulher, assim como ações coletivas de promoção da saúde em grupos de convivência, por exemplo. Uma relação estreita com os profissionais tende a favorecer este tipo de atitude.

Sobre a inserção do companheiro ou de algum outro familiar junto à mulher em cada uma destas etapas, reconhecemos neste estudo uma potência, uma vez que possibilita o empoderamento e a condição de participar ativamente do cuidado da saúde da mulher e da criança. Além disso, a mulher se sente mais segura tendo ao seu lado alguém próximo a quem ela pode recorrer em qualquer circunstância. Restringir o contato com um acompanhante não coaduna com as práticas de humanização apontadas para o trabalho em saúde. Contudo, a inserção do companheiro ou alguém de escolha da mulher durante a internação não foi uma prática observada durante a nossa investigação.

Dizem que agora só pode acompanhar se for de menor... por exemplo, se eu for de menor, posso ter acompanhante, mas se não, não posso (E41).

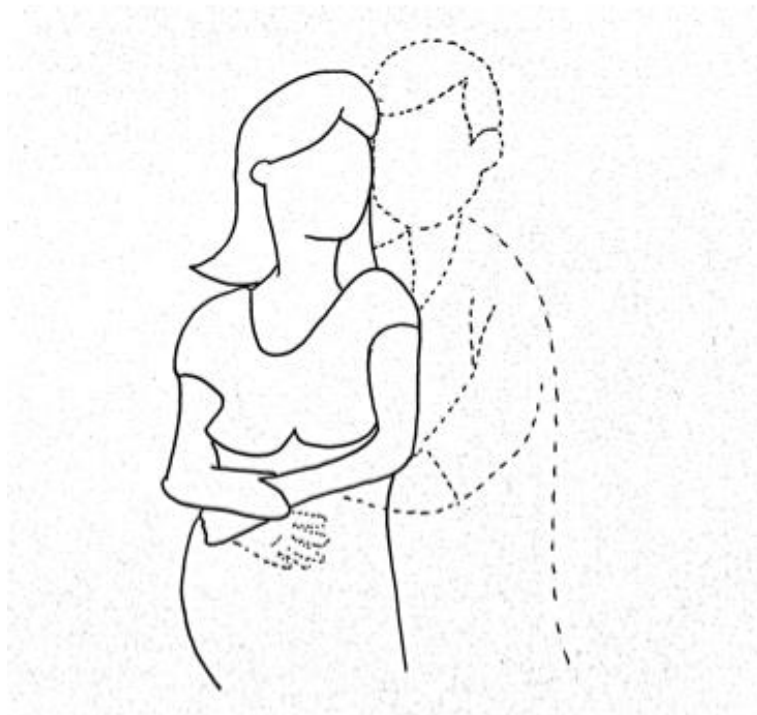
De acordo com os gestores, esta é uma temática relevante e deve ser incentivada:

Acompanhante no parto [...] esse é um dos indicadores que a Rede Cegonha monitora permanentemente [...] esse direito no estado do Ceará é muito diferenciado entre as dezessete redes [...] um assegura o direito no pré-parto e outro só assegura o direito no pós-parto, quando já vai pra enfermaria [...] outros asseguram o direito no pré-parto, no parto e no pós-parto [...] depende muito do ambiente onde estamos analisando [...] mas é constante essa nossa luta de garantia desse direito (E5).

Quanto ao contato da mulher com os serviços, o que temos percebido é que o próprio estabelecimento de saúde impõe regras e protocolos que não lhe favorecem. Os dias e turnos limitados de marcação de consultas e os horários pré-estabelecidos para que este encontro se efetive acaba por restringir ou mesmo inviabilizar a prática do cuidado.

para marcar o pré-natal, tem que ir na primeira semana do
narcam ou para o dia 15 ou para o dia 20... (E58).

Ilustração 8 - O acompanhante oculto.



Fonte: elaborado pelos autores.

É preciso reconhecer a demanda que é singular à cada um dos casos e elaborar uma proposta de trabalho flexível e dinâmica. A prática de um cronograma já definido e engessado durante um longo tempo não favorece o compromisso e responsabilidade do profissional de saúde com os sujeitos. Ao contrário, afasta a mulher do serviço e cria um cenário cômodo apenas para o profissional de saúde que se esconde por trás de um calendário rígido, que impossibilita o dinamismo do cuidado e é adequado somente para si.

Quando a mulher não encontra um ambiente que lhe é favorável na atenção básica, não tem a sua demanda reconhecida e respondida ou mesmo não se sente contemplada ou atendida, parte para a busca do cuidado em outro nível. Na medida em que isso acontece, superlotam as emergências obstétricas com queixas ou demandas que seriam facilmente resolvidas nos estabelecimentos de saúde de nível básico. Durante a nossa investigação em ambiente hospitalar, percebemos uma infinidade de necessidades registradas no setor de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR) que não atendiam ao perfil do serviço. Foi recorrente a queixa dos profissionais deste serviço quanto à procura por demandas,

que carregavam fragilidades pessoais (subjetivas), geográficas, sociais e funcionais complexas.

Esta nova demanda não era reconhecida como oportunidade neste espaço de cuidado. Não parecia, nem mesmo, ser aproveitada e utilizada para a construção de um projeto terapêutico ou, mesmo, não gerava uma prática de cuidado. As mulheres eram acolhidas, tinham o seu risco classificado, eram orientadas quanto à sua necessidade, mas não se oportunizava o vínculo com nenhum outro equipamento de saúde. Não havia sequer uma estratégia de comunicação, articulação ou integração com a equipe ou com o serviço da atenção básica que lhe fosse apropriado e pertinente ao caso. Neste momento, se perdia a possibilidade de apresentar um rol potente de opções para a construção do cuidado e garantir uma retaguarda favorável à saúde da mulher e da criança.

Alguns profissionais comentaram sobre esta falta de comunicação e articulação entre os serviço:

Vários serviços não estavam atuando em rede [...] então, a gente tem serviços aqui em Fortaleza, sobretudo, que eram centros de excelência, referência pra neonatologia, referência pra questões da maternidade e do período de perinatal, mas que não se conversavam (E1).

A gente tem muita dificuldade entre as corporações, entre as diferentes categorias profissionais [...] é o obstetra que briga com o neo, que briga com o enfermeiro, que briga com o fisioterapeuta [...] e a gente tem uma usuária que é única [...] uma mulher, um serviço que é único [...] mas que a gente tem muita dificuldade na gestão da saúde (E1).

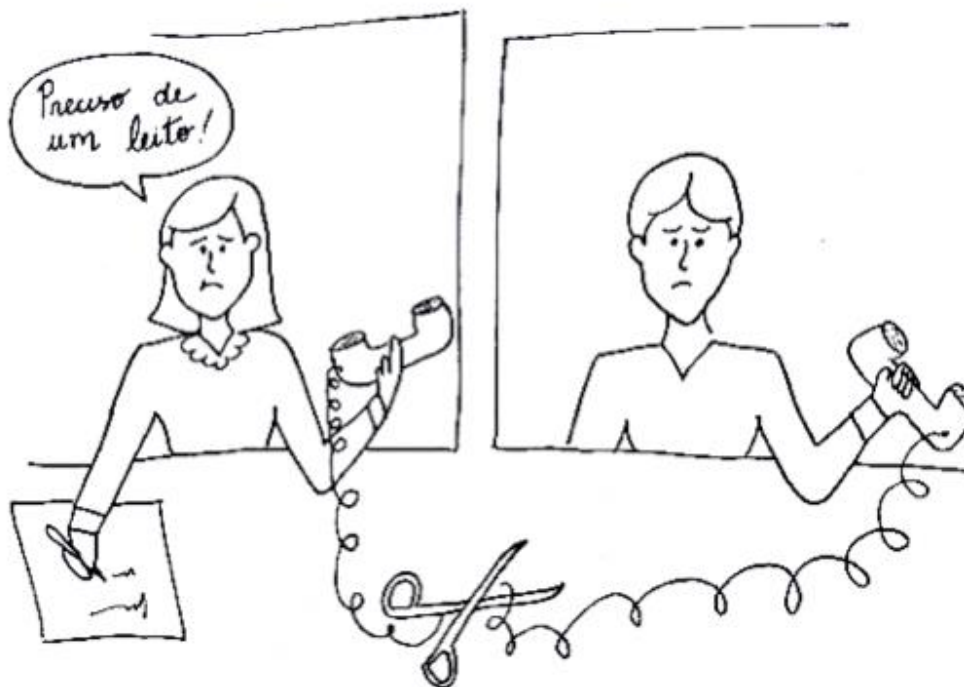
De fato, na medida em que a mulher não encontrava uma resposta para a sua necessidade em um estabelecimento de saúde de atenção básica, ela peregrinava. Quando essa necessidade era levada à outro nível de atenção e continuava sem respostas, acontecia o mesmo, continuava peregrinando. Costuma fazer isso até ter a sua demanda atendida parcial ou totalmente.

Nós rodamos em três hospitais para pode conseguir um... que foi esse daqui que deu certo... e aqui eu fico até encontrar uma vaga... (E54).

Eu perguntei se poderia ser na Caucaia... ou no Pirambú... ou no hospital da mulher... e botaram para Caucaia... não teve vaga lá... na Santa Teresinha... a gente foi para o Pirambú e também não tinha vaga... fomos para a quarta etapa... na Nossa Senhora da Conceição e também não teve... e vimos para cá... e aqui eu estou esperando... foi o que deu certo... Graças a Deus! (E54).

PA de Caucaia... depois para o hospital municipal... passou... fiquei tomando soro até meia-noite e meia... do municipal, nós fomos para casa... não houve melhora... voltei de novo para o municipal e o médico passou uma USG... fui em uma clínica que é particular... foi o jeito, porque se a gente fosse esperar por lá... tinha que marcar na secretaria de saúde... talvez, quando morresse é que iria chegar o dia de consultar... fazer o exame... acusou que estava com pedra nos rins... voltei para o hospital... medicação... soro... melhorava, mas não passava... a gente foi para casa de novo... em casa, novas dores... e começou a sangrar... a gente foi para a Santa Teresinha... que é em Caucaia também... lá só tinha um médico... estava com muitas dores, sangrando e com a respiração lenta...e lá, não tem aparelho para este tipo de dor que estava sentindo... ele achou melhor transferir... então, ele ligou para vários amigos dele daqui de Fortaleza e onde ele encontrou foi aqui... um amigo que ele tinha... e transferiu para cá... mais ou menos 23h30min... quarta-feira... quando cheguei... deram medicação e soro... e melhorei... Graças a Deus, estou bem melhor... (E57)

Ilustração 9 - Sem radar.

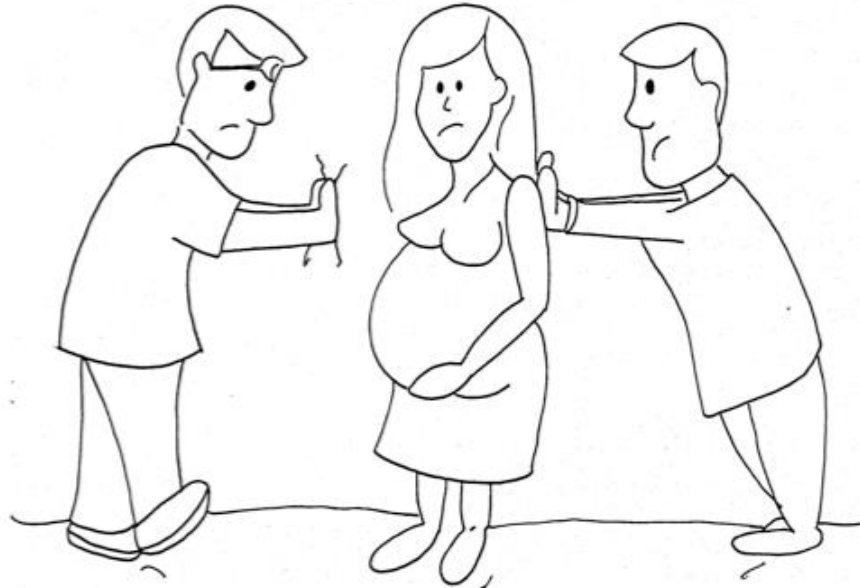


Fonte: elaborado pelos autores.

Acreditamos que o profissional de saúde assumia uma postura de trabalho resistente e contrária à perspectiva adotada no modelo atual, que busca estabelecer a comunicação, além de integrar e articular cada um dos equipamentos de saúde. Em geral, percebemos que profissional se ausentava do cuidado pelo lugar que ocupa (nível de atenção) e impedia que novas conexões fossem formadas. O fato de ocupar um espaço em um equipamento de saúde e assumir funções diversas não se

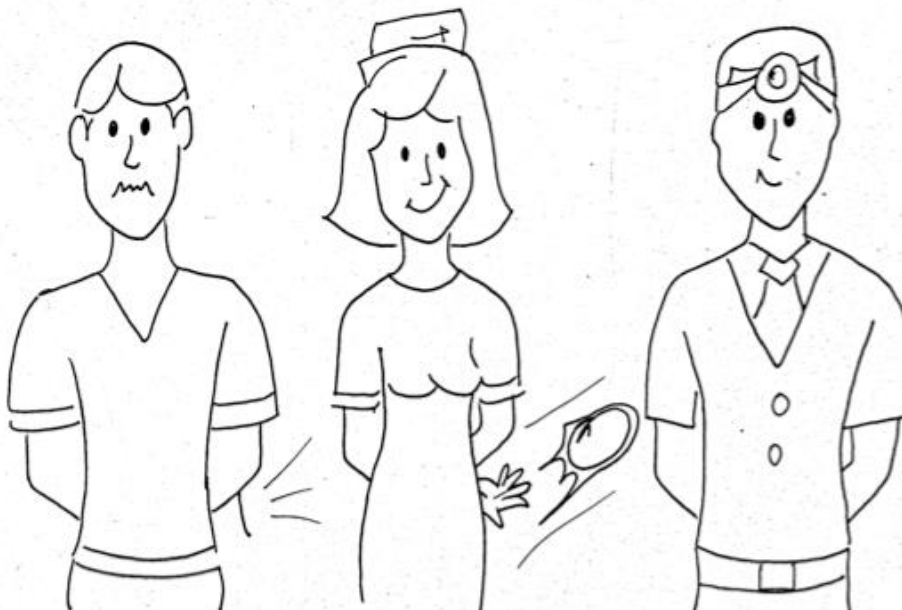
o; ao contrário, responsabiliza o profissional diante da demanda do sujeito que não é atendida.

Ilustração 10 - Empurra-empurra.



Fonte: elaborado pelos autores.

Ilustração 11 - Passando a babata quente.



