

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SANDRA CRISTINA LIMA VIEIRA SANTANA DE FARIAS

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde.**

Maringá  
2016

SANDRA CRISTINA LIMA VIEIRA SANTANA DE FARIAS

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.  
Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves

Maringá  
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

F224r Farias, Sandra Cristina Lima Vieira Santana de  
A rede mãe paranaense, o legal e o real: práticas  
discursivas das usuárias desta política na 13ª  
Regional de Saúde / Sandra Cristina Lima Vieira  
Santana de Farias. -- Maringá, PR, 2016.  
145 f.

Orientadora: Profª. Drª. Rozilda das Neves Alves.  
Dissertação (mestrado em Políticas Públicas) -  
Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências  
Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências  
Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas  
Públicas, 2016.

1. Políticas públicas. 2. Programas  
governamentais. 3. Saúde materno-infantil. I.  
Farias, Sandra Cristina Lima Vieira Santana de,  
orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro  
de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de  
Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em  
Políticas Públicas. III. Título.

CDD 23.ed. 614.5992

SANDRA CRISTINA LIMA VIEIRA SANTANA DE FARIAS

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr.ª Rozilda das Neves Alves  
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof. Dr.ª Rosângela Ziggliotti de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof. Dr.ª Maria Antônia Ramos Costa  
Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)

Aprovada em: 26 de outubro de 2016  
Local de defesa: Bloco H-12, sala 014, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

## **DEDICATÓRIA**

À Deus, por ter me dado a vida e diversas oportunidades....

Aos meus pais Julia e Francisco (mesmo lá no céu eu tenho certeza que ele está dizendo “estudo és tudo minha filha”), ao meu esposo Henry e aos meus filhos Isaac, Maria Júlia e Felipe. Os primeiros moldaram o meu caráter, o segundo ensinou-me a amar e finalmente os que vieram para ensinar-me que amar é doação, é entrega, é comunhão com Deus.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Orientadora e amiga Rozilda das Neves Alves, pela sintonia que conseguimos desenvolver neste trabalho. Obrigada por ter confiado em mim mais do que eu mesma, e por ter sido calma em meus momentos de tempestade.

Aos professores e colegas de curso, pois juntos trilhamos este caminho às vezes árduo, e finalmente descobrimos que ele apenas começou.

À minha amiga Sílvia da Silveira Nabhan, pela ajuda na árdua tarefa de transcrever as entrevistas, você mora no meu coração.

À Professora Dra. ídola e amiga Rosângela Ziggioni de Oliveira, pelo apoio desde a elaboração do projeto de pesquisa para inscrição no programa, a ajuda preciosa na qualificação e por ter aceito fazer parte da banca.

À Professora Dra. Maria Antônia Ramos Costa, por aceitar o desafio de conhecer minha pesquisa em tão pouco espaço de tempo e fazer parte da banca.

Ao Junior, da Secretaria do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, pela perene boa vontade em responder minhas perguntas e ajudar-me em questões burocráticas nestes anos de estudo.

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde.**

**RESUMO**

Este estudo teve por objetivo de confrontar o legal e o real na implementação da Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde por meio das práticas discursivas das usuárias e profissionais de saúde, e das legislações desta política. Para atingir os objetivos propostos a autora aplicou um questionário aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, Centros de referência e Hospitais que realizam partos nos municípios da área de abrangência da 13ª Regional de Saúde. Quanto às puérperas foi aplicado um questionário/roteiro de entrevistas até o 15º dia do puerpério entre os meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016. O processo de análise e compreensão da produção de sentidos acerca das representações sociais das usuárias da RMP se fundamentou a partir da perspectiva teórico-metodológica proposta por Spink (2013), situada no Construcionismo Social. Concluímos que existem diversos aspectos da RMP já presentes em normas anteriores, o que demonstra que os programas de saúde da mulher necessitam uma efetiva implementação e não da criação de novas normas. As práticas discursivas dos profissionais de saúde e das usuárias apontam sérias fragilidades na implementação desta política pública na região de saúde e o resultado do estudo irá contribuir com a governança da RMP a nível Regional, macrorregional e estadual.

**Palavras-chave:** Políticas públicas. Programas governamentais. Saúde materno-infantil.

## ABSTRACT

This study aimed to confront the legal and the real in the implementation of Network Mother Paranaense in the 13th Regional Health through the discursive practices of users and health professionals, and the legislations of this policy. In order to achieve the proposed objectives, the author applied a questionnaire to the professionals of the Family Health Teams, Reference Centers and Hospitals that deliver in the municipalities in the area covered by the 13th Regional Health Area. until the 15th day of the puerperium between the months of October 2015 and February 2016. The process of analysis and understanding of the production of meanings about the social representations of RMP users was based on the theoretical-methodological perspective proposed by Spink (2013 ), located in Social Constructionism. We conclude that there are several aspects of RMP already present in previous standards, which demonstrates that women's health programs need effective implementation and not the creation of new standards. The discursive practices of health professionals and users point out serious weaknesses in the implementation of this public policy in the health region and the result of the study will contribute to the governance of the RMP at the Regional, macro-regional and state levels.

**Keywords:** Public Policies. Government Programs. maternal and child Health.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AISM - Atenção Integral à Saúde das Mulheres  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
APS – Atenção Primária a Saúde  
APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde  
CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEPMM-PR - Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná  
CIB - Comitê Intergestores Bipartite  
CISCENOP - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Paraná  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
CMP – CENTRO MÃE PARANAENSE  
CNMD - Conselho Nacional de Direitos da Mulher  
COMSUS - Programa Estadual de apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS - Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde  
CPAIMC - Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança  
CRESEMS - Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde  
ECV - Esterilizações Cirúrgicas de Voluntária  
EQP - Estratégia de Qualificação ao Parto  
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INESCO - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
JHPIEGO - Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics  
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado  
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica

NV – Nascidos vivos  
ONU – Organização das Nações Unidas  
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PIB – Produto Interno Bruto  
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento  
PPP – Parceria Público Privado  
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
RC – Rede cegonha  
REBIDIA - Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência  
RMM - Razão de Mortalidade Materna  
RS – Regional de Saúde  
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS  
SIMI - Sistema de Informações de Mortalidade Infantil  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificáveis  
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência  
SESA - Secretaria de Estado da Saúde  
SPRP - Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TIA - Teste Indireto de Antiglobulina  
UTI – Unidades de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Elenco mínimo de atividades preconizadas pelo PHPN a serem desenvolvidas no cuidado a gestante e à puérpera.....	45
<b>Quadro 2</b>	Indicadores de processo e de resultado, preconizados para o monitoramento da implantação do PHPN pelos municípios e estados.....	47
<b>Quadro 3</b>	Programa Nascer no Paraná – Direito à Vida, descrição das ações realizadas no ano de 2009.....	50
<b>Quadro 4</b>	Histórico da construção de políticas públicas às mulheres em situação de violência, Paraná de 2006 a 2015.....	53
<b>Figura 1</b>	O Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense.....	64
<b>Figura 2</b>	Painel de Bordo da Rede Mãe Paranaense.....	65

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Centros de referência e hospitais que realizam parto pelo SUS.....	77
<b>Tabela 2</b> – Perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam na Atenção Primária à Saúde.....	80
<b>Tabela 3</b> – Perfil dos médicos entrevistados que atuam na Atenção Primária à Saúde.....	81
<b>Tabela 4</b> – O cuidado dispensado ao binômio na Rede Mãe Paranaense, por enfermeiros e médicos da APS.....	82
<b>Tabela 5</b> – Perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam nos hospitais que fazem partos pelo SUS.....	86
<b>Tabela 6</b> – Perfil dos médicos entrevistados que atuam nos hospitais que fazem parto pelo SUS.....	87
<b>Tabela 7</b> – O cuidado dispensado ao binômio na Rede Mãe Paranaense, por enfermeiros e médicos dos hospitais.....	88
<b>Tabela 8</b> – Produção de Sentidos – Relações interpessoais.....	98
<b>Tabela 9</b> – Produção de Sentidos – (Des) Informação.....	100
<b>Tabela 10</b> – Produção de Sentidos – Iatrogenia e iatrogênese estrutural.....	106
<b>Tabela 11</b> – Produção de Sentidos – Humanização do trabalho de parto e parto.....	112
<b>Tabela 12</b> – Produção de Sentidos – (Des) Atenção ao puerpério.....	118

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
<b>2.2</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>21</b>
3.1	ESTADO X SAÚDE.....	21
3.1.1	A AGENDA POLÍTICA QUE CULMINOU NO SUS.....	31
3.1.2	A CONTRA REFORMA DO ESTADO, RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E NEOLIBERALISMO.....	36
<b>4</b>	<b>AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER NO PARANÁ.....</b>	<b>40</b>
4.1	O PERÍODO QUE ANTECEDEU A REDE MÃE PARANAENSE.....	40
4.2	O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM).....	40
4.3	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN).....	44
4.4	O PROGRAMA NASCER NO PARANÁ – DIREITO À VIDA.....	49
4.5	O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ESTADO DO PARANÁ.....	52
4.6	OS COMITÊS DE PREVENÇÃO DAS MORTALIDADES MATERNA E INFANTIL NO PARANÁ.....	56
<b>5</b>	<b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>57</b>
5.1	A REDE CEGONHA, AVANÇO OU RETROCESSO?.....	58
5.2	A REDE MÃE PARANAENSE.....	61
5.3	O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: A REDE CEGONHA X REDE MÃE PARANAENSE, SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS.....	66
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>76</b>
6.1	A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS.....	76

6.2	OS PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	77
7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>80</b>
7.1	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA APS.....	80
7.2	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DOS HOSPITAIS QUE FAZEM PARTO.....	86
7.3	PRÁTICAS DISCURSSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS.....	90
7.3.1	DESVELANDO O DIÁRIO DE CAMPO.....	91
7.3.2	RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O SENTIMENTO DE SER CUIDADA.....	97
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>134</b>
	<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>136</b>
	<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>138</b>
	<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>140</b>
	<b>ANEXO I.....</b>	<b>142</b>
	<b>ANEXO II.....</b>	<b>144</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em minha trajetória profissional como enfermeira, atuei na área hospitalar em maternidade, berçário, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, pediátrica e adulta. Atualmente, sou servidora da Secretaria Estadual de Saúde, coordeno a Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador da 13ª Regional de Saúde de Cianorte.

Desde quando defini meu objeto de pesquisa, a única certeza que tive é que queria dar voz às mulheres que gestam e dão luz aos cidadãos paranaenses. Além disso, a ideia de dar voz àquelas que não têm espaço para falarem e serem ouvidas, serem acolhidas em suas necessidades, dúvidas, angústias e medos. Sentimentos tão contraditórios que parecem incompatíveis com o momento pelo qual estão passando, sendo amor, concepção, gestação, trabalho de parto, parto e amamentação.