Fonte: elaborado pelos autores.

is adotadas pelos profissionais de saúde, quando isso acontece. A falta de uma agenda de contatos dos serviços de saúde, a indisponibilidade de meios de comunicação, um sistema de registros de saúde não eletrônico, a sobrecarga de trabalho, a falta de um profissional de retaguarda, tudo isso se acumulava, gerava insatisfação no trabalho e era criada uma sensação de angústia e impotência constante. Assim, durante todo o trabalho, novas barreiras funcionais eram produzidas e se desenhava um abismo entre cada um dos equipamentos de saúde.

Ilustração 12 - Saúde é do polvo.



Fonte: elaborado pelos autores.

Na relação entre os equipamentos de saúde da atenção básica, média e alta complexidade, há um outro assunto interessante que precisa ser citado. Na medida em que era percebida uma demanda que gerava uma internação, era registrado um problema, tanto pela indisponibilidade de serviços apropriados no município, como pelo quantitativo insuficiente de leitos para aquele caso ou condição. Neste sentido, esperávamos que o sistema de regulação desse conta desta demanda.

No Ceará, há um primeiro indicativo para o trabalho de regulação do acesso à saúde. Estamos tratando do mapa de vinculação das mulheres às maternidades.

Há cinco anos atrás não tinha isso [...] tinha mulher que saía de um lado de Fortaleza para parir no outro [...] e que não chegava lá [...] não podia e tinha que ir [...] hoje, existe um mapa e ele tem acontecido, então eu acho que esse é um grande movimento da vinculação (E1).

Tivemos muitos avanços, mas ainda deixa muito a desejar. A regulação no âmbito do estado ainda é um pouco deficiente, mas não é pela pauta da regulação em si, é pela falta de vagas. Como a gente tem déficit de leitos, regulação não cria leito, ela não cria vagas e como já existe há muito tempo esse hábito de regular na base da amizade, as pessoas não acreditam, não valorizam a regulação, então existe um problema muito sério. Eu acho que a regulação precisa se fazer acontecer pra poder ser mais proativo. Como na reunião o pessoal acabou dizendopra caramba, concordo e não tiro a razão deles de que a gente precisa ter mais apoio da regulação (E2).

No município de Fortaleza, havia três possibilidades de vinculação quanto à demanda para hospitais de nível terciário, a saber: Hospital César Cals, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital Geral de Fortaleza. Cada um destes equipamentos contava com um indicativo de vinculação em uma regional de saúde, contudo, não podemos amarrar o acesso somente a esta condição. O mapa de vinculação às unidades deve ser apoiado na autonomia, escolha e decisão das mulheres, no acesso facilitado, disponibilidade de leitos, aliado à orientação da gestão local para o serviço. À mulher deve ter uma segunda opção ou à ela ser oportunizada a possibilidade de escolha livre e sem interferências. Pensar em tangenciar uma mulher ao serviço é pensar naquilo que é melhor para o serviço e não para a mulher.

Averiguar o que o médico está fazendo... ter uma segunda opção... para não acontecer certas coisas... porque só sabe quem passa... não é fácil... (E61).

Infelizmente, nas outras regiões de saúde do estado há uma dificuldade de escolha diante do potencial assistencial limitado que cada uma delas apresenta.

Tem serviço que faz menos de trezentos parto / ano [...] faz cesariana de rotina [...] o médico só é contratado pra sexta-feira [...] então, ele agenda todas as mulheres pra fazer a cesariana na sexta. Então, eu acho que o estado precisava conduzir essa discussão com os municípios de fechar os serviços, ao mesmo tempo potencializar os outros [...] é uma discussão grande com o conselho de medicina e das práticas mesmo (E1).

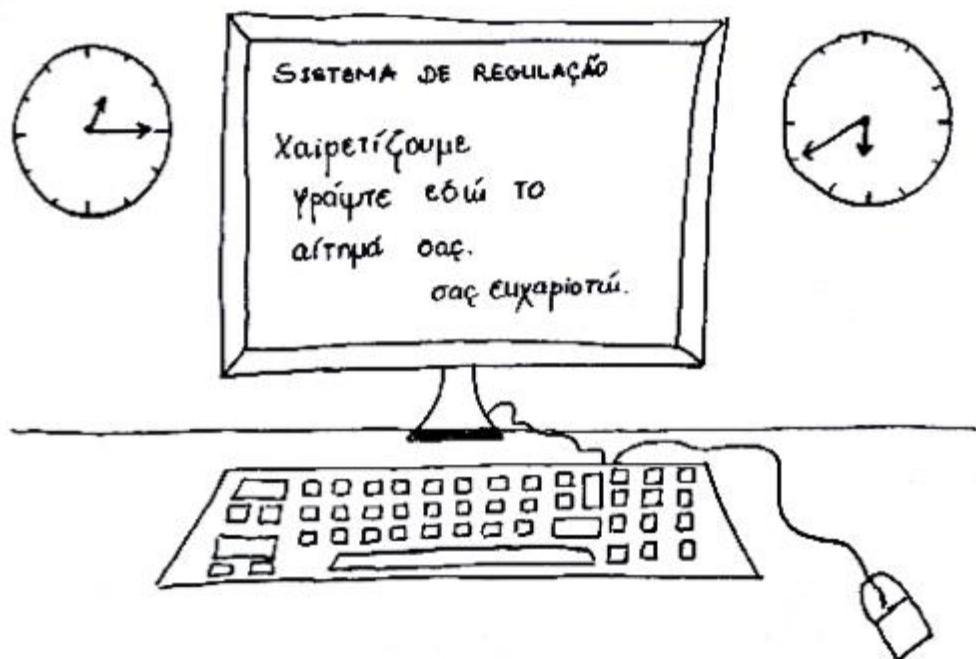
No entanto, é possível garantir articulações fora daquela área de abrangência territorial desde que exista pactuação e planejamento para isso.

das mulheres quanto à unidade de referência, passamos a discutir sobre o processo de regulação propriamente dito. A definição de regulação que utilizaremos como referencial foi construída a partir da ideia de que o equipamento de saúde de origem (unidade solicitante) solicita e articula uma vaga em um leito de internação junto a um órgão da esfera de governo (mediador) levando em consideração o tipo de demanda a ser atendida, o porte do equipamento de saúde de referência (unidade demandada), o suporte técnico (profissional e equipamentos) adequado, a disponibilidade de vagas, a relação de proximidade e o tempo de transferência que certifique segurança quanto ao caso. Este processo de trabalho envolve a necessidade de atuação de uma equipe qualificada tanto para o repasse de informações sobre o caso clínico, como também para a sua análise dentro da rede de serviços. Aliado a isso, requer rapidez e agilidade na sua operacionalização.

Neste estudo, a regulação foi apontada de forma consensual como um grande nó.

A regulação também é uma decisão política... como toda decisão política ela tem consequências que são complexas... difíceis as vezes de serem entendidas por exemplo pelos trabalhadores de saúde... mas eu digo que melhorou a regulação... porque hoje a gente vê muitos casos que se efetivaram por meio da regulação... se efetivaram de forma positiva... mas vamos encontrar muitos ainda... formas diversas de acesso... porque ainda tem gestores que não entendem que a regulação é necessária para a organização de um serviço de qualidade (E3)

A orientação para o trabalho estava relacionada com a alimentação de um sistema de regulação e a espera de resposta após a consulta sobre a disponibilidade de vagas em uma rede de serviços. Contudo, notamos a falta de credibilidade quanto a este processo de trabalho, em virtude da demora na elaboração de uma resposta à unidade solicitante. Alguns profissionais de saúde até registravam a demanda no sistema de regulação, mas não aguardavam a resposta com o receio de comprometer a saúde da mulher e da criança. Caso a resposta viesse a surgir durante o deslocamento da mulher do município de origem até o destino, havia a possibilidade de contato com a equipe responsável para comunicação e orientação quanto à rota.



Fonte: elaborada pelos autores.

Quando isso não acontecia, percebemos um verdadeiro jogo ao arbítrio da sorte que coloca em risco a vida da mulher e da criança. Foi recorrente a andança em dois, três ou mais equipamentos de saúde até conseguir uma vaga.

Vim tentar a sorte, porque lá é muito difícil as coisas... porque é na sorte, as vezes, não fazem... e vim tentar para cá... Fortaleza... (E63).

Diante de um processo de regulação inoperante, a mulher se sentia fragilizada, descontente e descrente. Algumas delas relataram que não eram recebidas, que não havia vagas, que preferiam ter ficado mesmo no município de origem, etc. Já os profissionais de saúde afirmavam não voltar as mulheres, a não ser quando o setor de emergência obstétrica se encontrava fechado. Neste momento, nos questionamos quanto a esta situação de fechamento de um recurso que poderia contribuir na escuta e acolhimento do sujeito ou mesmo na regulação do acesso à saúde.

Sobre isso, vale esclarecer que há nos equipamentos de saúde um setor que otimiza este papel de regulação. Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) é depositada maior atribuição, quando o sistema de regulação do município ou estado não consegue operar. Na MEAC, a equipe já visualizou um desempenho satisfatório

número de mulheres e crianças transferidas dentro da rede assistencial. Foram pontos importantes para estes resultados: a incorporação do hábito de análise da demanda e investigação da precisão e tipo de cuidado; a necessidade de comunicação periódica com as equipes do estabelecimento de saúde e, entre estas e outras unidades; a efetivação da articulação para o cuidado; o controle do serviço por segmento; e, os subsídios para a tomada de decisões. Todos estes aspectos são indispensáveis, quando se quer otimizar a função reguladora.

Ainda, em virtude da limitação do cuidado no município de origem, seja pelo baixo potencial técnico-assistencial, seja pela impossibilidade de restabelecimento de uma condição de saúde, é difícil se colocar no lugar de daqueles profissionais. Não temos dúvidas que é preciso integrar e articular os serviços em rede, porém há a necessidade de reunir esforços micro e macro-sistêmicos, além de agregar recursos de naturezas diversas que subsidiem o cuidado, a organização e o funcionamento dos serviços, a orientação quanto aos fluxos de demanda e oferta, dentre outros. Neste aspecto, julgar os profissionais da ponta parece a opção mais fácil.

Alguns gestores apontam que não se trata mais de sensibilização acerca do problema; é preciso intervir:

Um dia desse eu cheguei numa reunião de óbito materno... foram botar um filme lá de sensibilização sobre o óbito materno... eu me impacientei... pelo amor de Deus, minha gente... eu já estou sensibilizada há vinte anos... vamos fazer as coisas... vamos trabalhar... só que tem gente lá que entrou agora e que ainda precisa se sensibilizar (E7).

Notamos, ainda, alguns problemas como: a tensão criada junto à equipe responsável pela transferência; a falta de um transporte seguro; a expectativa gerada na mulher sem saber qual será o seu destino e se há a possibilidade de resposta à sua demanda; e o clima de insegurança causado.

Em outras situações, percebemos que o profissional que encaminhou o caso, muitas vezes se ausentava da responsabilidade com a paciente e seu bebê. Isso foi observado por vários aspectos: não havia uma avaliação detalhada sobre o caso; não eram verificadas as condições de transferência da mulher; não eram tomadas medidas preparatórias para agilizar o atendimento na chegada ao equipamento de saúde de referência; não havia preparo do profissional que estava fazendo a

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

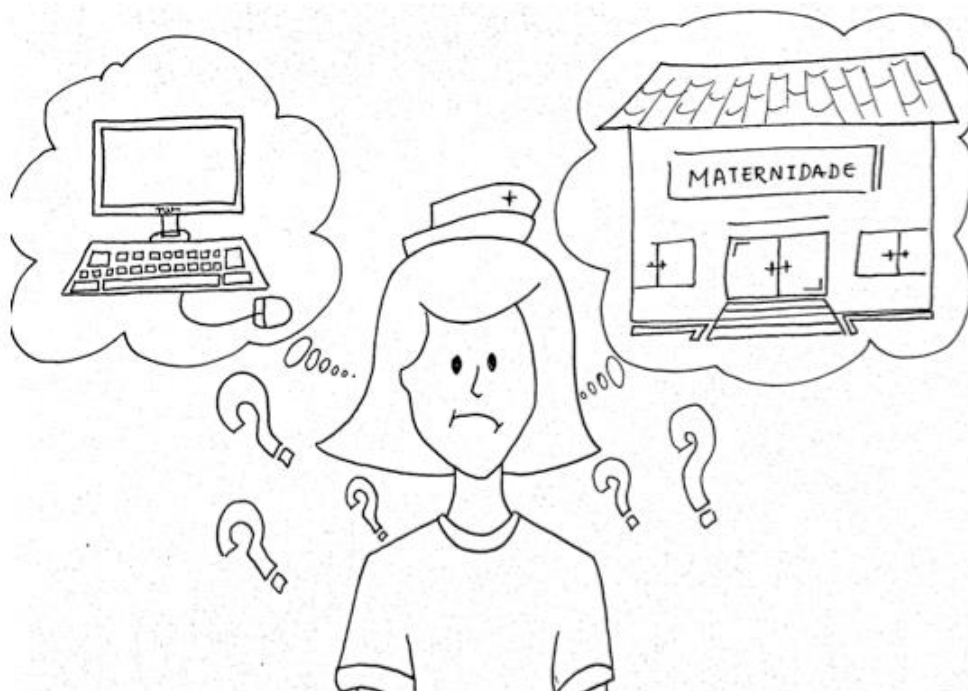
ato prévio nem articulação com o hospital mesmo sem a informação do sistema de regulação.

Ilustração 14 - Liga para mim, diga que vem.

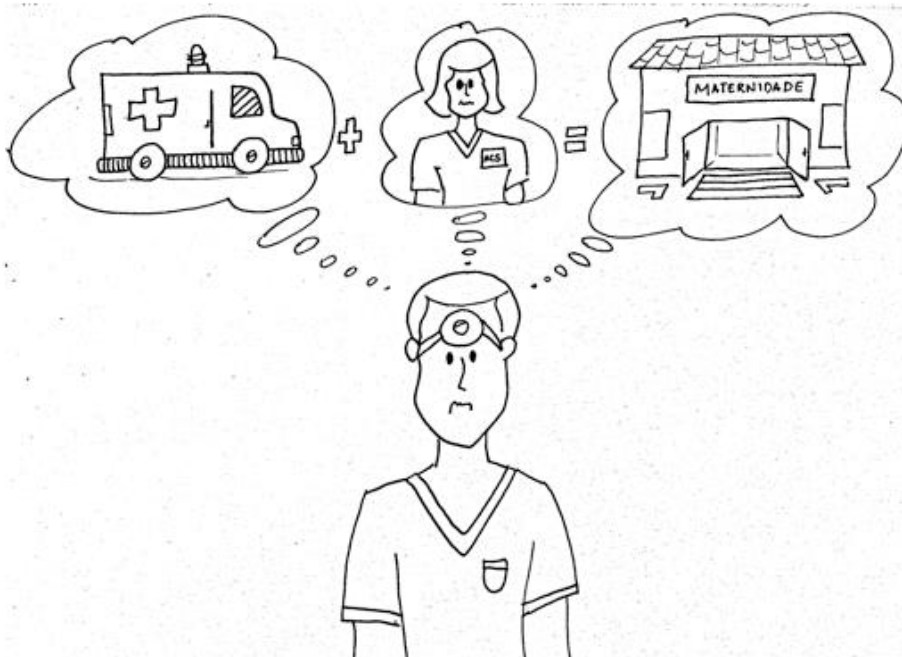


Fonte: elaborado pelos autores.

Ilustração 15 - Regular ou não regular: eis a questão.



Fonte: elaborado pelos autores.



Fonte: elaborado pelos autores.

No que diz respeito à avaliação do caso, é indispensável a apropriação da demanda trazida pelo sujeito. Alguns relatos evidenciavam situações em que a mulher chegava na calçada do hospital e já era transferida sem nenhum tipo de avaliação.

Chega uma gestante na calçada... referencia... as vezes, não liga realmente para saber o que está sentindo... do que a paciente no momento está necessitando... é complicado... (E27).

Quanto a queixa de falta de medidas ou cuidados junto à mulher anteriormente à fase de transferência, observamos grande recorrência. Isso foi apontado pelas equipes de saúde das maternidades que mencionaram receber a mulher, as vezes, em condições difíceis que poderiam ter sido evitadas se houvesse uma preparação prévia para a viagem.

Outro ponto que merece ênfase é a escolha do profissional que acompanha a mulher durante a viagem e realiza a sua transferência para um outro equipamento de saúde fora do município. Há uma sobrecarga deste trabalhador e isso fica potencializado, quando não há capacitação e preparação prévia. Muitas vezes, percebemos que as equipes identificavam um profissional alheio à condição da paciente exatamente para não comprometer a sua admissão na unidade hospitalar

atos de mulheres que realizavam o transporte de outro município por meio de uma ambulância e que os profissionais nem mesmo aguardavam um posicionamento do hospital sobre a situação de saúde da mulher e da criança. Estas posturas comprometem, sobremaneira, as condutas dos profissionais e ameaçam o compromisso com a saúde destes sujeitos.

Por fim, a falta de contato prévio por qualquer meio de comunicação, independente do sistema de regulação normatizado, impossibilitava uma ação planejada e adequada ao caso. Diante da ineficiência do sistema de regulação, é importante pensar em algo de forma estratégica, colocando a vida e a saúde da mulher e da criança em primeiro plano.

A partir disso, acredito que existam quatro perspectivas a serem consideradas, quando o assunto é regulação, a saber: técnica, normativa, administrativa e atitudinal. A perspectiva técnica está relacionada com o reconhecimento da necessidade apresentada pelo sujeito e que implica em um cuidado. A perspectiva normativa faz referência à orientação disponibilizada em protocolos, guias e roteiros. Aquela relacionada ao quesito administrativo é a que alimenta o sistema de regulação e depende da articulação entre os equipamentos de saúde. Por fim, a perspectiva atitudinal é aquela em que um sujeito (profissional de saúde ou não) se implica e mobiliza meios para efetivar a resposta à demanda do sujeito que percebeu ou a que foi solicitado. Esta última não requer conhecimento técnico como pré-requisito, mas sim a atitude e o compromisso de acolher e buscar ser resolutivo.

Aqui, há uma questão que precisa ser reforçada. A perspectiva atitudinal deve ser autêntica e legítima. Não deve ferir princípios éticos e nem a moral. Isso é questionável, quando se utiliza das redes sociais, dos laços afetivos e de amizade para encaminhar ou solucionar algo.

A gente ainda tem uma regulação que funciona muito pessoal, não passa pela central de regulação (E1).

Cheguei com um encaminhamento... lá no hospital... como tenho conhecidos... as enfermeiras ajeitaram logo uma vaga para cá... minha tia trabalha no hospital e deu certo... (E62).

), não podemos afirmar que não houve regulação.

De fato, a regulação se materializou. Contudo, discutimos a sua essência e a sua racionalidade.

A regulação exige transparência. Este quesito associado a habilidade da equipe de trabalho tanto das unidades solicitantes e demandadas como de operação do sistema, possibilitam a edificação de uma ferramenta de gestão diferenciada.

Para isso, é preciso pessoal qualificado. Tem sido discutida a formação dos envolvidos no processo de regulação e, ainda, os trabalhadores que compõem a equipe do Sistema de Regulação do Ceará. De acordo com os profissionais investigados, há a necessidade de incorporação de profissionais da área da saúde na operacionalização do sistema, tendo em vista a necessidade de discutir acerca do caso clínico e avaliar, diante das outras solicitações, qual seria o caso mais apropriado para a obtenção da vaga. Foi apontada a necessidade de estabelecimento de critérios para subsidiar esta tomada de decisões que é bastante complexa tendo em vista o montante de solicitações.

Após discutir a regulação, é oportuno tratar do transporte das mulheres em virtude da realização de exames e consultas especializadas em outros municípios e a internação em unidades de maior complexidade fora do seu município. No caso do estado do Ceará, percebemos uma pulverização dos serviços, de tal modo que o município deve disparar diversas formas de deslocar e transferir os sujeitos. Esta pulverização acontece em virtude de uma disputa política em que os municípios concorrem em busca de maior visibilidade dentro da região de saúde. Mais uma vez, questionamos se há uma justificativa alicerçada em evidência e na preocupação com a comunidade daquele agrupamento territorial ou se o único interesse é mostrar trabalho para os eleitores.

De fato, as decisões numa região de saúde são tomadas por meio de consenso entre os representantes de cada um dos municípios. A postura solidária deveria se sobressair à qualquer posicionamento egocêntrico. No entanto, os entrevistados evidenciam uma guerra de vaidades entre os gestores além da interferência do estado neste processo. Isso subtrai a autonomia dos gestores e coloca em risco o planejamento em saúde.

Ainda tratando da pulverização de serviços em uma região de saúde, de certa forma, quando se adotam alternativas para o cuidado a partir da programação de procedimentos em diferentes municípios, ampliamos a possibilidade de resposta às

o, questionamos se há respeito à autonomia dos sujeitos quanto à escolha do município, equipamento de saúde, data, turno e profissional que realizará o atendimento. Mais uma vez, tratamos que essa não foi a realidade percebida ao longo de nossa investigação.

Ao conversar com as mulheres, percebemos que muitas delas contam, exclusivamente, com a iniciativa do município para o transporte. Outras mencionaram não saber outra forma de garantir o deslocamento a outro município na busca pela realização de um exame, consulta ou internação. Há, ainda, quem não espere uma resposta do serviço público e tome uma postura individualizada de pagamento pelo transporte. Enfim, muitas são as alternativas adotadas pelos sujeitos na tentativa de responder à sua demanda.

Eu vim em um carro fretado... e paguei... a ambulância já tinha acudido outra pessoa... eu pensava que dava para aguentar... não pensava que dava para apavorar... aí, eu disse que iria em casa...quando eu cheguei em casa, piorei... (E53).

Quando arguidas sobre transporte, as mulheres relataram que houve uma melhoria. Outras, questionam a própria gestão pública e comentam que utilizam de recursos próprios, porque no seu município o gestor não garante nem mesmo os medicamentos básicos.

Cada área tem um posto... por exemplo, eu moro numa área... e tem aquele posto para você fazer as consultas... medicação... estas coisas... não são todas as medicações que a gente encontra lá... (E62).

O posto de lá não tem nada... não tem um remédio... não tem nada... Desde a primeira gravidez que eu tomo remédio de pressão, mas lá no posto nunca tem... só tem aqui (no hospital) ... pego aqui e levo para casa, porque lá não tem... remédio é a coisa mais difícil no mundo no posto da Caucaia... até remédio de verme, se o médico passasse, tem que comprar, porque lá nunca tem... (E64).

Os postos de saúde que não funcionam direito... algumas coisas... algumas dificuldades, mas a gente vai levando... no posto, você vai lá... e nunca tem nada... nunca a gente é atendida e quando é tem que pegar uma fila... esperar não sei quantos anos para fazer o que você quer... um exame que você quer... (E65).

Uma das alternativas encontradas é a articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No Ceará, está prevista uma articulação da Rede Cegonha com a Rede de Urgências e Emergências (RUE). Contudo, o

o estado não garante cobertura às mulheres em todas as regiões de saúde. Aliado a isso, as mulheres afirmam desconhecer o SAMU para o atendimento de suas necessidades.

Ilustração 17 - Te procuro, mas não vejo sinal de fumaça.



Fonte: elaborado pelos autores.

Outra possibilidade estaria relacionada ao transporte solidário dentro da região de saúde. Contudo, isso exige um processo de análise de viabilidade e planejamento que são particulares a cada um dos agrupamentos territoriais.

Quando a mulher consegue a vaga para a internação, o sentimento é de alívio. Uma vez ocupando um leito no hospital, demonstram se sentir seguras.

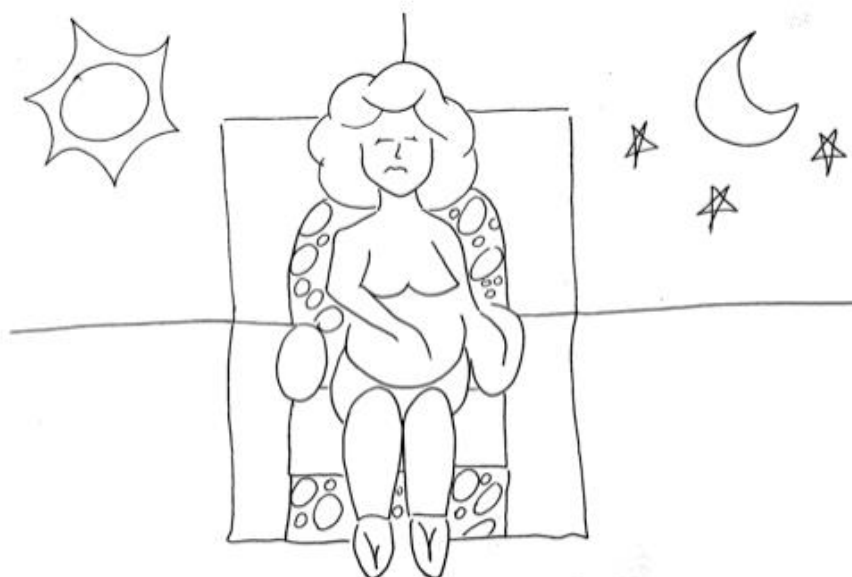
Estou tranquila... já estou no hospital... ruim se eu estivesse em casa... sentindo dor e estando em casa... tivesse voltado para trás... (E54).

Aqui no hospital a gente se sente segura, porque tem médico direto... eles escutam o bebê... a gente sabe como o bebê está toda hora (E64).

Aqui é 24 horas... as enfermeiras em cima... aqui é muito médico perguntando o que você está sentindo... se está sentindo dor... lá... já não é assim... não foi nem culpa do hospital e do médico não... mas é que o atendimento daqui é melhor... (E56).

sar por longos períodos de tempo em cadeiras, mal acomodadas e, algumas vezes, dispostas nos corredores do hospital, compromete o sentimento de amparo. Acreditamos que as equipes de saúde em cada um destes estabelecimentos de saúde são os responsáveis por este tipo de sentimento. Mais uma vez, o cuidado é fortalecido pelas relações e não pelas coisas materiais somente.

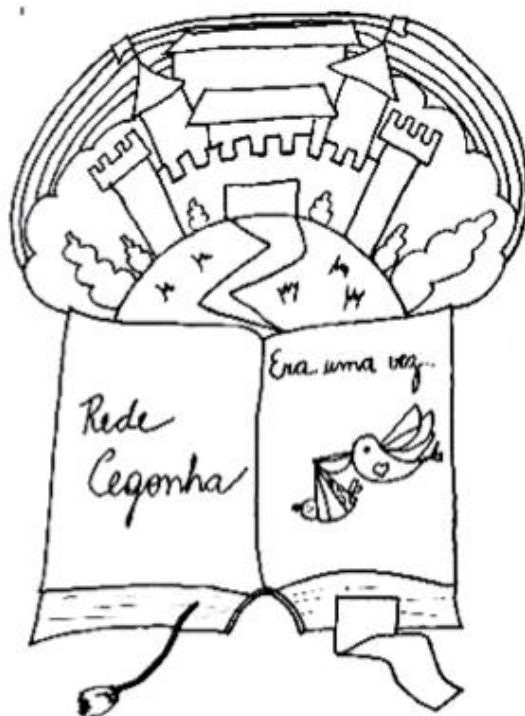
Ilustração 18 - Senta aqui, não tenha tanta pressa.



Fonte: elaborado pelos autores.

e) organização e funcionamento dos serviços em rede

A organização e o funcionamento dos serviços também foi uma unidade de significado percebida a partir deste processo de investigação. Aqui, podemos elencar alguns temas referentes tanto a aspectos macro-estratégicos como também a aspectos micro-operacionais. Contudo, vale mencionar que esta divisão tem o caráter apenas elucidativo. Ao longo de sua discussão, ora trataremos de um destes aspectos, ora trataremos dos dois associados. Isso acontecerá na medida em que a análise exigir.



Fonte: elaborado pelos autores.

Do ponto de vista macro-estratégico, iniciaremos nossa discussão com foco na atuação dos gestores. De fato, os gestores, os profissionais e a comunidade juntos constituem os pilares das políticas públicas de saúde. Isso revela a importância da integração entre estes sujeitos e reforça a ideia de que há a necessidade de promoção de espaços e diálogos que possibilitem este tipo de experiência.

Ao percorrer os cenários desta investigação, os sujeitos perceberam os gestores municipais (prefeitos, principalmente) ausentes, além de pontuar sua pouca valorização e atuação no campo da saúde.

O prefeito de lá? Só Deus (na causa) e é porque é médico... o hospital de lá é horrível... até a UPA de lá é horrível... tem uma UPA lá, mas não atende todos os casos... (E64).

Não posso dizer que (a saúde) é precária, porque é assim em todo o Brasil... mas tem suas dificuldades devido as autoridades... assim... prefeito... é como se não tivessem trabalhando na saúde... não estão dando muito valor à saúde... (E62).

Muitos municípios tem deficiência técnica... principalmente os de pequeno porte... eles tem uma necessidade de profissionais que entendam este

gestão... como se dá a gestão? O que deve ser pactuado?
função nessa região? (E3)

[...] a falta de compromisso dos políticos chega a ser indecente. Os prefeitos que são eleitos não estão nem aí para a população, para a saúde da população... a única coisa que interessa a eles é o dinheiro [...] eles não se preocupam [...] lógico... tem as exceções, mas a gente falando assim do perfil dos políticos... eles não têm interesse de melhorar a qualidade de vida da população (E7).

Algumas narrativas apontaram, inclusive, descrença quanto à possibilidade de mudanças acontecerem em virtude da falta de implicação destes gestores nas questões sociais que apresentam consequências também na área da saúde. Isso foi anunciado mesmo em municípios onde o gestor (prefeito) era um profissional de saúde (médico, por exemplo).