Percebo que fui tomada por um pensamento positivista ancorado na visão de pensadores como Comte e Durkheim que acreditavam que a sociedade podia ser analisada da mesma forma que os fenômenos da natureza, pois no final do parágrafo acima abordei o ciclo gravídico-puerperal como se fosse um fenômeno natural e que obrigatoriamente devesse ser um “conto de fadas”, daí lembrei-me do meu dia-a-dia na época que trabalhava em Hospital e chefiava a Maternidade, e neste período pude presenciar a alegria de umas e a tristeza de outras, tristeza por ter “engravida sem querer”, de sentir-se abandonada em um momento tão importante pelo não cumprimento da lei do acompanhante (Lei 11.108/2005) pelas instituições, de não ter o poder sobre o próprio corpo que é violentado por procedimentos medicalizados e desumanizantes como, por exemplo, os braços abertos e amarrados na mesa de parto em posição de crucificação (muitas vezes entre “dois ladrões” quando por diversas vezes pude presenciar a famosa frase “se você pagar para de sofrer e eu faço sua cesárea”).

Perder uma mulher em decorrência da gravidez, na linguagem da epidemiologia, se traduz num indicador denominado Razão de Mortalidade Materna, mas para mim este indicador vira uma quimera quando lembro que para a família que perdeu esta mãe, perdeu 100% do que tinha. Ou a família que perdeu seu bebê, retorna para casa e encontra o berço vazio, o filho tão esperado não vem e nunca vai ser ninado neste berço.

A pior constatação é que na maioria das vezes, no Paraná as mortes maternas e infantis poderiam ter sido evitadas, portanto, é neste contexto que almejo estudar a Rede Mãe Paranaense para avaliar se cumpre o seu papel na redução dos desfechos desfavoráveis e na humanização do atendimento às usuárias e seus conceitos.

Ao revisitar Osis (1998, p. 26) esta afirma que “em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas”.

Quase duas décadas depois, no final de 1990, na visão de Serruya et al (2004, p. 270) mesmo com a implantação do PAISM a assistência a saúde da mulher ainda apresentava diversas lacunas a serem preenchidas e, ao priorizar a saúde da mulher o Ministério da Saúde definiu 3 linhas de ação/etapas neste intento: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher. As três etapas citadas pelos autores foram: 1) Aumento da remuneração ao parto normal e fixação de um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e inclusão da remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica; 2) Instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998) com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico; e 3) Um maior enfoque na qualidade da assistência, no acesso, considerado como indicador de qualidade da atenção, e a humanização da atenção (SERRUYA *et al*, 2004, p. 270).

Uma década depois, mesmo após a implantação das três etapas citadas acima, houve discreta melhora dos indicadores, todavia, os desfechos desfavoráveis continuavam a acontecer em números preocupantes. Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir estes desfechos desfavoráveis tanto para mãe quanto para seu conceito.

[...] adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira. Porém, muitos estudos têm demonstrado que esse conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (MARTINELLI et al, 2014, p. 57).

Mesmo após a implantação do PHPN, os indicadores tiveram discreta melhora no componente neonatal e manteve-se estável com relação à Razão de Mortalidade Materna, neste contexto, desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN fomentando a implementação de um novo modelo de

atenção à saúde do binômio mãe-filho, organizando a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, na tentativa de garantir o acesso, acolhimento e resolutividade. (BRASIL, 2011)

Sobre o lançamento da Rede Cegonha Carneiro (2013, p. 50) chama atenção sobre os dilemas antropológicos desta política universal em um Brasil plural, quando a Presidente Dilma e o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha lançaram a Rede Cegonha com a presença da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil).

Tal política foi considerada por muitos um retrocesso de 30 anos na luta emancipatória das mulheres, pois denota a visão da mulher voltada para maternagem, “mulher mala”, pois não discute se ela quer ou não matinar e nem a legalização e descriminalização do aborto.

Já outros (CECCIM, CAVALCANTI, 2001, apud CARNEIRO, 2013) apóiam a iniciativa governamental por que ainda impera sérios problemas de leitos hospitalares, precariedade da assistência, uma das maiores taxas de cesáreas do mundo (em especial nos serviços privados) e indicadores desfavoráveis com relação à mortalidade materno-infantil.

No Paraná a Rede Cegonha foi batizada de Rede Mãe Paranaense, pois possui algumas características peculiares ao nosso estado que serão tratadas na revisão bibliográfica deste estudo a ser realizado no âmbito da 13ª Regional de Saúde (13ª RS), cuja sede localiza-se no município de Cianorte, região noroeste do Paraná, e composta por 11 municípios: Cianorte, Cidade Gaúcha, Guaporema, Indianópolis, Japurá, Jussara, Rondon, São Manoel do Paraná, São Tomé, Tapejara e Tuneiras do Oeste, totalizando 145.037 habitantes (IBGE, 2012). Somente o município de Cianorte encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Uma pesquisa realizada por Nabhan e Oliveira (2009, p. 71) evidenciou após análise de 88 óbitos infantis que ocorreram em Cianorte entre os anos de 1999 à 2006

que 95,5% das mães inseriam-se em ocupações de baixa qualificação, 6,8% não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, 80,7% dos óbitos ocorreram no período neonatal, 68,3% por causas perinatais, 61,4% das crianças com peso inferior a 2.500 gr e 70,5% dos óbitos foram considerados evitáveis. A maioria dos óbitos poderia ser prevenido com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e a garantia de acesso da gestante e da criança, em tempo oportuno, a serviços de saúde de qualidade (NABHAN; OLIVEIRA, 2009, p. 71)

Dados mais recentes do Sistema de Informações de Mortalidade Infantil (SIMI), em uma análise de 2006 à 2011, apontam que neste período ocorreram 144 óbitos infantis nos onze municípios de abrangência da 13ª RS e dos 135 digitados no SIMI - 88 (65,2%) foram considerados reduzíveis pelas mesmas causas citadas pelo estudo de Nabhan e Oliveira.

Quanto à Razão de Mortalidade Materna (RMM) a 13ª Regional de Saúde figura entre as que apresentam as maiores RMM do Estado nos anos de 2007 à 2011 alcançando 104,8/100.000 Nascidos Vivos (NV) se comparada à média do Estado no mesmo período que é de 60,85/100.000 NV.

A gestão atual da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) assumiu o compromisso de implantar as Redes de Atenção à Saúde no Estado do Paraná e priorizou cinco redes estratégicas: Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental e Rede da Pessoa com Deficiência.

De acordo com Mendes (2009) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A Rede Mãe Paranaense foi lançada pelo Governo Estadual no dia 02/05/2012 em um grande evento na Universidade Positivo de Curitiba, que contou com a presença de Deputados Estaduais e Federais, Prefeitos, Gestores Municipais da Saúde, Controle Social, Sociedades científicas, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde dos 399 municípios paranaenses.

A Linha Guia (2012) desta política de saúde, que foi distribuída a todos os participantes, explica que a Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de alto risco e risco intermediário, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Na 13ª RS o pré-natal de risco habitual é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e médicos obstetras em alguns dos 10 municípios; a maior dificuldade encontra-se na estratificação do risco gestacional e na referência das gestantes de risco intermediário e alto risco.

A 13ª RS e o Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Paraná (CISCENOP) estão desde 2012, trabalhando na implantação e implementação dos pontos de atenção secundários e terciários desta rede: foi parcialmente implantado o Centro Mãe Paranaense

(CMP) com recursos do COMSUS (Programa Estadual de apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde), sendo contratados uma enfermeira e um médico obstetra para o atendimento das gestantes de alto risco e risco intermediário para os 11 municípios, com exceção de Cianorte que tem médico obstetra em quase todas as unidades de saúde.

Ainda há problemas na referência hospitalar de alto risco, visto que hospital da região que havia sido pactuado na 4ª Reunião Ordinária da CIB Regional no dia 24/05/2013, não pôde continuar sendo referência, por não possuir UTI neonatal, deixando este vazio assistencial na região, sendo substituído conforme deliberação das CIBs Regional e Estadual, por outro hospital na cidade de Umuarama, sede da 12ª Regional de Saúde.

Sem usar jargões, acreditamos realmente, que seja necessário pensar globalmente e agir localmente, sob esta perspectiva nos apropriamos de um Pacto do qual o Brasil é um dos signatários junto a Organização das Nações Unidas (ONU). As metas do milênio foram estabelecidas pela ONU em 2000, com o apoio de 191 nações, e ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles:

- 1 - Acabar com a fome e a miséria
- 2 - Oferecer educação básica de qualidade para todos
- 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres
- 4 - Reduzir a mortalidade infantil
- 5 - Melhorar a saúde das gestantes
- 6 - Combater a Aids, a malária e outras doenças
- 7 - Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente
- 8 - Estabelecer parcerias para o desenvolvimento (IPEA, 2005)

A Rede Mãe Paranaense está incluída no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde no ano 2000. Tal programa apresenta, como um de seus fundamentos, o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o acompanhamento adequado a mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2000).

Hoje, há mais de quatro anos após a implantação da RMP, muitas coisas já foram feitas na busca da redução dos indicadores já citados e tendo em vista a busca do Paraná em atingir os objetivos do milênio, em especial o 4º e 5º objetivos que visam reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, através da promoção da saúde materno-infantil, da humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, e por se considerar a perspectiva das mulheres sobre o cuidado recebido neste período é que se propôs a presente

pesquisa para confrontar o legal e o real na implementação da RMP na 13ª Regional de Saúde por meio das práticas discursivas das usuárias e profissionais de saúde.

Com a produção desse conhecimento, espera-se subsidiar gestores responsáveis pela atenção à saúde da mulher e da criança na governança desta rede em nível regional, macrorregional e estadual e na formulação e implementação de políticas públicas nesta área, bem como contribuir para o empoderamento dos demais sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuárias, para que possam participar ativamente desse processo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Confrontar o legal e o real na implementação da Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde por meio das práticas discursivas das usuárias e profissionais de saúde, e das legislações desta política.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a implantação/implementação da Política Pública Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde e das usuárias desta política.
- Aprender as práticas discursivas de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério, em todos os pontos de atenção em um contexto regional de serviços de saúde da 13ª Regional de Saúde.

### 3. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

#### 3.1 ESTADO X SAÚDE

O presente capítulo pretende refletir e analisar o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o modelo de organização desta política pública frente à demanda (*inputs*) vinda do ambiente social nesta área, e a resposta (*outputs*) política do sistema de proteção público a esta demanda ao longo dos anos. Agregamos a este, o resgate a partir dos anos setenta, do protagonismo social das mulheres na construção das políticas públicas voltadas a este gênero.

Ao fazermos um resgate histórico sobre as políticas sociais voltadas à saúde da mulher e a participação social na construção destas, observamos que se faz necessário entender como as políticas públicas entram na agenda política, diferenciando política pública propriamente dita de decisão política.

Rua (2014, p. 1) em seu texto “Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos” diz que as sociedades modernas possuem, como principal característica, a diferenciação social, seus membros possuem além de atributos diferenciados, também idéias, valores, interesses e aspirações diferentes e desempenham papéis diferentes no decorrer da sua existência. Por conta disso a vida em sociedade é complexa e freqüentemente envolve conflito, e para que a sociedade possa sobreviver e progredir, o conflito deve ser mantido dentro de limites administráveis. A autora salienta que há apenas dois meios de administrar estes conflitos: a coerção pura e simples e a política, porém o uso da coerção torna-se um problema, pois quanto mais é utilizada, mais reduzido se torna o seu impacto e mais elevado se torna o seu custo.