No que diz respeito à atuação dos gestores, foram desvelados outros três subtemas, a saber: envolvimento dos gestores no processo de contratualização da saúde; a construção de uma perspectiva solidária; e, a qualificação profissional.

De fato, o envolvimento dos gestores (prefeitos e secretários municipais de saúde) no Ceará se materializou, mais recentemente, com a assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) constante no Decreto nº 7.508 / 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde. Este processo envolvia as três esferas de gestão na tentativa de estabelecer um contrato único em prol da saúde. Isso foi experienciado de diversas formas no Ceará e o destaque foi dado ao tensionamento do governo do estado em relação aos municípios.

Vale explicitar que este tipo de tensionamento coloca em risco a autonomia conquistada pelos municípios, interfere nos processos de governança e governabilidade assumidos nos diversos espaços, ameaça a cooperação entre as esferas de gestão e limita as possibilidades de aplicação de medidas coerentes com a demanda identificada e percebida. Enfim, nada justifica este tipo de postura adotada pelo estado.

Embora tenhamos percebido isso, não deixaremos de comentar acerca das boas práticas relacionadas ao movimento ocasionado por este instrumento de gestão, uma vez que vinte das vinte e duas regiões de saúde do estado apresentaram uma proposta a ser experienciada a partir de 2012. Outras duas regiões de saúde tiveram dificuldades em virtude do entendimento deste instrumento e da condução do processo de contratualização e, por isso, não apresentaram

ionado pelo governo do estado. Foi preciso buscar uma maior aproximação com as bases normativas e envolver outros atores no processo de mediação da contratualização entre aqueles entes.

Foi apontado que esta contratualização aproximou os prefeitos, secretários municipais de saúde, membros das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) e o governo do estado quanto a reflexão da situação de saúde de cada um dos municípios, identificação do potencial técnico-assistencial da região de saúde, construção de um mapa representativo das suas necessidades e interesses, e, ainda, a pactuação de indicadores, agora, regionais. Isso extrapolou os objetivos dos instrumentos de gestão anteriores na medida em que havia a necessidade de superação de uma proposta particular e restrita aos municípios em prol de um interesse coletivo que levasse em consideração as relações políticas, administrativas, econômicas, culturais e gerenciais entre cada um deles. Acreditamos que isso foi relevante diante do movimento em prol da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Esta base normativa publicizou a necessidade de resgatar o princípio da postura solidária entre os municípios de modo a fortalecer a região de saúde como um todo. Isso obteve notoriedade nas narrativas, uma vez que ressignificou todo o trabalho em saúde. A partir disso, os municípios deveriam assumir um planejamento que atendesse as suas singularidades de forma integrada e solidária às necessidades de uma região de saúde.

Essa nova forma de fazer não tinha sido formalizada anteriormente nem mesmo com o Termo de Compromisso de Gestão assumido por meio do Pacto pela Saúde em 2006. Até aquela ocasião, era pactuados indicadores locais e específicos àquele município ou estado, além de programados e pactuados serviços e procedimentos além do seu limite político-administrativo. O desafio, agora, deveria estar relacionado à superação de um pensamento e uma postura individualizada que havia sido construída. Isso teve relevância em outro período histórico e foi necessário para o desenvolvimento deste novo comportamento. Era preciso investir na autonomia e independência do estado e dos municípios, inicialmente, para proporcionar um posicionamento apropriado dentro desta nova conformação.

Outro tema, relacionado a atuação dos gestores no Ceará, levou em consideração a qualificação profissional. Houve um investimento quanto à qualificação dos gestores (coordenadores de regionais, secretários municipais e

úde, etc.) por meio de uma parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) ao longo dos anos (a partir 1993). Isso foi prioridade desde o processo de descentralização (que primava por maior independência e autonomia do estado e dos municípios - estadualização e municipalização, respectivamente), até o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde e inversão do modelo de atenção vigente. A partir de 1998, o caráter desta qualificação foi estendido, quando o estado apontou para a regionalização da saúde. Isso foi intensificado, mais recentemente, com o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do estado do Ceará.

Contudo, houve pouco envolvimento e investimento quanto à qualificação dos prefeitos no que diz respeito à temática da saúde. Isso explica, em partes, aquilo que foi apontado nas diversas narrativas presentes neste estudo.

As fragilidades, aqui, foram percebidas pelos diversos sujeitos na medida em que não se observava investimento na infraestrutura necessária e disponível, incentivo aos processos de trabalho tendo em vista a articulação e integração em rede, e, por fim, análise e utilização dos resultados alcançados para o processo de tomada de decisões.

No que diz respeito aos resultados, abrimos um parênteses para a incorporação da análise qualitativa que girava em torno desta temática e não somente a atenção voltada para indicadores quantitativos. Vivenciar isso tem sido apontado como um desafio para as equipes de saúde, uma vez que vai de encontro àquilo que já está enraizado na cultura do trabalho em saúde.

A atual política pública de atenção à saúde materna e infantil conseguiu elencar propostas de análise utilizando este tipo de critério qualitativo, no entanto, há a necessidade de sua inclusão na rotina do trabalho em saúde. Para isso, é preciso investir em várias dimensões incluindo aquela referente ao potencial humano.

Outro aspecto macro-estratégico está relacionado com a necessidade de co-gestão. O conceito de co-gestão que foi possível construir a partir desta investigação envolve o encontro entre os sujeitos, o dinamismo das relações, o compartilhamento de saberes e práticas, a participação, o envolvimento, o compromisso, a responsabilidade, a articulação, a integração e a tomada de decisões consensuada.

Percebemos que isso se materializava nos pequenos espaços dentro de um serviço ou unidade, mas não extrapolava os seus limites. Se estamos falando de

co-gestão num cenário limitado ao serviço parece ir na sua contramão.

Ao compreender este conceito, partimos para alguns assuntos afins, como, por exemplo, a necessidade de fortalecimento dos equipamentos de saúde, aliado à interconexão dos diversos serviços. Este fortalecimento parte da ideia de reconhecimento daquele equipamento enquanto componente integrante de uma rede que é diversa e da notoriedade de seu potencial para o cuidado. Nas Redes de Atenção à Saúde, é importante perceber qual equipamento e que potencial ele apresenta para o cuidado tendo em vista uma perspectiva de seguimento e continuidade. É por meio deste último conceito que assumimos a proposta de *linkage* entre eles. Há, portanto, a busca por um acoplamento entre estas fontes de cuidado quanto à saúde materna e infantil no estado do Ceará.

Na relação entre os equipamentos de saúde da atenção básica e as maternidades, por exemplo, em que foi possível perceber como ponto frágil, há de se proporcionar mais do que uma aproximação entre os serviços, uma *linkage*. Isso poderá ser experienciado por uma série de possibilidades, dentre elas, o apoio matricial protagonizado por obstetras, pediatras e outros profissionais afins.

A gente entende que o profissional que é generalista ele não tem segurança em conduzir um pré-natal que exige mais dele [...] ele não tem aquela especialidade porque não é obstetra [...] mas os profissionais das maternidades poderiam também se dispor a fazer o matriciamento a esses profissionais da atenção básica pra que eles consigam dar conta (E2).

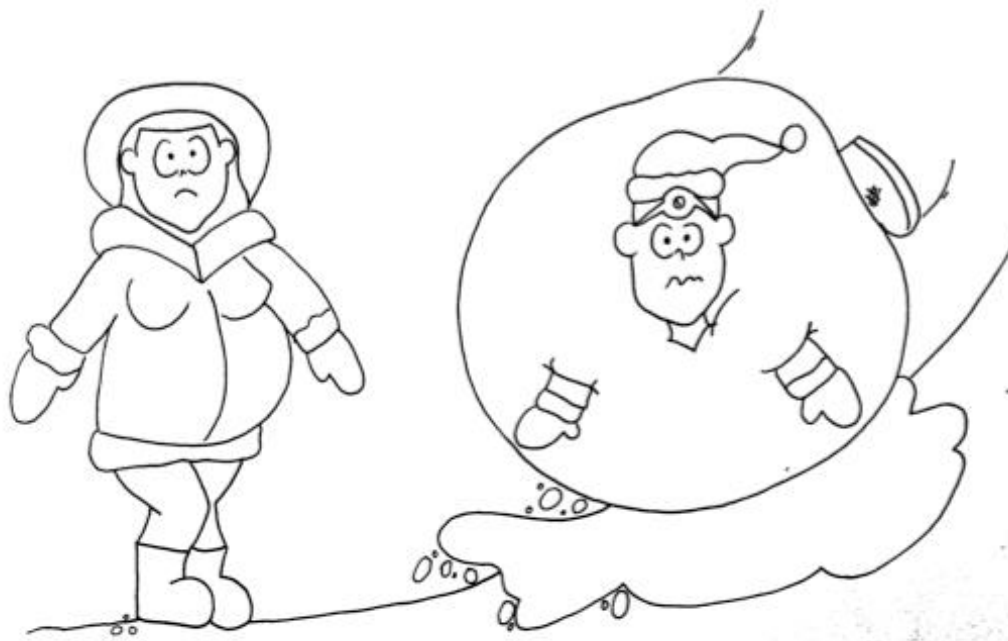
O apoio matricial constitui uma estratégia importante, uma vez que proporciona uma aproximação e articulação entre os diversos níveis de atenção, além da comunicação e do compartilhamento de saberes e práticas necessárias ao cuidado. Este tipo de aproximação promove um tensionamento entre os setores, serviços e profissionais envolvidos e estabelece novos arranjos, já que reposiciona cada um deles diante de um processo de trabalho já estabelecido. Neste sentido, é válida a identificação de profissionais com um perfil coerente com este tipo de dinâmica de forma a contribuir para o processo de integração que a rede demanda.

Aliado a isso, é preciso repensar como isso deverá ser experienciado e que estratégias serão elaboradas para a otimização deste recurso. Aqui, ressaltamos a necessidade de planejamento e participação de todos os envolvidos, a fim de traduzir em uma potência que realmente tenho sentido para o trabalho em redes.

aspectos macro-estratégicos, é oportuno pensar na gestão do potencial técnico-assistencial propriamente dito em uma perspectiva integrada. Neste aspecto, foi bastante citada a necessidade de gestão de leitos a partir do contato com os gestores, profissionais e usuárias dos serviços de saúde.

A temática de gestão de leitos, neste estudo, esteve diretamente relacionada com o fluxo de demanda e oferta dos serviços. Já comentamos que a demanda precisa ser apreendida para que se estabeleça um planejamento consciente diante do potencial disponível (oferta) para o cuidado. Em algumas narrativas, percebemos o desconhecimento sobre a demanda, a falta de planejamento e, sobretudo, a falta de controle do potencial técnico-assistencial no cenário cearense.

Ilustração 20 . Bola de neve nordestina.



Fonte: elaborada pelos autores.

Isso repercutia no comportamento dos profissionais diante da tentativa de se garantir o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Sem este tipo de conhecimento e sem a possibilidade de estabelecer o cuidado diante da complexidade do caso, incentivavam o deslocamento das mulheres e a busca pelo acesso indistintamente.

Do ponto de vista micro-operacional, isso também estava relacionado com a própria organização e funcionamento da unidade hospitalar. A média de

exemplo, variava muito em virtude do seu quadro clínico e, em algumas unidades, pelo fato de que não era emitida alta médica no período noturno.

Estou aqui esperando a alta desde ontem as 18 horas. O pai da criança estava aqui para levar a gente, mas eles disseram que não dão alta a noite. Ele (estava) doido para levar a gente de carro e nada... o único problema aqui é a alta das crianças... Esta moça aqui está de alta esperando só a alta do bebê... desde cedinho... está faltando só agilidade das pessoas e boa vontade de trabalhar (E29).

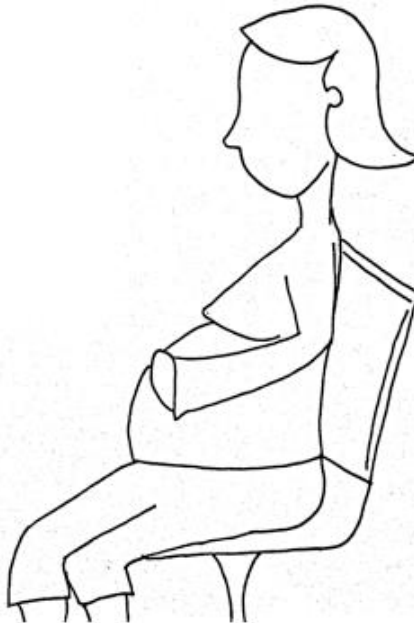
Assim, neste período, a admissão de novos pacientes continuava crescente e o número de mulheres com alta médica, estagnada.

Isso também gerava restrição do acesso, além de péssimas condições de acomodação das mulheres pela indisponibilidade de leitos. Em algumas situações, o serviço se sentia responsável por toda a demanda, uma vez que não havia outra possibilidade de acolhimento dentro da rede. Neste sentido, acolhia as mulheres sem garantir as condições ideais de acomodação. Em algumas unidades, mulheres foram vistas no corredor e outras, acomodadas em cadeiras ou poltronas. Quando questionadas sobre o tempo, algumas mulheres relatavam que estavam ocupando aquela cadeira há mais de 12 horas e, ainda, aguardavam um leito.

Na sexta-feira, eu virei a noite na cadeira... ontem, era 3h35min quando eu subi para fazer [a cirurgia]... quando eu vim... pronto... já vim para a cama... passei a noite todinha na cadeira... está precisando é de leito... (E53).

Contudo, o fato de estar no ambiente hospitalar e ter sido acolhida já representava tranquilidade e segurança para cada uma delas. Isso nos remete ao sentido do cuidado que, mais uma vez, destacamos aqui. O acolhimento e garantia de permanência no estabelecimento de saúde parecem ser mais relevantes para as mulheres, quando comparados aos sentimentos de insegurança, indefinição e incerteza que costumam passar em busca da assistência. Não estamos falando aqui que outros quesitos como acomodação e presença de um acompanhante, por exemplo, não sejam importantes. O que vemos durante esta investigação e pudemos constatar a partir das narrativas das mulheres é que a falta acesso, ainda, é um problema relevante na realidade cearense.

Ilustração 21 - Quem espera sempre alcança.



Fonte: elaborado pelos autores.

De fato, a gestão de leitos integra os dois aspectos apresentados (macro-estratégico e micro-operacional). Neste sentido, há a necessidade de negociação entre os gestores dentro de um agrupamento territorial (região ou macrorregião de saúde) e estudo de viabilização dos fluxos de demanda e oferta articulados com o controle de ocupação e disponibilidade de leitos. Para a operacionalização deste tipo de controle, é indispensável estabelecer a comunicação entre os dispositivos internos e externos aos equipamentos de saúde que podem ser representados pelos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e os serviços similares à nível municipal e estadual, respectivamente.

Outros aspectos micro-operacionais estão relacionados diretamente com a atenção básica e fazem referência, dentre outras temáticas, à vinculação da gestante. Neste estudo, a vinculação da gestante na atenção básica compreende a busca-ativa das mulheres no território adscrito ao estabelecimento de saúde, cadastramento e alimentação do sistema de informação, aproximação com a equipe de saúde de referência, garantia do contato com o serviço (inclui a realização do

lez, o agendamento das consultas, a marcação de exames, etc.), elaboração de um plano de cuidados, utilização de registros em saúde, acompanhamento da sua trajetória assistencial (referência e contra-referência), além de monitoramento e avaliação continuados.

Durante a fase de investigação, foram mencionados vários problemas em relação à cada um destes quesitos. Dentre eles, podemos citar aspectos relacionados à realização do teste para confirmação de gravidez, ao agendamento das consultas, marcação de exames, etc.

Em se tratando do teste para confirmação de gravidez, percebemos que as mulheres buscam, mais frequentemente, farmácias, laboratórios e clínicas particulares.

Minha primeira gravidez não foi planejada... minha menstruação atrasou... fiz o teste e deu positivo... fiz o (teste) de farmácia... depois eu fui confirmar com o de sangue... num laboratório particular... fui lá pelo acesso que é mais rápido... a gente recebe na hora... porque a gente faz estes de farmácia, mas não é 99% como eles dizem... eu trabalho em farmácia e já sei... fiz para ter a certeza mesmo... Com o resultado, eu segui para o posto... (E62).

O equipamento de saúde público não tem sido primeira escolha para este tipo de exame. Aqui, perdemos a oportunidade de vincular à mulher ao pré-natal desde cedo à equipe de saúde, caso a gestação seja confirmada ou de planejar melhor a gravidez, caso o resultado aponte para a sua não confirmação. Talvez, isso aconteça em virtude da burocracia para a obtenção deste tipo de teste.

Não foram feitos relatos quanto ao teste rápido de gravidez que tem sido oportunizado pela atual política de saúde materna e infantil, a Rede Cegonha. Acreditamos que as mulheres desconhecem esta possibilidade ou que este tipo de teste ainda não esteja disponível nos equipamentos de saúde da atenção básica em alguns municípios.

Uma medida alternativa seria descentralizar este tipo de serviço em diversos espaços ou mesmo qualificar alguns sujeitos na comunidade para facilitar o acesso das mulheres ao teste de gravidez. Estes sujeitos formariam um grupo de vigilância para as questões relacionadas à saúde da mulher e da criança e contribuiria para o trabalho junto à comunidade.

Uma vez confirmada a gravidez, algumas mulheres relataram facilidade quanto ao acesso aos serviços:

...estou passando na policlínica também lá... em Icó... (E59).

Outras, apontaram rigidez dos serviços determinando o dia e hora marcada para o agendamento das consultas durante o pré-natal. Isso coloca em risco o vínculo das mulheres às equipes de saúde, uma vez que cria um obstáculo para a aproximação entre estes sujeitos. Acreditamos que em cada realidade possam ser elaboradas diferentes estratégias para efetivar o contato das mulheres com este tipo de serviço.

Quanto à marcação de exames, foi apontada lentidão para a sua obtenção que comprometia, inclusive, a continuidade do cuidado, uma vez que não se conseguia receber os resultados em tempo hábil para apresentar junto à equipe de saúde durante sua próxima consulta. A partir disso, algumas mulheres preferiam realizar exames particulares, desconhecendo até as outras possibilidades de sua efetivação.

Eu já tinha perdido uma vez e fiquei com medo de atrasar alguma coisa ou dar algum problema, porque demora. Pelo SUS, a gente demora muito a receber. Achei melhor optar pelo particular mesmo. Até porque assim, se eu tenho condições, eu prefiro fazer particular. Deixar para quem não tem condições... ficar a vaga. Acho bem melhor (E29).

Ilustração 22 - Velocidade máxima.



Fonte: elaborado pelos autores.

se não existia este tipo de possibilidade, só lhes restavam aguardar o tempo do serviço. Os próprios gestores e profissionais de saúde reconhecem esta lentidão e apontam consequências, por vezes, irreversíveis:

Para (garantir) o pré-natal de qualidade, a gente precisa ter serviços de patologia e de imagem [...] onde as unidades básicas possam garantir esse acesso e o resultado em tempo oportuno. A maioria dos municípios tem dificuldade de estar fazendo esse retorno em tempo oportuno [...] o Ministério da Saúde disponibilizou recurso adicional para esses exames tanto de patologia como imagem [...] o que acontece é que muitos municípios eles não utilizaram recurso pra essa finalidade e não está utilizando [...] deixam o pré-natal em condição de você chegar na hora do parto e ser uma gestante com infecção urinária crônica com grande possibilidade de sepse no momento do pós-parto [...] essa a situação [...] nós pegamos agora uma gestante no oitavo mês, segundo parto, com tuberculose em que ela não tinha mais nenhum pulmão e só tem um terço do outro pulmão na segunda gestação e a atenção primária não tinha identificado [...] quer dizer, a diferença de idade de um filho para o outro, de uma gestação pra outra é tão pequena que o fato dela já apresentar perda total de um órgão ela já era, já tinha o agravo da tuberculose (E5)

A partir disso, outros questionamentos foram elaborados: uma vez solicitados exames e acumulados no serviço de marcação de consultas, existiriam critérios definidos para agendamento? Eram respeitadas as diferenças ou atentadas as particularidades entre cada uma das solicitações? Haveria uma atenção especial aos territórios de maior risco?

Em geral, o que se percebe é um processo de marcação de consultas e exames orientado somente pelo tempo de solicitação. Raramente, a equipe de saúde avalia os riscos das solicitações e auxilia neste processo de trabalho. Desta forma, a marcação de consultas tem sido rígida e acrítica.

Aliado a isso, foi mencionado a indisponibilidade de alguns exames no rol oportunizado pelo município. Diante disso, as mulheres não conheciam sequer o apoio financeiro oportunizado pela Rede Cegonha para a realização de exames. Em outras situações, as mulheres só poderiam fazer os exames se o pré-natal fosse realizado no equipamento de saúde. Ao nosso ver, tudo isso edifica barreiras funcionais que impede o acesso e a vinculação das mulheres às equipes de saúde e aos serviços.

Constatamos, ainda, fragilidade quanto ao seguimento do cuidado na ausência de um dos profissionais de saúde, seja por efetivação de algum direito trabalhista (como férias, por exemplo) ou mesmo dificuldade de alocação e garantia de sua permanência no serviço. Em algumas narrativas, podemos perceber a

entro do município que pudesse dar conta deste tipo de situação. A reflexão sobre este assunto deu origem a um questionamento: para onde vai esta demanda? O que pudemos observar é que, nestes casos, a gestante permanecia sem o cuidado oportunizado por uma equipe de saúde, já que não havia equipe de retaguarda ou profissionais de referência em caso de alguma intercorrência durante o pré-natal ou mesmo era gerada uma demanda extra para os equipamentos de saúde de um outro nível de atenção. Isso explicava uma parte da superlotação observada nas emergências obstétricas das unidades hospitalares acompanhadas.

A falta de comunicação entre as equipes de saúde dentro de um mesmo município também foi constatada. A narrativa de uma das gestantes, serve como exemplo, quando mencionou ter mudando de endereço e permanecido sem contato com a equipe do estabelecimento de saúde responsável por seu novo território durante um período de tempo considerável. Quando isso foi possível, nem mesmo as informações constantes no seu registro de saúde (prontuário), tinham sido repassadas.

Em outras situações a dificuldade esteve relacionada com o registro na caderneta da gestante. Há uma dificuldade quanto à utilização deste tipo de dispositivo. Em certas ocasiões, não havia registro adequado e faltavam informações importantes para o seguimento do caso.

De fato, a caderneta da gestante tem sido implantada com o intuito de oportunizar o registro sobre o acompanhamento das mulheres, favorecer a comunicação entre os cuidadores, além de informar sobre alguns temas relevantes durante este período e sobre o cuidado com a criança. Acreditamos que isso qualifica o pré-natal e auxilia o processo de trabalho em saúde. No entanto, este tipo de esclarecimento ainda precisa ser intensificado entre todos estes sujeitos do cuidado.

No quesito comunicação, aqui definida a partir dos meios para a sua materialização, encontros entre os sujeitos ou dispositivos para a sua viabilização, acreditamos que há a necessidade de elaboração de uma estratégia específica. É indispensável a realização de reuniões periódicas e troca de informações entre as equipes associada à elaboração de fluxos organizacionais tendo em vista a aproximação entre cada uma delas. Isso subsidia o planejamento e a programação em saúde, minimiza os ruídos entre gestores, profissionais de saúde e usuários,

a apropriação da equipe de saúde em relação à necessidade já identificada nas mulheres e evita a repetição de exames e consultas, previne o gasto público desnecessário, além do desgaste na sua fase de efetivação como demora na marcação, espera em longas filas, dificuldade de receber o resultado dos exames, etc.

Estes ruídos acontecem sob diversas formas. Em algumas narrativas de mulheres, quando autorizados os exames ou identificadas vagas em leitos para internação, ainda, foi possível perceber dificuldades na integração entre os serviços. Em um dos casos, a mulher teve sua ultrassonografia (USG) agendada e confirmada, mas não conseguiu realizar este exame após três visitas ao equipamento de saúde de referência.

A primeira vez que agendaram a minha USG... eu fui três vezes e não estava batendo... só voltando para trás... só voltando... (E55).

Em outra ocasião, foi relatado à mulher a confirmação da regulação de um leito para internação em uma unidade hospitalar e, após o deslocamento para o município de referência, não havia a possibilidade de acomodação; o leito já havia sido ocupado e a mulher ficou permaneceu no corredor. Com isso, confirmamos a dificuldade de articular os serviços em rede tanto pela fragilidade na comunicação e articulação entre os serviços.

Eles disseram que tinha uma vaga... a vaga tinha que ficar com acompanhante... mas quando eu cheguei aqui, não tinha vaga... então, eu fiquei primeiro no corredor... corredor lá do atendimento do consultório da médica e depois eu fui para lá... fiquei domingo, segunda, e hoje (terça)... fui transferida ontem para cá... (E62).

Esta falta de articulação foi apontada inclusive entre os setores à nível macro:

Dentro do Ministério essa relação é um pouco nebulosa. Assim, o pessoal do DAB do Ministério participam muito pouco das reuniões da Rede Cegonha [...] A atenção básica é mais voltada para estrutura física, as unidades, as reformas dos postos, os equipamentos [...] a parte de processo de trabalho não é discutido muito dentro do DAB e a gente sente o reflexo disso na Rede Cegonha [...] somos ligados a área técnica de saúde da mulher, a gente sente muita dificuldade, por exemplo, pra discutir pré-natal com as equipes da atenção básica (E2).

da esteve relacionada com a falha na articulação entre os serviços. Em um dos casos, a mulher recebeu a assistência em um equipamento de saúde da atenção básica, foi encaminhada para a policlínica tendo em vista a continuidade do cuidado, mas ao chegar na unidade hospitalar, foi gerada uma nova transferência.

Mandaram uma vez para o hospital regional... quando foi para eu ir para a consulta no hospital regional ... não mandaram os papéis da policlínica para lá... e o médico do hospital não sabia como tinha sido o controle feito na policlínica... e o médico disse que precisaria me mandar para Fortaleza... (E59).

Isso aconteceu sob a justificativa de que não havia sido repassadas as informações necessárias sobre o caso clínico dos equipamentos de saúde anteriores e, por isso, a equipe de saúde efetivou a transferência tendo em vista a falta de informações para a apropriação da situação e segurança para a conduta. De fato, a falta de informações sobre o caso gera insegurança elaboração do plano de cuidados, porém nos questionamos: como tem sido realizada a referência entre os equipamentos de saúde? Há um conjunto de informações necessárias para o seguimento do cuidado? E o que falar da contra-referência?

Esta dificuldade de interlocução acontece entre os municípios de uma mesma região de saúde, entre as redes temáticas (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência), entre os serviços e até mesmo entre os profissionais de um mesmo setor.

Mesmo com todos estes problemas, algumas mulheres têm dificuldade para avaliar o serviço quanto à organização e funcionamento. Algumas delas até já naturalizaram as dificuldades do contato com os serviços e não tem outro tipo de referência para subsidiar a avaliação.

Eu não vou ficar triste porque eu estou longe da minha família... a gente tem que passar por isso mesmo... eu penso assim... eu estou aqui, mas logo eu vou sair... não vou morar aqui para sempre... eu estou aqui pela minha saúde e saúde dos meus filhos... porque o lugar que eu posso ficar garantido mesmo é aqui... porque em casa não vai ter enfermeira para vir assim toda hora para olhar... e aqui vem... mede... olha minha pressão... olha tudo... escuta nosso coração... isso para mim é bom demais... pessoa saber que está bem... é muito bom... é bom a gente ir para casa só quando estiver tudo bem... a gente se sente mais seguro... mais tranquilo... (E55).

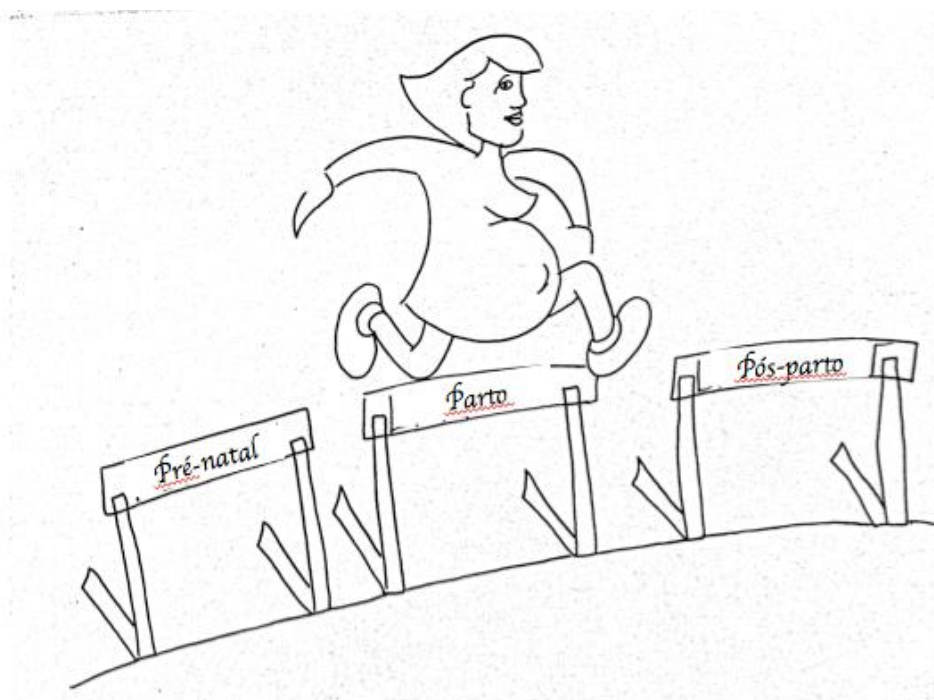
dade hospitalar, algumas mulheres mencionaram a dificuldade de estabelecer vínculos com a equipe de saúde. Alegavam que à cada dia eram acolhidas por um profissional diferente e isso dificultava a aproximação entre os sujeitos e a prática do cuidado. Não avaliavam isso de forma adequada.