Resta, então, a política. Esta envolve coerção - principalmente como possibilidade - mas que não se limita a ela [...] a política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos. As políticas públicas (*policies*), por sua vez, são *outputs*, resultantes da atividade política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. (RUA, p. 1, acesso em 18/08/2014 - grifo nosso)

Podemos então afirmar que uma política pública envolve mais que uma decisão política, exige atividade política, pois resultam do processamento pelo sistema político em resposta aos *inputs* oriundos do meio ambiente, sendo permeada por um planejamento

estratégico para implementar as decisões já tomadas, enquanto a decisão política é feita com base num leque de várias outras possibilidades.

A Constituição Federal (1988) em seu Art. 196 diz que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, daí a primeira indagação: **Mas afinal o que é o Estado?** Ao fazermos uma análise do Estado sob a perspectiva do pensamento norte-americano, percebemos em nosso país forte predominância deste pensamento na construção de um Estado nacional, lembrando que no Brasil a noção de Estado surge primeiro que a de Nação. Concordamos com Elias (2004) quando afirma que:

[...] Estado admite várias conceituações segundo as distintas correntes e escolas sociológicas e políticas [...] enquanto a noção de saúde ainda carece de definição satisfatória, isto é, fundada para além das referências à doença ou a linearidade biológica e histórica contida na clássica formulação da Organização Mundial da Saúde – OMS (ELIAS, 2004, p. 41)

A política pública, tal como os estudiosos da área a conceituam, é o conjunto das ações de governos, podendo em certos casos ser promovida por entidades ou organizações muito diferentes na sua estrutura e no seu modo de funcionamento de um Estado ou de um governo. “A política pública como “campo do conhecimento” que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006, p. 26).

Ainda na ótica de Souza (2007) em o “Estado da Arte de Pesquisa em Políticas Públicas”, “existe mais de uma definição do que vem a ser políticas públicas e que não caberia atribuir mais valor a uma ou a outra delas [...] não existe única, nem melhor definição sobre o que seja política pública” (SOUZA, 2007, p. 68).

Pode-se dizer que entre as definições mais comuns, as políticas públicas são associadas a ações de governos, tal como foi mencionado anteriormente, no entanto, neste capítulo a política pública de saúde será vista como uma política que vai além da ação do governo, passando a ser considerada como uma ação de Estado.

No Brasil a saúde desde muito tempo vem sendo uma questão que interessa o Estado, mas como será demonstrado adiante, esta relação teve inicialmente características bem diferentes das que hoje a caracterizam.

Ao avaliarmos a relação Estado x Saúde, percebemos que conceituar estes dois termos tão complexos é uma tarefa muito difícil e não nos julgamos com conhecimento suficiente para fazê-lo, então resolvemos avaliar que na era moderna a saúde materializou-se no Estado em forma de políticas públicas no advento do capitalismo europeu entre os séculos XV e XIX,

que segundo Foucault (1977), nesta época, a saúde passa por intervenções do estado através das políticas públicas.

Elias (2004) esclarece que esse processo histórico é caracterizado pela transição da lógica territorial dos feudos para a lógica setorial com a formação das categorias profissionais dissociadas do território e materializadas nas corporações profissionais. Naquela ocasião as políticas públicas em especial a social era central para a regulação estatal, pois ao pensar as políticas sociais o Estado o fazia na perspectiva da reprodução da força de trabalho, e ao se formular política social como tipo especial de política pública, promovia-se a regulação entre Estado, economia e sociedade, e é exatamente esta a natureza da regulação envolvida na criação de políticas de saúde pública como as do SUS (ELIAS, 2004, p. 42).

Neste contexto, após o século XIX na Inglaterra, em 1834 surgem as *Poor Laws* (Lei dos Pobres) demonstrando de uma forma explícita uma das primeiras intervenções do Estado sobre a saúde, pois os proviam por julgá-los perigosos para a ordem e higiene públicas. Mais adiante, em 1889 na Prússia Bismarck cria o sistema de seguridade social para o proletariado com enfoque nas corporações profissionais reforçando a lógica setorial. Este movimento estendeu-se por diversos países europeus como França, Itália, países nórdicos, mas foi novamente na Inglaterra em 1919 que foi criado um seguro nacional de saúde aliado a um sistema fiscal fortemente progressivo (ELIAS, 2004, p. 42).

Elias (2004) expõe que a relação Estado/saúde ficou fortemente evidente na Europa após a Segunda Guerra Mundial quando se constituiu o *Welfare State* ou Estado Social, que ainda hoje é muito forte no continente europeu, pois postula que independentemente da renda, todos os cidadãos têm direito de serem protegidos desde que haja a “participação justa de todos” (slogan dos trabalhistas ingleses em 1945).

Ao comparar o *Welfare State* ao caso brasileiro Elias (2004) citando Laurell (1995) é enfático:

Nos países capitalistas periféricos esse movimento repercute desigualmente em função das especificidades presentes em cada um deles; no entanto, em todos apresenta um padrão mitigado perante o movimento originário. Desse modo, desenvolvem-se sistemas de proteção específicos geralmente vinculados ao mercado formal de trabalho, compondo na maioria das vezes sistemas previdenciários solidários sob a égide do método de repartição simples. No caso brasileiro [...] o esmaecimento da separação entre a esfera privada e a pública explicita-se no âmbito do econômico, quando o Estado se apresenta como uma espécie de sócio do capital privado, ainda que no plano das políticas públicas não se tenha verificado nenhuma iniciativa comparável ao modelo do Estado de Bem-Estar Social (LAURELL, 1995 apud ELIAS, 2004, p. 43).

Nesta correlação Estado/saúde o Estado de Bem-Estar Social é sinônimo da desmercantilização da saúde quando a reconhece como direito universal e imprescindível para a cidadania plena.

**E aqui no Brasil como se deu esta relação?** A intervenção do Estado na saúde se deu desde o Brasil colônia, o que pode ser compreendido no livro do Historiador Maringense Laurentino Gomes (2007), onde conta que o Brasil dava ilusão de paraíso terreno. A beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno combinavam, aos olhos do europeu, com a saúde dos habitantes do Novo Mundo.

Essa visão durou pouco, no século XVII a colônia portuguesa era comparada ao “inferno”, onde os colonizadores brancos e os escravos tinham poucas chances de sobrevivência. No Brasil colônia “mais difícil do que diagnosticar a causa das doenças era combatê-la. Como em toda colônia, não havia no Rio de Janeiro médicos formados em universidades. Uma forma rudimentar de medicina era praticada pelos barbeiros”, (GOMES, 2007, p. 146).

Costa (1996), narra que as mulheres já no período colonial buscavam uma forma de utilizar-se da medicina sem desvencilhar-se da igreja, na busca do cuidado com o corpo. E que embora difuso, o discurso do planejamento familiar, já estava presente desde este período, tendo perpassado do Império ao início da República, sendo marcado por uma dissimulada tendência ou um sentimento natalista agregado ao ideário do aperfeiçoamento da raça brasileira.

De forma particular e decisiva, a Igreja teve como grande aliada a medicina. Médico e padre tinham acesso à intimidade das mulheres, mesmo com objetivos aparentemente distintos: um voltado ao cuidado com a alma; o outro, com o corpo. Mas em ambas as práticas ressalta-se uma violenta intervenção nas vidas privadas e, no caso da medicina, esta é reforçada através da normatização prescritiva sobre o corpo feminino. (COSTA, 1996, p. 8)

Costa (1996) enfatiza ainda que esta situação arrastou-se do Brasil Colônia ao início da República, porém na década de trinta, com a criação do salário-família, do auxílio-natalidade e o desenvolvimentismo pós-guerra, explicita-se por parte do Estado de Getúlio uma tendência pró-natalista, tendo como pano de fundo no cenário internacional, a retomada das teses do Reverendo Thomas Robert Malthus, que alarmava o mundo sobre o risco da superpopulação em decorrência do não correspondente crescimento da produção de alimentos.

No período republicano a principal ideia era modernizar o Brasil com o uso da “Ordem e Progresso” sob o lema positivista. Elias (2004) explica que na dimensão coletiva da saúde, são exemplos clássicos da especificidade da regulação Estado-sociedade-economia, as

intervenções sanitário-urbanas do início do século XX nas principais cidades portuárias (Rio de Janeiro e Santos) e as campanhas pela erradicação da febre amarela, doença que assolava essas cidades, resultando na insurgência popular conhecida como revolta da vacina e a fúria dos moradores dirigida ao sanitarista Oswaldo Cruz (ELIAS, 2004, p. 43).

Elias (2004) enfatiza ainda que, dados os interesses mais específicos em jogo, é na dimensão individual da saúde, representada pela assistência médica, que a relação Estado/saúde vai revelar melhor a sua especificidade no caso brasileiro. O marco da intervenção do Estado na assistência à saúde se materializou na Lei Elói Chaves com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões através do Decreto 4.682 de 24 de janeiro de 1923 onde lê-se em seu preâmbulo “Crêa, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados” (BRASIL, 1923).

A Lei Elói Chaves veio após a consolidação do Estado Social na Europa entre os anos 1910-1920 pelos movimentos operários, onde naquele continente já havia se regulado as aposentadorias, pensões e assistência médica o que, segundo Elias (2004), foi um arremedo do que se passara na Europa no século anterior. Similarmente ao modelo europeu esta política pública se submete à lógica setorial corporativa visto que nasce vinculada ao mundo do trabalho, porém a diferença no caso brasileiro é que apenas os ferroviários seguidos dos portuários, foram agraciados por serem os setores vibrantes da economia na época. Os descontos eram realizados direto na fonte e não havia contrapartida do Estado, similar a um seguro, onde as pessoas só tinham acesso mediante o desconto compulsório no salário. Outro detalhe importante é que só a população urbana tinha direito enquanto a grande maioria da população brasileira residia na zona rural (ELIAS, 2004).

No governo de Getúlio Vargas (1930-1945) a atuação do governo na questão da saúde era considerada avançada se comparada com a anterior, houve mudanças de abordagem a partir de 1942 com base Norte-americana, o processo de americanização inspirado na Fundação Rockefeller (hospitalocêntrico) presente no Brasil desde 1916 e que havia se retirado do país no ano de 1942. Houve controle das doenças epidêmicas nos grandes centros urbanos do sudeste e do sul do país, por outro lado, cresceram as chamadas doenças de massa.

Em 1943 foi criada a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), a assistência médica, licença remunerada para gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Também houve uma ênfase na Educação em saúde (higienização). Porém a lógica setorial corporativa teve seu ápice na Era Vargas com a criação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) por categoria profissional (bancários, industriários, comerciários, etc...), da mesma forma a

contribuição era compulsória na folha de pagamento, portanto somente tinha direito aqueles inseridos no mercado de trabalho formal, o que segundo Elias (2004) possibilitava um duplo padrão na relação público/privado.

A administração dos IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões) seguia o modelo colegiado que estabelecia a criação de uma CAP (Caixa de Aposentadorias e Pensões) para cada companhia ferroviária do país, e é apontada como marco introdutório do sistema de previdência para o setor privado, porém com a representação direta do Estado em cada um dos institutos. Essas instituições eram dirigidas por um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República, com a assessoria de um “colegiado”, com representação igual de empregados e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito, ambos indicados pelos respectivos sindicatos (PONTE et al, 2010, p. 122).