Voltei para cá de novo para mostrar (o exame) para ele... e já foi outro médico... não foi o mesmo... porque todo dia é uma pessoa diferente que está aqui... (E58)

De fato, os hospitais funcionam em regime de plantão de 12 ou 24 horas e isso interfere no vínculos com os sujeitos. Contudo, a dificuldade de alocar os profissionais e a multiplicidade de empregos por profissional dificulta ou inviabiliza novas possibilidades de arranjo.

Ainda, no ambiente hospitalar, algumas mulheres comentaram que não são informadas sobre os procedimentos e exames que realizariam. Mencionaram não receber esclarecimentos sobre a intencionalidade dos procedimentos. Esta falta de informação isola o sujeito do cuidado e coloca em risco o cuidar-de-si

Ilustração 23 - Redefinindo limites a todo momento.



Fonte: elaborado pelos autores.




PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

problemáticas, concluímos que há a necessidade de revisão das práticas de gestores, profissionais de saúde e usuários diante da organização e funcionamento dos serviços em rede. Não há possibilidade de efetivar este tipo de trabalho, quando não existem dispositivos e atitudes que promovam mudança.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PARTE VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

6.1. CONSTRUINDO REDES PLURAIS E MOVIMENTOS EM SAÚDE

0.1. Construindo Redes Flúoras e Movimentos em Saúde

Partiremos da ideia de que a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) seria uma resposta elaborada pelo sistema de saúde às necessidades reconhecidas na comunidade. Diriam respeito a uma dimensão normativa, organizacional e administrativa. Sendo assim, as RAS se materializariam por meio dos fluxos de demanda e oferta já previamente estabelecidos.

Já a Rede de Cuidados envolveria uma outra dimensão que atendesse às singularidades demandadas pelos sujeitos. Neste sentido, a construção da Rede de Cuidados tem como ponto de partida os sujeitos e não os serviços. Assim, esta rede não necessariamente seria justaposta às RAS. Aqui, seria possível uma dinâmica própria que permitisse a fluidez dos movimentos em busca de uma transformação. O cuidado estaria mesmo relacionado à percepção e conhecimento sobre si e sobre os outros, aos encontros e interações entre os sujeitos, ao vínculo, à elaboração de um plano de cuidados e, por fim, à transformação nas suas vidas.

Para uma melhor compreensão desta construção, acreditamos ser necessário resgatar os sentidos de *saúde*, *cuidado* e *assistência à saúde* que utilizamos como referência. Em se tratando da *saúde* Gadamer menciona constituir um processo contínuo e estar associada a um estado de equilíbrio e estabilidade. Desta forma, é importante identificar quais seriam os elementos que fragilizariam este equilíbrio ou que conduzissem a um estado não desejado (desequilíbrio), tendo em vista o objetivo de retomada ou restabelecimento de algo que tende a se estabilizar. Assim, para Gadamer (2006:119):

A melhor maneira para entender o que seja saúde é imaginá-la como um estado de equilíbrio. O equilíbrio é como a ausência de gravidade, já que os pesos se compensam. A perturbação do equilíbrio somente pode ser afastada através de um contrapeso. Mas, a cada tentativa de compensar uma perturbação com um contra-peso, já acontece a ameaça de uma nova perda inversa de equilíbrio.

Comenta, ainda, que saúde:

É o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar+(GADAMER, 2006:119).

Neste sentido, a saúde tende a ser restabelecida. Para isso, há a necessidade de compreensão dos aspectos que compensam e ameaçam este

a. Aqui, se justifica a necessidade de reconhecer as singularidades entre os sujeitos, uma vez que estes aspectos poderão assumir pesos diferentes em cada momento de suas vidas.

O sentido de cuidado também, está relacionado com a compreensão de Gadamer e diz respeito à capacidade de fazer o querer e fazer responsável. Assim, o cuidado envolveria uma ação entre dois ou mais sujeitos a partir de um encontro ou construção de uma relação dialógica, assim como uma atitude de reconhecer, querer e tomar para si a responsabilidade, dedicar-se e agir em prol de algo ou alguém. Este sentido estaria intimamente ligado ao vínculo entre sujeitos.

Já a assistência à saúde estaria relacionada com a ação de atender, realizar um procedimento e dar uma resposta à algo ou alguém. Isso demandaria uma orientação normativa, administrativa e organizacional para determinado acontecimento.

Já apropriados destes sentidos, passaremos a refletir sobre as Redes de Cuidados e as Redes de Atenção à Saúde propriamente ditas. Começaremos nossa exposição, mencionando que, para se estabelecer uma Rede de Cuidados, é importante reconhecer três tipos de perfis diferentes:

- a) Potencial para o cuidado: faz referência à disposição física assumida por um equipamento social (domicílio, associação comunitária, creche, escola, etc.) ou equipamento de saúde (centro de saúde, clínica especializada, hospital, maternidade, Unidade de Pronto Atendimento, etc.) quanto ao cuidado;
- b) Capacidade para cuidar: está relacionada com a atividade humana de desempenhar o cuidado, seja no ambiente familiar, comunitário ou mesmo relacionado ao contato com algum profissional da saúde. Espera-se que este potencial seja reconhecido, compreendido e assumido por cada um dos sujeitos na intenção de se estabelecer o cuidado de si e do outro;
- c) Demanda pelo cuidado: diz respeito às necessidades apontadas pelos sujeitos e que impulsionam a busca pelo cuidado e o restabelecimento do equilíbrio e harmonia vital.

Assim, para cada demanda pelo cuidado identificada em determinado sujeito ou sujeitos, relacionaremos uma capacidade para cuidar que será exercida por um agente do cuidado ou grupo de agentes. O espaço em que isso se materializa está

o cuidado e deve ser sinalizada como o lugar onde isso se tornará possível.

Vale ressaltar que cada demanda deverá ser compensada por um determinado tipo de cuidado. Este cuidado deverá ser oportunizado em determinado(s) espaço(s) (potencial para o cuidado . referência para o cuidado) e por um agente ou grupo de agentes (capacidade para cuidar . materialização do cuidado).

Em geral, os sujeitos apresentam uma demanda ou demandas diferentes para o cuidado. O primeiro passo é perceber ou conhecer esta demanda. Se imaginarmos um instrumento como uma lupa, poderemos compreender que cada um dos sujeitos possui um tipo de lupa diferente e com grau específico. Assim, comentamos que cada um dos sujeitos manifesta um olhar diferente diante da demanda. Há quem não consiga enxergar ou mesmo quem já consegue perceber com detalhes cada demanda. Poderíamos relacionar a lupa a esta capacidade de percepção e conhecimento obtido por meio das experiências já adquiridas pelos sujeitos ou pela influência das experiências de outros sujeitos próximos.

Na medida em que o sujeito reconhece estas demandas e se vê capaz de compensar algo que lhe perturba, ele consegue estabelecer um cuidar-de-si. Quando isso não é possível, busca meios para que esta transformação aconteça e consolida uma rede de cuidados própria. Assim, podemos perceber que a rede de cuidados tem como ponto de partida o sujeito que reconhece e busca.

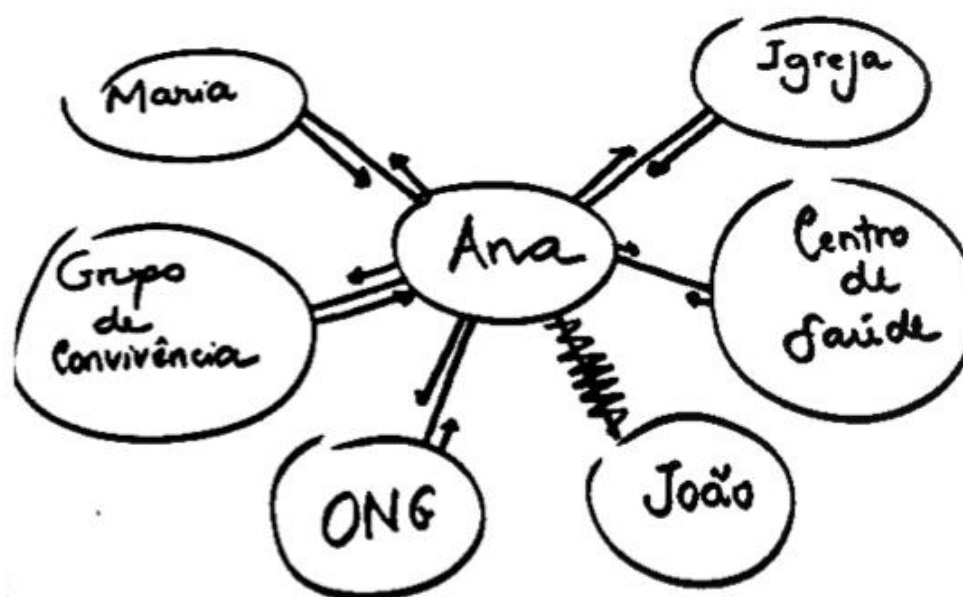
Muitas vezes, esta demanda é compensada no próprio ambiente familiar por meio da relações que se estabelecem entre os componentes deste núcleo. O domicílio constitui um espaço com grande potencial para cuidar e a família é compreendida como o primeiro grupo com capacidade para o cuidado. No entanto, há a necessidade de um ambiente favorável, capaz de proporcionar segurança, confiança e o afeto necessários, para que isso aconteça. Aliado a isso, as relações entre os membros do núcleo familiar devem ser baseadas no apoio mútuo de forma a consolidar o cuidado.

Outras vezes, esta demanda é compensada nas relações sociais que se estabelecem entre o sujeito índice e os membros da comunidade. Isso estará relacionado com o tipo de relação e vínculo construído entre os sujeitos, oportunidade dos encontros, tempo disponível para o reconhecimento da demanda e a compreensão do ser-capaz-de-fazer, dentre outros.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ser compreendido, quando se utiliza a simbologia do ecomapa. Por meio dele, visualizamos as relações existentes entre o sujeito índiceq seu núcleo familiar e comunitário. A disposição dos componentes, o tipo de relação, a intensidade e o sentido da força na relação entre eles é capaz de oportunizar, instantaneamente, um padrão de compensação.

Ilustração 24: Exemplo de ecomapa.



Fonte: elaborado pelos autores.

Usualmente, a demanda pelo cuidado é compensada diante destas relações. Nesta oportunidade, temos o equilíbrio ou a harmonia.

Para a continuidade desta exposição, partiremos da seguinte analogia: as vezes, há uma demanda (aqui aplicado de forma generalista) relacionada a um componente financeiro (falta de dinheiro ocasionada pelo desemprego, por exemplo). Então, as relações que se estabelecem buscam compensar ou dar uma resposta a esta demanda. Isso poderá ser materializado por meio de uma doaçãoq permutaq empréstimoqou compartilhamento de um fator geradorq

A ação de doaçãoq está relacionada com o atendimento da demanda sem a necessidade de reposição (ajuda financeira, cesta básica, etc). Já a permutaq implica diretamente numa troca que poderá se dar naquela mesma ocasião (venda

Quando isso acontece em uma ocasião diferente (posterior), chamamos de empréstimo que está implicado em uma reposição.

O compartilhamento de um fator gerador está relacionado com o acesso a determinado elemento que possibilitará ou potencializará a conquista de uma resposta à demanda por meio do incentivo ao próprio esforço do sujeito tendo em vista uma transformação. Este seria o exercício para o empoderamento, a conquista da autonomia e o potencial para transformação que estamos tratando.

Contudo, isso tudo poderá ser fragilizado, quando houver relações estressantes ou, mesmo, quando não houver nenhuma relação. Assim, é preciso refletir sobre novos caminhos e possibilidades.

Caso a demanda esteja relacionada à saúde, a resposta ou o equilíbrio pode ser oportunizado no próprio ambiente familiar ou comunitário desde que seja possível estabelecer uma resposta aos aspectos implicados neste caso ou situação.

Por vezes, a busca por uma resposta deverá implicar mais fortemente no acionamento de outros sujeitos (profissionais de saúde) ou equipamentos sociais e de saúde. O simples encontro entre eles não significa dizer que será suficiente para responder à demanda pelo cuidado. É preciso muito mais do que isso. O lugar onde isso acontece deverá seguir uma organização e planejamento.

A partir disso, constitui um exercício constante na área da saúde a capacidade de reconhecer as demandas pelo cuidado de cada sujeito e possibilitar uma resposta a esta demanda sob o ponto de vista da integralidade. Aqui, é importante mencionar que todas as demandas devem ser valorizadas e não se trata de medir a maior ou menor demanda. O fazer cotidiano do cuidado em saúde, nesta lógica, deve ser valorado. Desta forma, devem ser construídas ações práticas cotidianas que possibilitem esse reconhecimento por meio, principalmente, do diálogo.

Utilizaremos como exemplo a gestação e a demanda gerada por uma gravidez de risco. Em um padrão gestacional de risco habitual, a gestante manifestaria um comportamento harmonioso e equilibrado. Este comportamento seria o modelo desejado de saúde durante todo este período.

Em se tratando de uma gravidez de risco, a mulher passaria para uma situação diferente (desequilíbrio). Cada demanda deverá ser percebida, analisada e compensada, tendo em vista a possibilidade de cuidado.

dispostas do sistema de saúde a esta demanda, o primeiro contato deveria ser com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este profissional agregaria uma capacidade para o cuidado e poderia atender a demandas específicas da gestante. Contudo, vale ressaltar que a capacidade para o cuidado assumido por um profissional poderia receber várias interferências. Isso poderia estar relacionado com o perfil dos próprios sujeitos, o tipo de relação e vínculo já construído entre eles, o contexto e as circunstâncias do encontro estabelecido e o cenário que possibilita este encontro.

Neste sentido, o perfil dos sujeitos poderiam ser aqui representados da seguinte forma:

- a) Aberto: perfil que possibilita a construção de uma relação baseada no respeito ao outro, no compromisso com o cuidado, na responsabilidade e na busca pela autonomia;
- b) Fechado: perfil que impossibilitaria a construção de uma relação harmoniosa e estaria relacionada com as falhas e interferências para a constituição do cuidado;
- c) Desconhecido: quando, ainda, não se tem estabelecido uma relação entre os sujeitos.

Partiremos da ideia que nenhum dos sujeitos é completamente aberto ou completamente fechado. Todos eles assumem uma postura mais ou menos tendenciosa para qualquer um dos casos. Aliado a isso, poderíamos reconhecer níveis diferentes do perfil desconhecido uma vez que o ACS deveria apresentar alguma aproximação com os sujeitos no exercício do seu trabalho diário.