Cada Instituto tinha autonomia administrativa, enquanto o instituto dos bancários investia em serviços próprios, os industriários compravam serviços de terceiros, ao que relembra Elias (2004) que esta diferença seria a tensão que iria marcar o sistema previdenciário brasileiro, com a poupança previdenciária servindo de base para a reprodução do capital pela via da assistência à saúde, que desta maneira inicia seu processo de mercantilização (ELIAS, 2004, p. 44).

Em pleno processo de mercantilização da saúde, as mulheres persistiam sua busca pelo direito ao próprio corpo, na eterna dualidade entre o profano e o sagrado, ao longo de várias décadas e, PEDRO (2003) ao avaliar a experiência com contraceptivos no Brasil com um enfoque nas gerações nascidas nas décadas de 20 e 30 em comparação as das décadas de 40 e 50, por ela chamada de “geração pílula”, afirmou que o estudo possibilitou

[...] explicar de que maneira foi vivida, no privado, uma questão eminentemente política — as políticas de planejamento populacional vinculadas à guerra fria. Ou seja, de que maneira questões de política internacional repercutiram no dia-a-dia das pessoas. Estou considerando que era de sexo e de corpo feminino que se estava falando, quando acordos internacionais exigiam a redução da natalidade de países de terceiro mundo, como o Brasil. Era também de sexo que se falava, quando a Igreja Católica publicava documentos como a *Humanae Vitae*, decidindo pelos casais quais os métodos que estes poderiam utilizar para planejar o número de filhos que desejavam ter. (PEDRO, 2003, p. 239)

O período compreendido entre os anos 1945 a 1964 ficou conhecido como o da redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e sindicatos, e de acordo com Ferreira (2004), em 1961 a passagem de João Goulart (Jango)

pela Presidência da República, foi marcada pela iniciativa de reformas: fiscal, bancária, urbana, administrativa, agrária e universitária, além da revisão de direitos políticos.

Sustentava-se ainda a necessidade de estender o direito de voto aos analfabetos e às patentes subalternas das forças armadas (marinheiros e sargentos) e defendiam-se medidas nacionalistas prevendo uma intervenção mais ampla do Estado na vida econômica e um maior controle dos investimentos estrangeiros no país, mediante a regulamentação das remessas de lucros para o exterior. Jango não conseguiu alcançar seu intento em função do golpe militar, e em 31 de março de 1964 tem fim a democracia populista, quando os militares na insígnia de combater o avanço comunista, a corrupção e garantir a segurança, implantam o regime tecnocrata (econômico e técnico). (FERREIRA, 2004)

O período do Regime Militar ficou conhecido como o Tempo do Brasil Grande e das frases de efeito patriótico como: “Brasil, ame-o ou deixe-o” e “Ninguém segura este país”. É também os duros tempos da repressão política e policial, do desrespeito aos direitos humanos e dos aviltamentos dos direitos de cidadania. Os crimes cometidos neste período estão sendo investigados pela Comissão Nacional da Verdade (criada pela Lei 12.528/2011 e instituída em maio de 2012).

Pedro (2003) ressalta que durante o período militar, no Brasil e nos demais países do terceiro mundo, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos como as pílulas, faziam parte de políticas internacionais voltadas para a redução da população, diferente do que ocorreu com mulheres européias, cujas políticas natalistas tinham adquirido muita força após as guerras mundiais. Na França a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, enquanto no Brasil a pílula e o DIU foram comercializados sem entraves desde o início da década de 60.

De acordo com Pedro (2003), a política internacional, voltada para a redução da população, em especial nos países pobres, encontrou no governo brasileiro durante a vigência do regime militar, além de ambigüidade, pois de um lado havia os “antinatalistas”; de outro, os “anticontrolistas”. A ala antinatalista reivindicava um projeto de desenvolvimento para o País para a redução da natalidade como parâmetro de país desenvolvido, para isso argumentavam que com o crescimento demográfico então observado, a economia teria dificuldades em manter altas taxas de crescimento capazes de darem conta da demanda exigida. Já os anticontrolistas encontravam entre os militares nacionalistas fortes aliados, visto que os argumentos utilizados eram a teoria geopolítica de “ocupação de espaços vazios” e a manutenção da soberania nacional, que dependia da presença de brasileiros em todas as regiões do País.

Aos anticontrôlistas no Brasil, muitas vezes aliaram-se vários setores da Igreja Católica, e até mesmo grupos feministas. [...] Embora não tenha partido do Estado brasileiro qualquer iniciativa explicitamente controlista, atuaram no País sociedades civis internacionais, principalmente nas camadas populares. Foi o caso da IPPF — *International Planning Parenthood Federation*, que viria a financiar, a partir de 1965, a BEMFAM — Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (PEDRO, 2003, p. 242).

Esta autora enfatiza ainda, que o movimento de mulheres, a partir dos anos 60, ocorrido em diferentes países, tem sido responsabilizado por mudanças culturais significativas. Ela discorre sobre as evidências científicas de que um dos principais responsáveis pelas mudanças na relação de gêneros foi a conquista do uso dos contraceptivos e pela própria atuação do movimento das mulheres, sua presença no mercado de trabalho, nas políticas sindical e partidária, exigindo cotas e ocupando cargos importantes.

[...] graças às possibilidades, antes nunca alcançadas, de separar com mais segurança a sexualidade da reprodução. [...] As pílulas sempre podem ser tomadas às escondidas, seja dos pais, do marido, do amante, seja até do líder da religião que estiverem seguindo. [...] “A utilização de métodos modernos de contracepção não liberta apenas as mulheres de gravidezes indesejadas; ela dá-lhes, em detrimento dos homens, o domínio da fecundidade, e deve ser colocada no mesmo plano que as modificações do direito civil que, na mesma altura, põem termo à sua subordinação na vida privada”. (PEDRO, 2003, p. 253)

Pedro (2003) esclarece ainda que no Brasil, o movimento feminista não teve participação direta na liberação dos contraceptivos para o uso devido à ditadura militar iniciada em 1964, pois as manifestações populares, reuniões, associações e debates eram proibidos. A ONU teve papel primordial na mediação entre os movimentos feministas através da criação do Ano Internacional da Mulher, em 1975.

Mesmo assim, para existir, o movimento feminista precisou contar no início com o apoio da Igreja Católica. Esta forneceu um lugar abrigado para discussões e articulações; por outro lado, limitou muito essa atuação. A prudência para “não assustar a Igreja” foi uma posição utilizada pelo renascente movimento feminista brasileiro, àquela época, o qual precisava contar com todos os aliados possíveis em vista da situação em que se encontrava o País. (PEDRO, 2003, p. 254)

Gouveia e Palma (2003) ao falarem do regime militar explicam que este buscava reduzir tensões e ganhar legitimidade social usando a medicina como redutora de tensões sociais e como instrumento de domesticação e higienização dos pobres.

A forte mercantilização da saúde através da integração público/privado foi legitimada com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) logo após o golpe militar de 1964, período este em que foram implementadas políticas públicas voltadas para o setor privado ampliando a acumulação no setor, ao que Elias (2004) citando Cohn (1980) analisa:

Esse novo ajuste revela a organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao Estado se reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada (COHN, 1980 apud ELIAS, 2004, p. 44).

Elias (2004) ainda afirma que no Brasil a privatização e alta lucratividade do sistema de saúde foram mais precoces que nos demais países da América Latina, que iniciou apenas em 1980 após o golpe militar no Chile.

Em 1970 foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e o FAZ (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), cujo papel, de acordo com Gouveia e Palma (2003), foram construir e equipar centenas de hospitais privados por todo o país, com recursos a fundo perdido (garantido pelo INAMPS), cujo pagamento era feito pela clientela atendida.

Gouveia e Palma (2003) elucidam que a construção e investimento em alta tecnologia nos hospitais privados pelo governo, foi um negócio altamente rentável e sem qualquer risco. No tocante aos sindicatos, os mesmos afirmam que tiveram o peleguismo revitalizado por meio do clientelismo, no exato momento em que começava a surgir o novo sindicalismo.

Afirmam ainda que se tratava da doação ou transmissão a custo simbólico de hospitais e ambulatorios (novos e equipados), em especial ao setor privado, garantindo sua manutenção e capitalização também por conta de recursos públicos. Ressaltam que se credita a este fato o nascimento de toda uma geração de empresários da doença e ao seu enriquecimento à custa do dinheiro público, até capitalizarem-se e descredenciarem os seus hospitais, com críticas cerradas aos mecanismos de financiamento, que aumentava progressivamente quanto mais controles e auditorias se impunham.

A grande maioria destes hospitais privados construídos, equipados e mantidos com dinheiro público, aproveitando-se de sua nova situação, migraram com toda sua estrutura, para empresas de medicina de grupo ou afins. Essa é a origem da maioria dos hospitais privados construídos na época (GOUVEIA; PALMA, 2003, p. 17).

Nos anos 70 e 80 as mulheres continuaram esquecidas e invisíveis, em detrimento da preocupação com o crescimento populacional, e segundo Alves (2014), o debate que atravessa todas estas décadas mobiliza argumentos distintos acerca da pertinência de políticas para redução do crescimento populacional no Brasil, seu formato, seus objetivos e sua gestão. O debate sobre a dualidade das políticas de planejamento familiar para atender a demanda por regulação da fecundidade pautou a agenda política internacional até a década de 1990.

[...] já em 1978, oito países (Barbados, Colômbia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México e Trinidad-Tobago) tinham adotado políticas de redução da fecundidade como meio de reduzir o crescimento geral da população. Doze países (Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Venezuela) tinham ou incluído serviços de planejamento familiar em seus programas oficiais de saúde ou tinham permitido a atuação de entidades privadas de planejamento familiar. Somente três países (Argentina, Bolívia e Uruguai) tinham apenas programas privados de planejamento familiar operando (ALVES, 2014, p. 183).

O Brasil vivenciou na década de 70, conforme narram Bhering (2014) e Alves (2014), a criação do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC), e todas as controvérsias desde a sua criação até a sua extinção em 1990.

Bhering (2014) resume que o CPAIMC era uma instituição privada, cuja estrutura, material, equipamentos e profissionais eram treinados e financiados por organizações internacionais, em especial a USAID, através da *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO). Promoviam, em comunidades pobres da cidade do Rio de Janeiro, ações ligadas ao planejamento familiar e a saúde reprodutiva, em especial junto à população feminina, se destacando, nos anos 1980, como um espaço de referência no Brasil na realização das esterilizações cirúrgicas de voluntária (ECV) por meio de técnicas da laparoscopia e minilaparoscopia.

O autor enfatiza ainda que a existência do CPAIMC foi marcada por polêmicas, recebendo denúncias de que realizavam amplamente cirurgias de esterilização sem o consentimento das pacientes, a maioria das quais pertenciam às classes populares da cidade.

Tais polêmicas levaram a instauração em 1992/3 de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no poder legislativo federal, pressionados pelos movimentos de mulheres que nas décadas de 70 e 80 ascenderam e se mobilizaram na demanda por políticas públicas voltadas para a mulher como sujeito de direitos reprodutivos, autônoma e independente, contrapondo-se ao CPAIMC que representava a afirmação de uma visão mais conservadora (Bhering, 2014).

Alves (2014) ao avaliar os contornos e os significados que ganharam essa controvérsia sobre planejamento familiar no Brasil estudou a trajetória do Dr. Hélio Aguinaga (personagem peculiar da história da saúde das mulheres brasileiras) entre os anos 1975 a 1992, elucidando que um aspecto que caracterizou essa Comissão Parlamentar foi a introdução do argumento eugênico no debate acerca da esterilização.

[...] essas esterilizações eram feitas prioritariamente por entidades privadas de planejamento familiar, mas de constatar que essa “esterilização massiva”

ocorria preferencialmente entre mulheres negras [...] Como uma de suas recomendações, a CPI Estadual propõe a abertura de uma CPI Nacional [...] concluiu que havia esterilização em massa de mulheres no Brasil e que BEMFAM e CPAIMC “executaram, na prática, políticas de controle demográfico concebidas por governos estrangeiros e organismos internacionais, com repercussões negativas sobre a soberania nacional, mas é forçoso reconhecer que contaram com a omissão do governo brasileiro, que jamais investigou seu modus operandi. (Congresso nacional, Relatório nº. 02, de 1993, p.116). (ALVES, 2014, p. 197)

Voltando a falar do Dr. Hélio Aguinaga Diretor do CPAIMC, Alves (2014) diz que ambos (instituição e Diretor) foram chamados a depor nas duas CPIs, cuja acusação que pesava sobre os mesmos era a de “esterilizadores de mulheres para controle da população brasileira, obedecendo ao interesse de instituições estrangeiras”. O que na visão da mesma, num contexto de transição democrática e da recente promulgação da Constituição Federal de 1988, acusações desse porte tinham um efeito devastador.

### 3.1.1 A AGENDA POLÍTICA QUE CULMINOU NO SUS

Neste contexto histórico após o golpe de 1964, em 1970 novos e velhos atores entram em cena na busca da implantação de políticas sociais condizentes com as necessidades do povo brasileiro. Em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, o Movimento Municipalista de 1978, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) em 1979 e os movimentos de trabalhadores de saúde, sistematizando e divulgando o debate em torno de propostas alternativas, quebra do monopólio dos anéis burocráticos previdenciários esboçando a Reforma Sanitária Brasileira.

Neste contexto acima citado, o chamado feminismo brasileiro da “segunda onda” (Schumacher & Brazil, 2000 apud Ramos, 2004) surgiu em meados da década de 1970 e segundo Ramos, a expressão serviu para diferenciá-lo da tradição de luta pelo direito ao voto do final do século 19. A autora afirma ainda que:

[...] o feminismo contemporâneo nacional sofreu os impactos das ideias de Simone de Beauvoir e Betty Friedan, e de palavras de ordem internacionais, como “nosso corpo nos pertence” e “diferentes, mas não desiguais”. A nova onda se desenvolveu em pleno regime militar, contra a ditadura, afrontando a supremacia masculina, a violência sexual e afirmando o direito ao prazer. (RAMOS, 2004, p. 1072)

Ramos (2004) considera o ano de 1975 um marco na construção deste campo da “nova onda” do feminismo, pois aconteceram: a reunião anual da SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), que realizou um encontro considerado histórico sobre o tema mulher; foi criada no Rio de Janeiro a primeira organização feminista do Centro da Mulher Brasileira;

o Encontro para o Diagnóstico da Mulher Paulista e a organização do Movimento Feminino pela Anistia. Nos anos seguintes seriam criados diversos grupos em outros estados e no Distrito Federal, ampliando o espectro de atuação e organização, ampliando o movimento para grupos de trabalhadoras rurais e sindicais, de produtoras culturais, de educadoras populares, de mulheres lésbicas, de prostitutas e de empresárias.

Na década de 80, os projetos identificados pelas siglas PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e as AIS (Ações Integradas de Saúde) mantiveram sempre a mesma proposta, reorganizar de forma racional as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.

Vários outros grupos como a igreja católica, sindicatos e entidades populares também protagonizaram mobilizações pelos direitos de cidadania, que protestavam contra o custo de vida, o desemprego, a repressão política e a opressão da mulher, somando-se a estes jovens médicos sanitaristas e trabalhadores da saúde.

Paralelamente, constituíam-se os primeiros Centros Populares, espaços criados por militantes políticos para facilitar sua atuação nas CEBs e nas bases comunitárias em atividades como as de assessores, educadores e organizadores da mobilização popular. A partir da década de 1980, esses Centros Populares também passaram a ser denominados organizações não-governamentais (ONGs). (PAULA, 2005, p. 39).

Vários Encontros Nacionais Feministas aconteceram nos anos 80, sendo considerado um marco a criação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNMD) em 85, e a multiplicação de conselhos e coordenações municipais e estaduais. (RAMOS 2004)

De acordo com Gouveia e Palma (2003) todas estas manifestações e movimentos que passam a animar a sociedade civil e as universidades se configuram no despertar do movimento estudantil, no renascimento do novo sindicalismo, o que abriu um novo tempo histórico no Brasil e também estimulou o pensamento crítico em saúde, que se desenvolvia especialmente junto aos departamentos de medicina preventiva e saúde pública.

Farah (2004) relembra que na década de 80, sob impacto desses movimentos, foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero e cita os exemplos abaixo:

[...] criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambos no Estado de São Paulo. Essas instituições se disseminaram a seguir por todo o país. Ainda em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão do Ministério da Justiça. Foi também a mobilização de mulheres que levou à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. (FARAH, 2004, p. 51)

Todas estas reivindicações requeridas pelos movimentos brasileiros têm nas características os três tipos de demanda proposto por Rua (2009): demandas novas, recorrentes e reprimidas, no caso da reforma sanitária brasileira ratificamos o que diz Rua (2009):

As demandas novas são aquelas que resultam do surgimento de novos atores políticos ou de novos problemas. Novos atores são aqueles que já existiam antes, mas não eram organizados; quando passam a se organizar para pressionar o sistema político, aparecem como novos atores políticos. Novos problemas, por sua vez, são problemas que ou não existiam efetivamente antes [...] ou que existiam apenas como "estados de coisas", pois não chegavam a pressionar o sistema e se apresentam como problemas políticos a exigirem solução. [...] As demandas recorrentes são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental (RUA, 2009, p. 3).

O setor privado cada vez mais consolidado no final dos anos 80, com o fechamento do ciclo de industrialização, momento de indefinição do projeto econômico do Estado pelo final da ditadura militar e a redemocratização do Estado/sociedade, neste contexto é promulgada a carta magna de nosso país, a Constituição Federal de 1988, sendo uma ruptura nas Políticas Públicas de saúde vigentes caracterizadas por uma enorme demanda reprimida, que segundo Rua (2009, p. 3) “são aquelas constituídas por estados de coisas ou por não decisões”. A “não decisão não se refere à ausência de decisão sobre uma questão, mas que não foi incluída na agenda política”.

Osis (1998) esclarece que em 21 de junho de 1983, o então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde, ao depor na CPI do Senado que investigava o crescimento populacional, apresentou a proposta de criação do PAISM, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “Atenção Integral à Saúde das Mulheres” (AISM). A mesma afirma que, pela primeira vez, o Estado brasileiro propôs oficial e explicitamente um programa que inclui o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução.

Osis (1998) reforça que esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução e que a proposta fora preparada por uma comissão especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, em abril de 1983, e constituída por três médicos e uma socióloga. Sobre os escolhidos para a redação do programa, a autora reflete que, os mesmos, desde o início dos

anos 70, vinham debatendo as condições necessárias para dar às mulheres um atendimento integral, testando diferentes modelos de assistência.

Apesar do anúncio na CPI em 1983, o Ministério da Saúde divulgou oficialmente o PAISM em 1984, através do documento preparado pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, o ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal, e era deficiente. Considerava-se esse quadro agravado face à grande participação da mulher na força de trabalho e a sua importância nos núcleos familiares. (OSIS, 1998)

[...] As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se “...dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (OSIS, 1998, p. 27).

A socióloga Paranaense Lígia Mendonça, ao falar sobre “Mulher e Saúde: uma avaliação contemporânea” expõe o que queriam as mulheres nesta época:

[...] 1) Recuperar e aumentar a auto-estima e o poder das mulheres sobre seu corpo, [...] 2) Associar sempre, ao discutir saúde reprodutiva (gravidez, pré-natal, parto, anticoncepção, aborto, menopausa), os aspectos fisiológicos com a questão da sexualidade e do direito da mulher ao prazer. [...] 3) Provocar mudanças concretas nos serviços de saúde de forma a que atendessem às mulheres como pessoas integrais (não apenas como portadoras de um útero) [...]. A qualidade da relação profissional de saúde/paciente, dimensão reivindicada em todos os fóruns de discussão da Reforma da Saúde, torna-se ponto central nas ações dirigidas à mulher, pois lidam diretamente com a intimidade de um corpo feminino sobre o qual pesam tantos interditos e normas. (MENDONÇA, 1998, p. 105)

Mendonça (1998) elucida que esse momento representou um ponto alto da luta, pois permitiu uma grande troca entre os movimentos de mulheres e os profissionais de saúde, e contribuiu para fortalecer o conjunto da proposta global do movimento sanitário.

A autora relembra que o PAISM foi enfraquecido visto que na avaliação no final de 1986 realizada por consultores nacionais e internacionais, com apoio do Ministério da Saúde, apontou que o nível de implantação do PAISM em todo o território nacional era baixo, não tendo havido mudança nos serviços para a maioria das usuárias. Quanto aos recursos financeiros, do total previsto para o triênio 1984-86, menos de 60% na média do período havia sido executado, e registrava escassez de métodos anticoncepcionais, 69% de

cumprimento das metas quanto a treinamento de recursos humanos, além da formulação de normas técnicas, material informativo e educativo de alta qualidade.

Em uma nova avaliação no ano de 1992, os dados de 16 secretarias municipais e 14 secretarias estaduais de saúde, concluíram que as experiências de assistência integral à mulher eram isoladas e descontínuas. Mendonça (1998) conclui que muito falado e pouco aplicado, o PAISM é mais um exemplo de que não nos faltam propostas técnicas, e sim decisão política. (MENDONÇA, 1998, p. 107)

O movimento da reforma sanitária e a disputa por uma concepção do público x privado, teve seu ápice em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília e foi o palco onde estrelaram técnicos, intelectuais, militantes dos movimentos sociais e populares, trabalhadores da saúde, sindicalistas, gestores públicos e representantes do setor privado. Esta inesquecível conferência foi a arena de debates, embates, contradições, cujo relatório final serviria de base para a Constituição de 1988.