A partir do reconhecimento do sujeito ou dúvida sobre a demanda pelo cuidado que não pode ser compensada no próprio ambiente familiar ou comunitário que esta relacionado, é gerada uma necessidade de um encontro com o profissional de saúde. O profissional de saúde teria a capacidade para o cuidado em resposta àquela demanda específica. Contudo, é importante esclarecer, ainda, que o profissional de saúde poderá assumir potenciais viciados ou de interferência ao cuidado. Isso significa dizer que o encontro com ele poderá gerar outros tipos de demanda pelo cuidado que contribuiria para o desequilíbrio citado anteriormente. Situações como a falha na abordagem, a falta de capacitação e qualificação

interferências na comunicação, tudo isso poderá interferir no processo de cuidado em saúde.

Mais uma vez, reconhecemos que os profissionais de saúde não seriam sujeitos com potencial excepcional para o cuidado. Todos eles assumem uma postura mais ou menos tendenciosa para atender completamente ou gerar uma nova demanda. Além disso, o próprio profissional de saúde poderá apresentar uma demanda pelo cuidado que poderá ser compensada pelo exercício do trabalho em equipe.

Então, a aproximação entre os sujeitos proporciona a criação de um campo gravitacional entre eles. Em seguida, se estabelece uma ação de *relação* ou *compartilhamento* de um fator gerador

Mais uma vez, é importante mencionar que este processo é passível de interferências entre os sujeitos e, neste sentido, o encontro entre eles poderão ocasionar novas demandas pelo cuidado. Contudo, algumas demandas pelo cuidado em saúde poderão solicitar uma ação de diferente complexidade ou com determinado nível de densidade tecnológica. Desta forma, poderão ser atendidas por um profissional que agrega uma outra capacidade para o cuidado ou equipamento de saúde específico com potencial para o cuidado. Da mesma forma, é gerado um campo gravitacional favorável entre eles e estabelecida uma relação de compensação (total ou parcial) à demanda específica.

Assim, o contato com o médico da Estratégia Saúde da Família poderá compensar algumas demandas e observada a necessidade de um encaminhamento a um especialista em outro equipamento de saúde, por exemplo. Da mesma forma, o contato com o especialista poderá apresentar uma resposta aquela demanda ou ser referenciado para uma ação ou procedimento específico.

Após todo este movimento, é gerada a necessidade de se reestabelecer ou até mesmo modificar o padrão de saúde inicial (o equilíbrio e a harmonia). Isso poderá ser possível pela continuidade do contato e cuidado manifestado pelo encontro com os diversos profissionais em equipamentos de saúde diferentes e, até mesmo, no próprio núcleo familiar e comunitário.

Neste sentido, seriam condições para a efetivação do trabalho das Redes de Cuidado:

aberto para o cuidado em saúde;

- b) o profissional de saúde deverá aperfeiçoar a sua percepção sobre os sujeitos, os fenômenos e o mundo do cuidado;
- c) o profissional de saúde deve visualizar-se no outro para poder perceber como poderá realizar o cuidado em saúde;
- d) os profissionais de saúde devem manter-se implicados no cuidado em saúde;
- e) os profissionais de saúde devem reconhecer a importância e potencialidades presentes em cada um dos membros da equipe de saúde;
- f) a diversidade e solidariedade são as riquezas de uma equipe de saúde;
- g) cada membro da equipe de saúde deve manter-se proativos;
- h) a comunicação (falada ou escrita) deverá fazer parte da rotina dos serviços de saúde;
- i) as conexões alimentam o trabalho em redes;
- j) não há redes sem a possibilidade de definição de fluxos específicos para cada um dos casos;
- k) o encontro entre os profissionais e o sujeito índice gera um campo gravitacional favorável entre eles na perspectiva de dar uma resposta à demanda específica.

Já comentamos, anteriormente, que as Redes de Cuidados são construídas a partir dos sujeitos e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), dos serviços. As RAS constituem uma resposta do sistema de saúde às demandas pelo assistência. Neste sentido, é importante refletir sobre esta dinâmica e oportunizar uma aproximação entre estas duas construções. Para isso, acreditamos que é indispensável fortalecer a gestão em saúde, investir no potencial assistencial (equipamentos sociais e de saúde), qualificar os profissionais para perceber diferentes construções da rede e envolver os sujeitos.

Os sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários) assumem um papel relevante diante disso, uma vez que está em cada um deles o desafio para a construção de um elo entre estas redes.

Neste sentido, é importante comentar que não há problema em elaborar uma proposta do serviço para a assistência em saúde. No entanto, essa não deverá ser a única possibilidade ou o caminho exclusivo para oportunizar o cuidado. Como já

o cuidado parte também de um princípio da autonomia e isso precisa ser valorado.

As RAS poderão mesmo compor uma orientação para a assistência. Contudo, a atenção é para que isso não se torne uma estrutura rígida e possa comprometer a lógica proposta para o cuidado.

Devem ser elaboradas estratégias para se tecer interconexões. Seria necessário refletir sobre as amarrações das redes de tal modo a fazer com que elas se articulem e integrem.

Em geral, a partir das RAS são criados fluxos de oferta de ações e serviços que poderiam oportunizar a compensação às necessidades identificadas nos sujeitos com a complexidade ou com o nível de densidade tecnológica mais apropriado para o caso em questão. Este é um potencial das RAS que deve ser potencializado. No entanto, este é só um quesito para o cuidado.

A partir desta construção, elaboramos alguns aspectos a serem observados para a efetivação do trabalho das Redes de Atenção à Saúde:

- a) os sujeitos são indispensáveis para se construir interconexões entre as diversas redes;
- b) é preciso criar possibilidade de se estabelecer um diálogo permanente entre o referencial normativo, técnico, administrativo e as singularidades dos sujeitos;
- c) a construção das redes parte também de uma perspectiva atitudinal;
- d) ética, responsabilidade, compromisso, respeito, amorosidade são algumas atitudes esperadas para o trabalho em redes;
- e) não se pode receber e perceber as RAS como encasteladas. É preciso superar a normativa e estabelecer elementos que são próprios e particulares às diversas situações;
- f) a co-gestão precisa ser valorada no trabalho em redes;
- g) o exercício do trabalho em redes exige habilidade para se reconhecer o potencial assistencial disponível;
- h) o trabalho interdisciplinar favorece a compreensão sobre as diversas possibilidades de articulação e integração entre os serviços;

- roteiros podem ser utilizados como orientações para o trabalho, mas isso não deve ser rígido. É preciso produzir outros sentidos a partir destes dispositivos ou mesmo sem eles;
- j) a rede existe quando se buscam alternativas ou se criam soluções para necessidades reais para o cuidado em saúde;
 - k) é preciso gerar aprendizagem no exercício do trabalho em redes.

A partir disso e sob o ponto de vista administrativo, foram identificados alguns aspectos relevantes diante do desafio de se construir redes plurais e movimentos em saúde que agreguem várias possibilidades de cuidado e atenção à saúde em um emaranhado dinâmico e interconectado, a saber:

- a) apropriação da dinâmica do território;
- b) reconhecimento dos aspectos diversos ligado ao espaço e aos sujeitos que não são desvelados ao simples contato;
- c) compreensão sobre as singularidades dos sujeitos, suas histórias de vida e trajetórias assistenciais;
- d) investigação acerca da situação atual de saúde;
- e) elaboração de um plano de saúde;
- f) programação de ações e serviços a serem realizados;
- g) identificação e qualificação do potencial assistencial;
- h) definição de arranjos e agregados territoriais;
- i) contratação de profissionais de saúde em quantitativo suficiente;
- j) investimento na capacidade-para-o-cuidado;
- k) coordenação entre os membros da equipe de saúde;
- l) adoção de práticas interdisciplinares e intersetoriais;
- m) articulação e integração entre os pontos de atenção à saúde;
- n) utilização de registros de saúde unificados;
- o) incorporação da regulação;
- p) adoção de um sistema de transporte sanitário;
- q) garantia de participação da comunidade;
- r) incorporação de práticas de monitoramento, avaliação e auditoria;
- s) utilização das informações para subsidiar nova fase de planejamento.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

O processo de regionalização e implantação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no Ceará foi abordado neste estudo por meio da análise do potencial regional, da situação de saúde materna e infantil e das experiências compartilhadas de usuárias, profissionais de saúde e gestores. A partir disso, podemos concluir:

- a) quanto ao potencial regional, ainda, percebemos a presença de municípios invisíveis e a insuficiência dos serviços neonatais na maior parte do estado e a indisponibilidade do serviço de urgência médica como retaguarda para a Rede Cegonha na macrorregião de saúde de Sobral. Isso acontece mesmo com todo o investimento direcionado à saúde materna e infantil nestes últimos quinze anos e com as possibilidades atuais de integração e articulação entre os equipamentos de saúde de diversos agrupamentos territoriais (regiões e macrorregiões de saúde);
- b) as experiências compartilhadas entre usuárias dos serviços de saúde materna, profissionais de saúde e gestores apontam fragilidades quanto ao perfil técnico-assistencial das regiões e macrorregiões de saúde, dificuldades de acesso e peregrinação das mulheres e, ainda, problemas quanto à organização e funcionamento dos serviços. Por meio do contato com estes sujeitos foi possível perceber, ainda, as necessidades para o cuidado que remetem aos encontros, vínculo e transformação de modos de ser.

Apesar de reconhecer todas estas fragilidades, ainda assim, podemos afirmar que existe rede. Nossa reflexão trazida até aqui foi elaborada a partir do conceito de jogo proposto por Gadamer. A rede tem mesmo uma natureza própria, assim como o jogo e é independente da consciência dos seus sujeitos / atores (daqueles que jogam). Nisto, estamos mencionando o conceito subjetivo que está por trás daquela afirmativa.

A rede aqui citada faz referência a uma experiência e isso se materializa na medida em que se vive. A mulher na medida em que percebe e reconhece que algo interfere no seu estado de equilíbrio, busca possibilidades para o seu

Isso também acontece, quando outros sujeitos, próximos ou não à ela, percebem ou reconhecem algo (cuidar-dos-outros).

A materialização do cuidado, aqui, é percebida por meio dos encontros com outros sujeitos e com os diversos serviços de saúde que tem contato. Este é um primeiro exercício de redes de cuidado. Contudo, independente da relação de cuidado direta, é possível manter um contato com esta rede, seja como ator principal ou coadjuvante, expectador ou equipe de apoio.

Quando mencionamos a experiência, não estamos nos referindo ao comportamento, estado de ânimo ou liberdade assumida pelos atores que a compõe. A sua finalidade não se encontra nisso. Estamos tratando do seu modo de ser e da essência que lhe são próprios. Neste sentido, é importante oportunizar experiências diversas para se construir uma rede que lhe é própria.

Para os atores que integram a rede, a estrutura rígida proposta e já instituída não é o quesito mais relevante e, independente dela, são construídas novas possibilidades. Até mesmo observamos que estas novas possibilidades ora se justapõem àquilo que já está definido e seguem os mesmos caminhos pré-formatados, ora são traçadas na medida em que se experencia sem a preocupação com o rigor de qualquer percurso proposto.

A rede foi percebida aqui como algo em movimento e que se renova em constante repetição. Ela independe da atuação de cada um dos sujeitos que a compõem. A rede por si só é o próprio sujeito.

É importante comentar, ainda, que mesmo a rede assumindo um papel de sujeito, os atores (jogadores) não são passivos à ela. Todos têm liberdade para construir novos caminhos e criar novas possibilidades. No entanto, esta liberdade não está relacionada à ausência de riscos. A própria rede pode ser vista como um risco para aquele que à experencia.

De acordo com Gadamer (2015:160):

Todo jogar é um ser-jogado. O atrativo do jogo, a fascinação que exerce, reside justamente no fato de que o jogo se assenhora do jogador. Mesmo quando se trata de jogos em que se procura realizar tarefas que alguém impõe a si mesmo, o atrativo do jogo é o risco de saber se vai se conseguir e se voltará a conseguir. Quem tenta dessa maneira é, na verdade, o tentado. Justamente essas experiências em que há apenas um único jogador demonstra que o verdadeiro sujeito do jogo não é o jogador, mas o próprio jogo. É o jogo que mantém o jogador no caminho, que o enreda no jogo e que o mantém nele.

atores escolhem seguir ou abrem mão dela em detrimento a uma possibilidade de rede a ser construída e experienciada. Usualmente, delimitam expressamente seu comportamento frente aos outros pelo fato de que pretende e quer construir uma rede. Também realiza sua escolha no âmbito da sua disposição em jogar e escolhe este jogo e não aquele+ (GADAMER, 2015:161).

Vale mencionar que cada experiência de rede direciona uma tarefa aos seus integrantes. Nos casos de redes já instituídas, as tarefas são impostas; nas redes em construção, as tarefas são edificadas a partir deste processo. No entanto, isso não garante que seja mantido o diálogo e a participação.

Aliado a isso, há a necessidade de reflexão acerca da relação de cada um dos atores com a rede. De acordo com Gadamer (2015:162), % entregar-se à tarefa do jogo é, na verdade, um modo de identificar-se com o jogo+. Neste sentido, os usuários, profissionais de saúde e gestores exercem às suas tarefas na medida em que se identificam e se veem parte da rede formada.

De uma forma geral, o jogo adquire uma identidade hermenêutica e cria uma esfera de atração que envolve cada um dos jogadores (GADAMER, 1985). É esse campo que preenche o jogador com o seu espírito (GADAMER, 2015). Neste aspecto, é importante apontar que % aquele que não participa do jogo mas assiste quem faz a experiência mais autêntica e que percebe a intenção do jogo+ (GADAMER, 2015:164).



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AMATUZZI, M.M. Por uma psicologia humana. 3 ed. Campinas: Alínea. 2010
- ALMEIDA, M.A.S. et al. Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. **Rev. Brás. Edu. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 243-248, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr.2015
- ALVES, M.J.M. et al. A regionalização e a organização das redes de assistência na Macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para assistência ao câncer de mama. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. 26-34, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1018/378>>. Acesso em: 10 mai. 2014.
- ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.
- ARRETCHE, M; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. Sau. Col.**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2014.
- ARRETCHE, M. T. S. **Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011. 304p
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago 2014.
- ARTMANN, E. Enfoque démarche stratégique na gestão hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.(org). **Caminhos do pensamento: Epistemologia e método**. 2 ed. Rio de janeiro: Fiocruz, 2003
- ÁVILA, M. M.M. Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. **Rev. Bras. Prom. Sau.**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-68, 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2067/2360>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- BEYAEA, S.C., NICOLL, E.L.H., Writing integrative review. **Aorn J.**, Nova Iorque, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998. Disponível em: <[http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(06\)62653-7/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(06)62653-7/abstract)>. Acesso em: 10 de mai 2015.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

_____. L.R.S.; BARRETO, M.L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991a 2001. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p.135-42, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/03.pdf>>. Acesso em: 22 set 2014

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003a.

_____. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Componente pré-hospitalar móvel da PNAU - o SAMU. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003b.