O sonho se materializou, nossa carta magna foi promulgada em 1988, a Constituição Federal é considerada uma das cartas mais progressistas do mundo, porque compreende uma gama de direitos civis, políticos e sociais. Na história brasileira, constitui-se como um marco político-institucional importante devido sua elaboração se dar num contexto de transformações do Estado e da sociedade, onde imperava a esperança de construção de um novo desenvolvimentismo aliado aos esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais. (BAPTISTA et al, 2009)

Ramos (2004), esclarece que na Constituinte de 1988, o chamado *lobby* do batom aprovou mais de 80% das reivindicações na área dos direitos da mulher. Farah (2004), analisando a participação das mulheres na carta constituinte, afirma que organizadas em torno da bandeira Constituinte, as mulheres estruturaram propostas para a nova Constituição, apresentadas ao Congresso sob o título Carta das Mulheres Brasileiras.

[...] Em relação às políticas públicas, as pressões dos movimentos se dirigiram a diferentes níveis de governo, dependendo da distribuição de competências em cada campo de política pública. [...] reivindicações na área de combate à violência contra a mulher se dirigiram prioritariamente aos níveis estadual e municipal. As questões relativas à saúde, por sua vez, foram dirigidas, em um primeiro momento, ao Governo Federal. À medida que a descentralização se iniciou, as pressões também sofreram um redirecionamento, deslocando-se parcialmente para os governos estaduais e para os municípios. (FARAH, 2004, p. 48)

No arcabouço jurídico que legitima o SUS além da Constituição, também estão as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 ambas de 1990. Chamo atenção para o Título VIII Da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social os artigos 194, 195 e 196 da Constituição

Federal de 1988, incorporam a saúde junto à previdência e assistência social no campo denominado Seguridade Social, passando a englobar uma só política, o que de acordo com Lobato (2009) apud Almeida (2013):

[...] A concepção ampliada de saúde, sendo parte da seguridade, representou o avanço na institucionalização de um modelo ampliado de proteção social até então inédito no Brasil e que previa a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integralidade da assistência, a criação de um orçamento próprio, exclusivo e com novas fontes de financiamento. Inovava também na responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo, através da descentralização de competências e recursos, e na participação social através de instâncias colegiadas com atribuições legais de formular e acompanhar a implementação das ações (LOBATO, 2009 apud ALMEIDA, 2013, p. 3).

A efetivação do SUS se deu com a publicação e implementação da Norma Operacional Básica (NOB 01-93) por pressão dos movimentos municipalistas, cujo slogan foi “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”. Mas as transferências financeiras na modalidade fundo a fundo só se deram a partir de 1998 com a efetivação da NOB 01-96, o que conferiu autonomia aos entes subnacionais na tentativa de qualificar a descentralização em curso (ELIAS, 2004).

### 3.1.2 A CONTRA REFORMA DO ESTADO, RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA E NEOLIBERALISMO

Nos anos 90 surge uma nova agenda, a necessidade da reforma do Estado tendo como pano de fundo a globalização e os postulados do neoliberalismo. Elias (2004) pontua que a linha tênue que separa Estado de mercado, foi rompida por iniciativas internacionais de “parceria” ou sociedade entre os entes públicos e o privado denominado PPP (Parceria Público Privado).

A globalização facilitou que a “nova onda” do feminismo chegasse aos organismos internacionais. Foi somente no IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, em Amsterdã, que foi consagrada a expressão “direitos reprodutivos” (uma área de reflexão e produção de conhecimentos sobre saúde, sexualidade, reprodução e integridade corporal) e tornou-se um marco discursivo e conceitual da vanguarda dos movimentos de mulheres desde então.

[...] na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, e na Conferência Mundial da Mulher, em Beijing, em 1995, a terminologia “direitos sexuais e reprodutivos” se consagrou globalmente, mas não consensualmente: a plataforma de direitos reprodutivos foi amplamente majoritária nesse evento. Porém, a plataforma de direitos sexuais tornou-se alvo de conflitos entre feministas e um bloco de países conservadores. (RAMOS, 2004, p. 1072)

A manifestação neoliberal no Brasil despontou nos anos 90 com o governo FHC (Fernando Henrique Cardoso) como resposta ao diagnóstico de crise do Estado, constituindo-se na Reforma do Estado. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, inspirado na vertente gerencial tendo como expoentes neste modelo de gestão Margareth Thatcher e Ronald Reagan, respectivamente ex-primeira-ministra do Reino Unido e ex Presidente dos Estados Unidos.

A reforma do Estado no Governo FHC foi liderada pelo então ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Luiz Carlos Bresser-Pereira e apoiava-se na proposta de administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia e foi justificada pelo mesmo da seguinte forma:

Depois da globalização, as possibilidades do Estado de continuar a exercer esse papel diminuíram muito. Seu novo papel é o de facilitar para que a economia nacional se torne internacionalmente competitiva. A regulação e a intervenção continuam necessárias, na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infraestrutura - uma intervenção que não apenas compense os desequilíbrios distributivos provocados pelo mercado globalizado, mas principalmente que capacite os agentes econômicos a competir a nível mundial. (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 1).

Paula (2005) explica que o Plano dividiu as responsabilidades do Estado em atividades exclusivas e não exclusivas e as atividades de apoio (limpeza, transporte vigilância e outros) seriam submetidos à licitação pública, enquanto o Plano Diretor da Reforma do Estado explica que:

[...] a descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvam o exercício do poder do Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura, pesquisa científica. Chamaremos esse processo de “publicização”. (BRASIL, 1995, p. 12)

A implementação do gerencialismo implantada no Brasil nos anos 90 pelo Governo FHC, foi avaliada por Paula (2005) comparando-o a vertente societal, que se manifestou nas experiências alternativas de gestão pública como os Conselhos Gestores e o Orçamento participativo em algumas cidades brasileiras. Havia a expectativa de que com Lula na presidência, esta forma de administração fosse a marca de seu governo, o que de acordo com a autora não ocorreu, apenas deu continuidade às práticas gerencialistas do seu antecessor FHC, continuidade está em todas as políticas, inclusive as sociais.

O neoliberalismo e a reforma do Estado descrita e coordenada por Bresser- Pereira foi rechaçada por vários estudiosos e defensores do SUS, o que pode ser observado no texto abaixo:

[...] com o pressuposto de reordenar a política, economia e as relações entre indivíduos administrando assim a crise e instaurando um novo projeto de sociabilidade extensivo a todas as partes do mundo. [...] esta ideologia propaga a necessidade de uma reforma administrativa tornando o Estado um administrador tão competente como uma grande empresa. [...] Passou-se, então, a questionar a intervenção do Estado nas políticas sociais, [...] e a maior participação do setor público. Assim, o neoliberalismo opõe-se a universalidade, igualdade e gratuidade princípios que marcam a ideologia moderna. (CALIPO, 2002; CHAUI, 2001 apud ALMEIDA, 2013, p. 5 e 6, grifo nosso)

Coelho *et al.* (2000) ratifica os autores citados acima quando afirma que em nosso país nos dias atuais:

[...] é nítida a predominância de uma medicina que atende à lógica neoliberal, com expansão da assistência à saúde mercantilizada, através de modalidades discriminatórias, fazendo com que a população tenha como referência o subsistema privado de saúde. Para o subsistema público são destinados recursos limitados e a assistência assume caráter filantrópico, negando a saúde como direito. Embora, atualmente, haja uma demanda crescente por parte da classe média, ainda é a classe pobre e politicamente menos combativa que mais se submete às mazelas de um serviço público que é paradoxalmente universal e excludente da maioria. (COELHO *et al.*, 2000, p. 42)

Ao analisar o comportamento do Legislativo após a criação do SUS, Baptista *et al.*(2009) são categóricos, quando afirmam que preponderam no debate atual os interesses privados das corporações profissionais, das representações dos prestadores de serviço, do setor produtivo da saúde e dos múltiplos movimentos sociais, em detrimento dos interesses públicos (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 836).

Como já dito anteriormente uma das diretrizes do SUS é a descentralização, esse novo acordo federativo deu maior autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal.

No SUS podemos observar um modelo de gestão democrática e participativa, a Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde, onde a comunidade, através de seus representantes pode opinar, definir e acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo.

Na administração desta política, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos. Além das conferências nacionais de saúde, uma estrutura inovadora foi criada, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis regional, estadual e federal, nos quais as decisões são tomadas por consenso.

Os membros natos dos Comitês Intergestores Bipartite (CIB), em todos os Estados, são os Secretários Estaduais de Saúde e os COSEMS (Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde). Já na instância Tripartite são os representantes do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e Ministério da Saúde (MS).

Após a revisão bibliográfica para este capítulo, constatamos que o SUS foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo da saúde e das políticas sociais, e a participação dos movimentos feministas na construção de políticas de saúde da mulher foi decisiva.

Podemos apontar como conquistas do SUS, as inovações institucionais, descentralização, participação social, aumento do acesso, consciência do direito à saúde, recursos humanos e tecnologia em saúde. Ainda existem muitas contradições em especial o crescimento do setor privado (acesso universal x segmentação do mercado), comprometendo a equidade nos serviços e nas condições de saúde.

Um dos maiores obstáculos é a diminuição do financiamento, visto que os governos federal e estadual não cumprem a Emenda Constitucional 29 (EC 29) que preconiza que a União deveria aplicar 10%, Estado 12% e municípios 15% dos respectivos PIB (Produto Interno Bruto) em saúde, o que gera restrições de investimento em infraestrutura e Recursos Humanos em Saúde. Obstáculo maior ainda é, segundo Graça, Malaguti e Vieira (2004),

Construir no Brasil um orçamento que seja favorável à questão de gênero tem sido uma das muitas batalhas que os movimentos de mulheres e feministas têm levado nos últimos anos. Convencer os nossos governantes e gestores públicos da importância da incorporação de uma visão que considere as desigualdades existentes entre homens e mulheres não é tarefa fácil. Mais difícil ainda é levá-los a concluir que uma visão de gênero nas políticas públicas facilita a superação de entraves ao desenvolvimento econômico e social e a busca da justiça social. (GRAÇA, MALAGUTI, VIEIRA, 2004, p. 1)

Os dois grandes desafios são no campo político garantir o financiamento adequado, melhorar a articulação público-privada e reduzir as desigualdades, e na garantia da sustentabilidade do sistema no campo político, econômico, científico e tecnológico.

## 4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER NO PARANÁ

### 4.1 O PERÍODO QUE ANTECEDEU A REDE MÃE PARANAENSE

Uma das grandes dificuldades que tivemos ao escrever este capítulo foi a escassez de referencial teórico sobre o assunto, mas o pouco que encontramos nos dá pistas para entender os *inputs* e *outputs* na construção das políticas públicas de saúde ao gênero feminino hoje vigentes no Paraná.

O registro mais antigo que encontramos foi de Kummer (2007), que estudou em sua dissertação, a saúde da população rural em nosso estado no período da primeira república de 1916 a 1930, cujo ápice, segundo a mesma, se deu em 1918 com a criação do Serviço de *Prophylaxia* Rural do Paraná (SPRP) com o decreto nº 779, criação que só foi possível com o apoio dos médicos das capitais paranaense e do Rio de Janeiro, em especial os ligados ao Instituto Oswaldo Cruz. O estudo da mesma baseou-se nos cadernos e relatórios de viagem dos médicos, bem como nas leis e decretos publicados à época. Destacamos em seu texto a preocupação com a saúde das mulheres que eram “prostitutas” naquela época, através de cartas dos médicos que executavam o SPRP no Paraná:

No interior do Paraná, as prostitutas eram alvo dos minuciosos diagnósticos e tratamentos médicos. Conforme a regulamentação sanitária, a mulher que exercesse o meretrício deveria consultar o médico da cidade semanalmente. No entanto, declara João de Barros Barreto que muitas delas reagem contrariamente a essas formas intervencionistas [...] Ressalta-se que não era a prostituição a ser combatida e sim as doenças venéreas transmitidas por elas. O índice dessas moléstias no campo, ao lado das endemias, era surpreendentemente alto, comprometendo a saúde do trabalhador rural. Era necessário diagnosticar essas doenças e tratá-las, apesar das mulheres do interior, prostitutas ou não, serem refratárias aos exames ginecológicos que deveriam submeter-se. (KUMMER, 2007, p. 79)

Ao que podemos observar, as mulheres interioranas, eram resistentes aos exames ginecológicos, enquanto as profissionais do sexo, eram obrigadas a comparecer semanalmente ao médico da cidade, não de forma passiva, pois reagem à esta arbitrariedade.

### 4.2 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

Em 1984, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado em 1983, sendo um marco na ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O programa incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a

equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2004).

Diferente das políticas vigentes até aquela época, o PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher nas áreas: ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Ao revisitar Osis (1998), esta afirma que em vários programas de saúde materno-infantis concebidos antes do PAISM o foco era intervir sobre os corpos das mulheres-mães para que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social, e com a criação do citado programa em 1983, a abordagem mudou completamente, o enfoque passou a ser na atenção integral à saúde das mulheres (AISM), traçando um paradoxo com a visão vigente até então (medicalocêntrica), já que pela primeira vez o Estado propôs e parcialmente implantou oficialmente um programa que contemplava o planejamento familiar e consequentemente o controle da reprodução.

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas". (OSIS, 1998, p. 26)

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM, pois sua implementação se faz com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Leis orgânicas n.º 8.080 e 8.142 (ambas de 1990), Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde.

Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS se constituiu num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrado ao sistema e seguindo suas diretrizes. (BRASIL, 2004)

O processo de implantação e implementação do PAISM foi influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

A implantação e implementação da política de saúde da mulher demonstrou a existência de dificuldades políticas, técnicas e administrativas. Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação para os estados e municípios. (BRASIL, 2004).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, previu a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existiam na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrangia todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passou a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisível e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola (2002), indica que, nesse período, o enfoque se dava na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna. Embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, ao definir prioridades, dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas, do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. (CORREA, PIOLA, 2002 apud BRASIL, 2004, p. 18).

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo, a violência sexual, porém várias lacunas ainda foram apontadas pelos autores, como a atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônicas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecciosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às

mulheres trabalhadoras rurais, portadoras de deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (BRASIL, 2004).

Mendonça (1998), conta que no Paraná, entre 1987 e 1988, foi extinto o setor da Secretaria Estadual de Saúde que coordenava o PAISM.

A expansão da municipalização da saúde ocorre então seguindo um “modelo INAMPS”, atendendo a demanda eventual, sem prontuário, programação ou acompanhamento epidemiológico. Por ironia, esse mesmo governo encaminha e aprova a lei estadual nº 9.303/90 criando o PAISM no estado! (MENDONÇA, 1998, p. 107)

A extinção e o relançamento do PAISM pelo mesmo governo, em gestões diferentes, denotam os problemas político, técnico e administrativos citados anteriormente, que foram evidenciados na implantação e implementação do PAISM em todo este Brasil plural.

Dentre as ações do PAISM no Paraná, várias capacitações denominadas “Protegendo a Vida” foram realizadas em todo o estado com o enfoque na saúde da mulher e no binômio mãe-filho, nos anos de 1996 e 1997, realizaram respectivamente os Cursos de Planejamento Familiar e Assistência de Enfermagem à mulher e à criança – Enfoque de risco.

Quase duas décadas depois, no final de 1990, na visão de Serruya et al (2004) mesmo com a implantação do PAISM a assistência à saúde da mulher ainda apresentava diversas lacunas a serem preenchidas e, ao priorizar a saúde da mulher o Ministério da Saúde definiu três linhas de ação neste intento: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. Primeiramente, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda etapa, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco, com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (SERRUYA et al, 2004, p. 270).

Uma década depois, mesmo após a implantação das três etapas citadas acima, houve discreta melhora dos indicadores e os desfechos desfavoráveis continuavam a acontecer em

números preocupantes. Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir estes desfechos desfavoráveis tanto para mãe quanto para seu concepto.

#### 4.3 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi implantado pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000, visto a fremente necessidade de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- 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 Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiros Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL, 2002, p. 5)

O PHPN fundamentava-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: 1) é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. 2) a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com freqüência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002)

O PHPN foi estruturado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2002, p. 5 e 6)

O PHPN preconiza ações mínimas para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera, listadas no quadro 1 (BRASIL, 2002):

**Quadro 1** – Elenco mínimo de atividades, preconizadas pelo PHPN, a serem desenvolvidas no cuidado a gestante e a puérpera.

<b>Objetivo</b>	<b>Ações a serem desenvolvidas</b>
<b>Captação precoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação.</li> </ul>
<b>Cobertura assistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.</li> <li>• Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.</li> </ul>
<b>Diagnóstico laboratorial</b>	<p>a) ABO-Rh, na primeira consulta;</p> <p>b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;</p> <p>c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;</p> <p>d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;</p> <p>e) HB/Ht, na primeira consulta.</p>
<b>Prevenção da Transmissão Vertical do HIV</b>	Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
<b>Prevenção dos tétanos puerperal e neonatal</b>	Aplicação de vacina antitetânica no esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
<b>Educação em saúde</b>	Realização de atividades educativas.
<b>Estratificação de risco</b>	Estratificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
<b>Vinculação</b>	Garantir às gestantes estratificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

FONTE: Quadro elaborado pela autora (BRASIL, 2002, p. 7)

O Programa integrava três componentes, com objetivos específicos, a saber:

- **Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal** - objetivava estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL (*software* desenvolvido

pelo DATASUS e colocado à disposição do município que aderisse ao programa). **O cadastramento da gestante até o 4º mês** e o faturamento do procedimento no SIA (Sistema de informação ambulatorial), **gerava o incentivo de R\$ 10,00** por gestante cadastrada. No procedimento **conclusão da assistência pré-natal**, quando tivessem sido realizadas e registradas as 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério; o município tinha o direito ao pagamento de **R\$ 40,00 por gestante**. O hospital para receber o pagamento deste incentivo, deveria lançar nos campos específicos da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, o número da Ficha de Cadastramento da Gestante e o código específico do procedimento, e também recebia o pagamento dos **R\$ 40,00**, através do SIH/SUS (Sistema de informação hospitalar). (BRASIL, 2002, p. 9 a 11 – grifo nosso)

- **Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal** – visava o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; e ainda financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do Sistema Único de Saúde. Estes hospitais deviam prestar assistência obstétrica e neonatal, resultando no incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada. (BRASIL, 2002, p. 9 a 11 – grifo nosso)
- **Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto** Centrava-se na melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. Para esse fim elevou o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto, e um adicional sobre estes valores para os hospitais que prestassem assistência às gestantes do Programa e para as quais tivesse sido cumprido o acompanhamento pré-natal completo. (BRASIL, 2002, p. 9 a 11)

Os municípios que aderiram ao PHPN seriam avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo ano. (BRASIL, 2002, p. 9 a 11)

O PHPN preconizava (BRASIL, 2002) a avaliação da efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis no SISPRENATAL e nos sistemas nacionais de

informações em saúde (SINASC, SIM, etc...), deveriam ser monitorados pelos municípios e os estados, e os mesmos deveriam utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores apresentados no Quadro 2:

**Quadro 2** – Indicadores de processo e de resultado, preconizados para o monitoramento da implantação do PHPN pelos municípios e estados.

Natureza do indicador	Indicadores preconizados
<b>1) Indicadores de Processo</b>	<p><b>1.1</b> Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo;</p> <p><b>1.2</b> Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;</p> <p><b>1.3</b> Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;</p> <p><b>1.4</b> Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;</p> <p><b>1.5</b> Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;</p> <p><b>1.6</b> Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;</p> <p><b>1.7</b> Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.</p>
<b>2) Indicadores de resultado</b>	<p><b>2.1</b> Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;</p> <p><b>2.2</b> Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.</p>

FONTE: Quadro elaborado pela autora (BRASIL, 2002, p. 10 e 11)

O processo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi condicionado ao preenchimento do Termo de Adesão com as informações pertinentes ao sistema municipal de atendimento à gestante e à sua aprovação, após avaliação técnica, pela Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/MS. A avaliação levava em consideração a capacidade assistencial e a cobertura populacional respectiva, além da explicitação da rede de referência. (BRASIL, 2002)

Serruya (2003, p. 36) ao avaliar a experiência da implantação do PHPN e a adesão dos municípios ao programa, do ponto de vista formal e de produção de dados, apontando que em 2000, o estado do Paraná, havia registrado apenas 116 consultas puerperais no SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS), e muito havia a melhorar.

A mesma constatou que até o segundo semestre de 2001 todos os 399 municípios do Paraná haviam aderido à estratégia do PHPN, obtendo em 2001 e 2002 respectivamente, 38,76% e 56,38% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, configurando a maior cobertura estadual neste quesito.

O Paraná destacou-se também no percentual de gestantes com seis ou mais consultas e com a realização dos exames laboratoriais preconizados pelo PHPN, mesmo com uma cobertura tão baixa, de apenas 8,83%, visto que a maioria dos estados encontravam-se bem abaixo deste percentual ou zerados. (SERRUYA, 2003, p. 45)

Quando avalia o percentual de gestantes inscritas no Programa que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a de puerpério, todos os exames básicos, dose imunizante da vacina antitetânica, também com relação à testagem para o HIV (Paraná alcançou 43,58% em 2002), a autora afirma:

[...] os principais critérios da assistência, aponta percentuais muito baixos. São Paulo, Paraná e Sergipe foram os estados que apresentaram percentuais em 2001, totalizando cerca de 2%. Em 2002, apenas Paraná, Rondônia e Paraíba tiveram percentuais acima de 5%, a média nacional para este ano. [...] os percentuais relativos ao teste do anti-HIV que mostram que a região Sul e Sudeste apresentaram a maior média nacional. Em 2001 o percentual foi maior que em 2002, mas o número de estados foi menor, apenas 15 estados produziram dados. Em 2002 todos os estados apresentaram resultados, com destaque para quatro deles: Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rondônia. (SERRUYA, 2003, p. 68)

A implantação do PHPN foi sem dúvida, um grande avanço, mas ainda havia lacunas enormes a serem supridas. Concordamos com Poliquesi (2013), quando conclui em seus estudos que:

A proposta e instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em território nacional representa um marco na Atenção Integral à Saúde da Mulher, na medida em que, preconiza ações claras e pontuais para garantia dos direitos de gestantes e neonatos, integrados às diretrizes doutrinárias e organizativas do Sistema Único de Saúde. (POLIQUESI, 2013, p. 96)

Porém, a Área Técnica de Saúde da Mulher em 2003, identificou ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (BRASIL, 2002)

Serruya et al. em 2003, faz uma avaliação dos indicadores do programa nos dois primeiros anos de implantação e sentença:

[...] A maioria das mulheres recebeu assistência desarticulada e parcial. Menos de 25% das mulheres cadastradas teve seis ou mais consultas. [...] necessidade de rever os mecanismos atuais e propor novas medidas, além das necessárias mudanças baseadas em novas evidências. [...] questões consideradas da “rotina” assistencial, uma vez que o consenso técnico acerca de sua importância não foi traduzido por sua sistemática realização. (SERRUYA, et al. 2003, p. 95)

No desenrolar da implementação do PNPB no Paraná, o estado investiu na elaboração de protocolos, dentre eles o “Natural é parto normal - Protocolo de gestação de alto risco” que teve sua 3ª edição publicada pela SESA em 2004, em parceria com a FEPAR (Faculdade Evangélica do Paraná), Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Paraná, Pontifícia Universidade Católica de Curitiba e Conselho Regional de Medicina do Paraná. (PARANÁ, 2004)

Este protocolo foi revisado e ampliado em 2004 e 2005, dando origem ao Manual de atendimento à gestação de alto risco, ao mesmo tempo a SESA buscou reorganizar os serviços de atendimento à gestação de risco, investindo em equipamentos, capacitação dos profissionais e otimização da rede hospitalar com referência em gestação de alto risco.