_____. **Manual dos Comitês de Investigação da Morte Fetal e Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Pacto para redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. **Reforma do Sistema de Atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004f.

_____. Pacto pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Portaria Gabinete Ministerial/Ministro da Saúde n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à

_____. Ministério da Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

_____. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M. A; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr 2015

BUSANELLO, J. et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 807-814, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400023>. Acesso em: 10 jun 2015

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2016.

CARDOSO, L. M; SOUZA, M.M.C.F; GUIMARÃES, R.U.C. Morte materna: uma expressão da "questão social". **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p.244-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out 2015

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, J. A. M; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out 2015

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

Modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1310, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 març 2016.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ-ABRASCO, 2001.

CHEBLI, I.C.F et al. O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/815>>. Acesso em: 18 ago 2015

CLUTLER, D. et al. The determinants of mortality. **NBER**, Cambridge, v. 20, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w11963.pdf>>. Acesso em 5 jul 2015.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em access 21 jun 2016.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. Brasília - DF. ENAP . Escola Nacional de Administração Pública, 2013. p.72

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

DOURADO, D. A et al. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 12, n. 3, p. 10-34, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/688>>. Acesso em: 27 jun. 2014

DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saud. Pub**, São Paulo, v. 45, n. 1, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014

DUBEUX, L. S; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

os serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.

FERNANDES F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo; 2005.

FRANCA, L. M et al. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. **Saude soc.**, São Paulo, vol. 21, supl. 3, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.

GADAMER, Hans-Georg. **O problema da consciência histórica**. 3 ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 71p.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método Vol. 1**. 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631p.

GADAMER, Hans-Georg. **A atualidade do belo**: a arte como jogo, símbolo e festa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. 83p.

GADAMER, Hans-George. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GUERREIRO, J. V; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

GRYSCHK, A. L. F. P. L et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari ? São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 689-700, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: access 21 jun 2016

GRONDIN, Jean. **O pensamento de Gadamer**. São Paulo: Paulus, 2012. 536p.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp. 2011

HARTZ, Z.M.A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Orgs.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. 275p.

IANNI, O. A questão social. **Rev. São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, vol. 5, n.1, 1991. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n01/v05n01_01.pdf>. Acesso em: 18 marc 2016

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

JACOMETTI, E.S.M, STEFFIAN-SOUZA, A.I. Espaço, território e região: conceitos-chave para compreensão da atratividade de Juiz de Fora no processo de regionalização da saúde na macrorregião sudeste de Minas Gerais. *Rev. APS. Juiz de Fora*, v. 13, supl. 1, p.15-25, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/820/377>> . Acesso em: 10 mai. 2014.

LAURENTI R. Mortalidade materna: desafios para sua redução e a questão da mensuração e coleta de dados. In: Eurolac Conference, 16., 2004, Recife, Brasil. **Anais...Recife**, 2004

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso 27 jun 2014.

MACHADO, C. V et al. Federalism and health policy:the intergovernmental committees in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400642&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016.

MEDEIROS, R. D. et al . Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 16-21, jan. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 jun. 2015

MEDEIROS, S. M; GUIMARAES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2015

MELLO, G. A; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun 2014.

MELO, Marcus André. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582005000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 set. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jun 2014.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 137-174.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, jan. 1999. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2016.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org). **Caminhos do Pensamento É Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 83-107.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

MONTAÑO C. **A natureza do Serviço Social**: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2009.

MONTANO, C. Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar 2016

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar 2014.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 fev 2016.

Organização das Nações Unidas e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm/index.php?lay>> . Acesso em 11 mar 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Resolução 65ª. **Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Genebra (Suíça), 2012.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

ica, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 40, n. spe., p. 73-78, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2016.

PASTORINI A. **Delimitando a questão social**: o novo e o que permanece. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2007.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 585-602, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jan 2016

PINTO JUNIOR, V. C. et al. Regionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica brasileira. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 28, n. 2, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA.
Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, OPAS, 2012.

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun 2014.

RIBEIRO, L. C. Q. Cidade e cidadania: inclusão urbana e justiça social. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 56, n. 2, Apr. 2004. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 fev 2016.

RICOEUR, P. **Do Texto à Acção**. Ensaios de Hermenêutica II. Porto: Rés, 1989. 407p.

RICOEUR, P. **Teoria da Interpretação**. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70, 1976. 109p.

RIVERA F.J.U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Sau. Pub**, v.13, n. 1. 1997.

RIVERA F.J.U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 312p.

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em gestão em saúde pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 17-35.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, jan.1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123199900200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2016.

ROCHA, R.; SOARES, R. Evaluating the impacto of community-based health interventions: evidence from Brazil's family health program. **Health Economics**, vol. 19, p.126-158, 2010. Disponível em: <<https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/D233NJF52743GOVNPPCD37EUDIRIA2FW/full/1.pdf>>. Acesso em 10 abr 2016

SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 494-508, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

SAUTER, A. M. W. et al. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. **Rev. Min. Enferm**; Belo Horizonte, v.16, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>>. Acesso em 21 jun 2016

SAY L, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. **Lancet Global Health**. Londres, v. 2, n. 6, p. 323-333, 2014. Disponível em: <<http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html#sthash.9so2SkTn.dpuf>> Acesso em 10 de mar 2016

SCHERER, E.F. **Classes populares e ampliação da cidadania**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez,1987

SILVA, R.C; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-612, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1383-1396, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

SILVA, M. V. S. et al. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 mai 2014.

SODRÉ, T. M. et. Al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto & Contex Enfer**. Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416099006>>. Acesso em 18 abr 2016

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

últiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jun 2014.

SOUZA, M.T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf >. Acesso em 10 de mai 2014

SPEDO, S. M; PINTO, N. R. S; TANAKA, O. Y. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun 2014.

SPINELLI, M. B. A. S et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 227-237, Mar. 2014. Disponível em: em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jan 2016

STEPHAN-SOUZA, A et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, p. 26-34, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/631>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

TANAKA, A.C, MITSUIKI, L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. **Relatório de Pesquisa**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R.; SOUZA, J. A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 6, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001400005&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 11 mar 2014.

VALADAO, R. C; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun 2016

VASCONCELOS, A. M. N; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 maio 2016.

VASCONCELOS, M. F. F; MARTINS, C. P; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

... fesa da vida de mulheres e crianças brasileiras.
Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 997-1011, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500997&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016

VENANCIO, S. I et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun 2014.

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun 2014.

WHO, **Library Cataloguing-in-Publication Data Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates**. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015

WIESE, I. R. B; SALDANHA, A. A. W. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 536-547, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200536&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun 2016.

W.K. KELLOGG FOUNDATION. **Guía de Desarrollo de Modelos Lógicos**. Battle Creek, MI. 2001.

ZUCCHI, P. **O Direito à Saúde nas Constuições do Brasil**. São Paulo: USP, 1997, p.26.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

APÊNDICES



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PRIMEIRO ATO: MANIFESTAÇÃO PARA
O SENHOR DOUTOR

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

Gestão pública em debate



direito

família

Onde há uma necessidade

saúde





dar Visibilidade
aquilo que está
(IN)-VISÍVEL

Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

a ação da saúde.



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



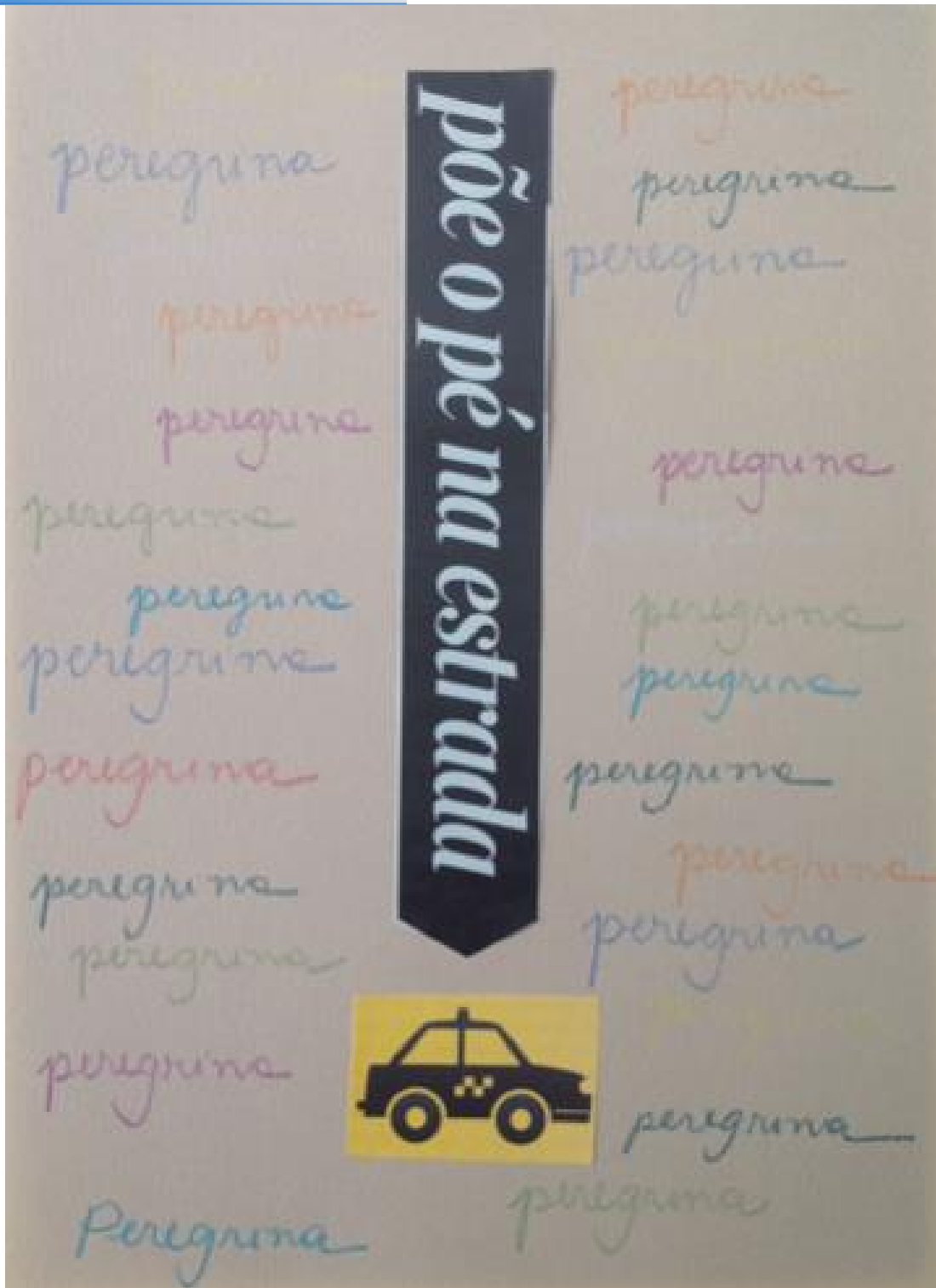
Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



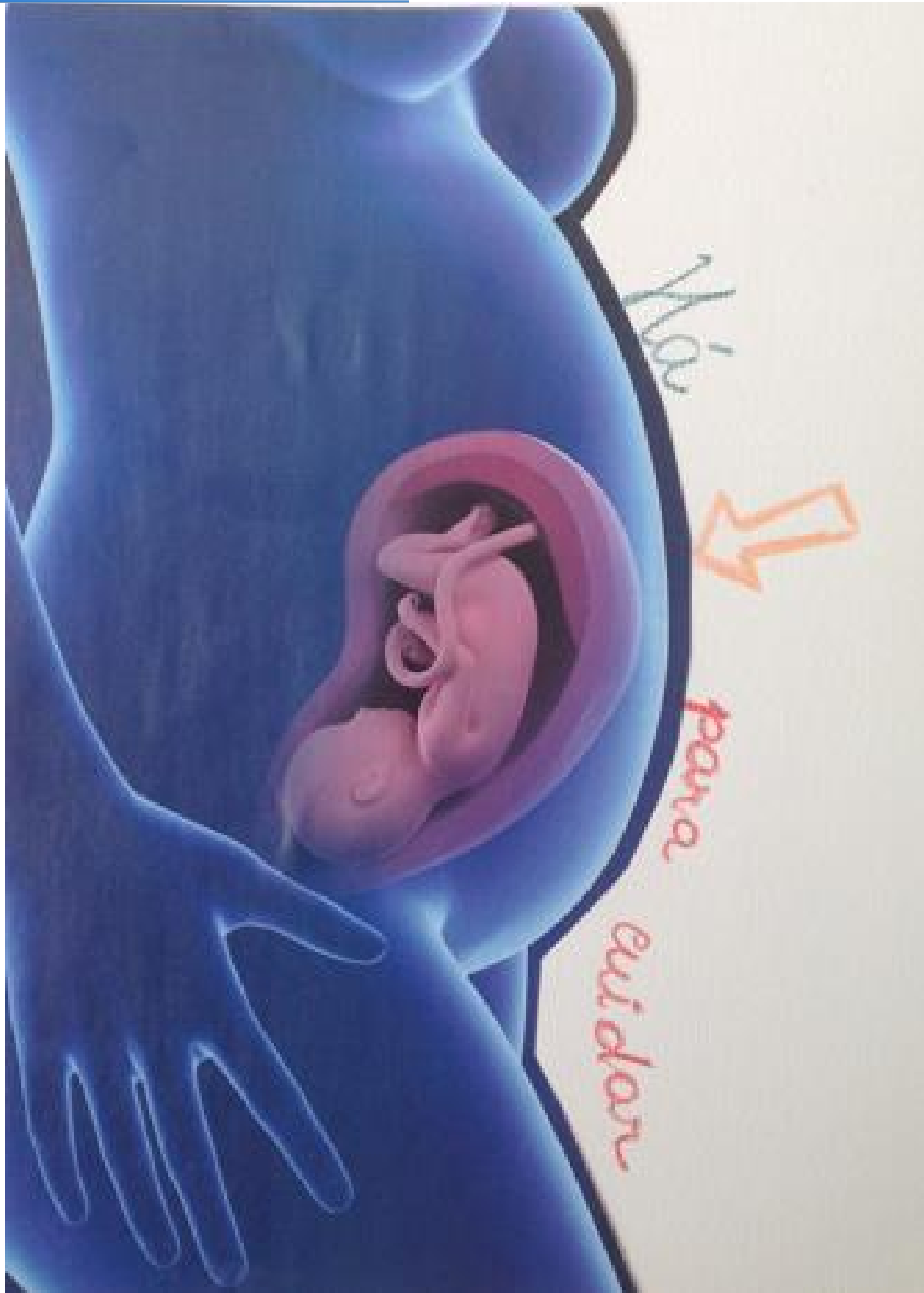
Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborada pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.



Fonte: elaborado pelo autor.

Obra 6: Barrigão da Ana



Fonte: elaborado pelo autor.



Fonte: elaborado pelo autor.

Obra 8: Barrigão da Carmem



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.



Fonte: elaborado pelo autor.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Fonte: elaborado pelo autor.