E o então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Cláudio Murilo Xavier ao apresentar o referido manual, sentenciou:

Sabemos, porém, que nem todas as gestações transcorrem tranquilas, infelizmente, colocando em risco a saúde da mãe e do feto, e aquilo que era motivo de orgulho e esperança, torna-se ansiedade e medo. Os indicadores de mortalidade materna e infantil nos mostram esta realidade muito próxima de nós. (PARANÁ, 2005, p. 3)

#### 4.4 O PROGRAMA NASCER NO PARANÁ – DIREITO À VIDA

Também dentro do contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do PNPB, foram implementadas no Estado do Paraná diversas ações para enfrentamento da mortalidade materna e infantil, dentre elas a criação das Unidades de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (USAIMC), a organização das referências para a gestação de alto risco, as Casas da Gestante e a ampliação dos leitos de UTI neonatal.

Predebon e Mathias (2011), pesquisadoras da UEM, ao avaliarem as desigualdades nos indicadores de saúde da mãe e do recém-nascido, no Estado do Paraná, lembram que o Nacer no Paraná foi baseado em seis passos:

[...] Programa “Nacer no Paraná: Direito à Vida”, que preconiza, entre um dos seus seis passos para melhorar o atendimento à gestante e ao bebê: “garantir referência pré-estabelecida para assegurar assistência ao parto e cuidados hospitalares à gestante por meio da organização da rede assistencial, além da formalização de encaminhamentos aos serviços e

vinculação dos serviços de pré-natal aos hospitais e maternidades”[...] (PREDEBON e MATHIAS, 2011, pg. 143)

Já a REBIDIA (Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência), publicou um artigo em seu sítio eletrônico, discorrendo sobre a experiência de implantação do Programa Nascer no Paraná – Direito à Vida, onde explica que o Programa foi estruturado nos 5 passos, a saber:

- 1-Implantação dos Comitês Municipais de Mobilização pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil;
- 2-Criação de sistema de busca ativa e cadastramento das gestantes e postos de saúde que fazem pré-natal;
- 3-Garantia de pré-natal a todas as gestantes cadastradas;
- 4-Garantia de maternidade de referência para cada parto;
- 5-Implantação da chamada vigilância para o acompanhamento do recém-nascido em situação de risco. (REBIDIA, acessado em 15/10/2015)

O Boletim epidemiológico nº 30 (PARANÁ, 2009), fala ainda do 6º passo:

- 6.Garantir acompanhamento da criança no primeiro ano de vida para a redução dos índices de mortalidade por causas evitáveis, com cadastramento das unidades de referência para puericultura, revisão e adequação da Caderneta da Criança, garantia de agendamento prioritário a consultas especializadas às crianças de risco, protocolo de atendimento e garantia de dispensação de medicamentos para agravos prevalentes no primeiro ano de vida. (PARANÁ, 2009, p. 11)

**Quadro 3** – Programa Nascer no Paraná – Direito à Vida, descrição das ações realizadas no ano de 2009.

<b>Ação / Período</b>	<b>Descrição</b>
<b>Lançamento Estadual em fevereiro de 2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O lançamento contou com participação de representantes do Ministério da Saúde, Pastoral da Criança, COSEMS, municípios, movimentos, associações, categorias e instituições governamentais e não governamentais.</li> </ul>
<b>Lançamento nas Regiões de Saúde em julho de 2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As regiões onde ocorreram a cerimônia de lançamento foram: Guarapuava e Ivaiporã, Ponta Grossa e Telêmaco Borba, Londrina e Apucarana, Maringá, Pato Branco, Jacarezinho, União da Vitória, Cascavel, Umuarama e Curitiba.</li> <li>• Os municípios presentes nos lançamentos regionais assinaram simbolicamente o Termo de Adesão ao projeto e as entidades e movimentos assinaram o Termo de Compromisso com a mobilização pela redução da mortalidade materna e infantil.</li> <li>• Por ocasião destes eventos, foram realizadas oficinas para sensibilizar, discutir e propor estratégias de aprofundamento do conhecimento sobre a situação local da mortalidade materna e infantil, como também para a formação de comitês de mobilização.</li> </ul>
<b>Normalização do programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação da Resolução Estadual n.º 254/2009, que regulamenta a vigilância de óbitos infantis, favorecendo a redução do prazo para a notificação dos mesmos.</li> </ul>
<b>Formação de comitês</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No decorrer do ano de 2009 cerca de 300 comitês municipais,</li> </ul>

<b>municipais</b>	foram formados e mobilizados na redução da mortalidade materno-infantil.
<b>Construção e manutenção das USAIMC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Até dezembro de 2009, 59 USAIMC (Unidades de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança), já estavam funcionando e 80 se encontravam em construção.</li> <li>• O valor estimado a ser investido entre obras e equipamentos até o final do governo Requião estava previsto em R\$ 139 milhões.</li> <li>• Cada USAIMC construída foram equipadas com mobiliários e equipamentos de ponta, como por exemplo: aparelhos de USG e Tococardiografia.</li> <li>• O repasse mensal de R\$ 8 mil para custeio das ações das unidades, eram repassados mensalmente fundo a fundo.</li> </ul>
<b>Implantação de leitos de UTI neonatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve um aumento de 58% dos leitos de UTI neonatal, passando de 169 em 2003 para 262 em 2009.</li> </ul>

FONTE: Quadro elaborado pela autora (PARANÁ, 2009)

Quando o governador Beto Richa assumiu seu primeiro mandato em 2011 a SESA publicou a Resolução 37/2011, onde nas considerações iniciais, deixa implícito que as USAIMC ferem os princípios fundamentais do SUS dispostos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, em especial o da universalidade (visto que as chamadas Clínicas da Mulher e da Criança eram destinadas apenas a este público), também considerou que o Plano de Governo 2011-2014, adotava as Redes de Atenção à Saúde, como nova estratégia de organização da saúde no Paraná. (PARANÁ, 2011)

Esta resolução converteria as USAIMC em Unidades de Atenção Primária Saúde da Família, porém manteria a verba mensal de custeio de R\$ 8.000,00/mensais, caso o prefeito municipal encaminhasse ofício solicitando a conversão, juntamente com o plano de trabalho das Equipes de Saúde da Família, cópia da ata do Conselho Municipal de Saúde aprovando o pleito e o relatório da Regional de Saúde constatando a efetiva implantação. (PARANÁ, 2011)

Na 13ª Regional de Saúde, havia nesta época, duas USAIMC em funcionamento nos municípios de Jussara e Tuneiras do Oeste, outras duas (Cidade Gaúcha e Rondon) construídas, mas ainda não inauguradas por ainda não terem sido mobiliadas/equipadas e mais duas em processo de licitação/construção nos municípios de Cianorte e São Manoel do Paraná.

A equipe regional nunca entendeu os critérios de seleção - decisões políticas - dos municípios contemplados, adotados pelo governo. O município de São Manoel à época da contemplação tinha menos de 2.000 habitantes, uma Unidade de Saúde e apenas uma Equipe de Saúde da Família, e ainda hoje o município aponta a dificuldade no adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família por não contar com recursos humanos suficientes para o funcionamento concomitante das duas unidades o que nos faz refletir no que já discorremos no capítulo 1.

Podemos então afirmar o que já dissemos no capítulo anterior, que uma política pública envolve mais que uma decisão política, exige atividade política, pois resultam do processamento pelo sistema político em resposta aos *inputs* oriundos do meio ambiente, sendo permeada por um planejamento estratégico para implementar as decisões já tomadas, enquanto a decisão política é feita com base num leque de várias outras possibilidades.

Nos quatro municípios (Jussara, Tuneiras do Oeste, Cidade Gaúcha e Rondon) que receberam os equipamentos antes da Resolução 37/2011, ainda hoje não utilizam e/ou subutilizam os aparelhos de USG e Tococardiógrafos, pela falta de profissionais especializados para fazê-lo.

Neste contexto, houve um longo período entre o PHPN e a implantação de uma nova política pública para o binômio mãe-filho, neste paralelo, as novas ações citadas como deficientes pela Área Técnica de Saúde da Mulher, fizeram progressos significativos, como por exemplo, as políticas públicas destinadas às mulheres em situação de violência.

#### 4.5 O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ESTADO DO PARANÁ

Abordaremos o enfrentamento à violência, com um enfoque de gênero, no estado do Paraná através de um recorte temporal, avaliando os marcos históricos entre os anos 1999 a 2015.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher visa à prevenção da violência, proteção das mulheres nessa situação, e combate a seus agressores. Esta política tem seu alicerce na...

implementação de redes de serviços, capacitação de profissionais, aperfeiçoamento da legislação e interferindo nos padrões culturais machistas ainda existentes na sociedade brasileira. A efetividade destas ações depende dos recursos públicos e comunitários e do envolvimento do Estado e da Sociedade conjuntamente (LIMA et al, 2010).

Mafioletti e Peres (2013), afirmam que no Estado do Paraná as ações de enfrentamento às violências contra a mulher vêm sendo implantadas paulatinamente.

Os avanços tiveram início em 1999 com a *Resolução n.º 10/99 do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR)* que estabeleceu a necessidade de assegurar serviços que atendam ao aborto legal. [...] aprovações pelo CES-PR, em 2001, de outras resoluções [...] a *n.º 14/2001*, a *n.º 15/01*[...] e do *Plano Estratégico para Organização de Redes de Serviços para Atendimento a Mulher que Sofre Violência no Estado do Paraná* [...]. Em junho de 2002 foi assinado convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e a Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP)/Instituto Médico Legal

(IML) com o objetivo de assegurar que o atendimento pericial e o de saúde ocorram de forma simultânea e humanizada, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba através do *Programa Mulher de Verdade* [...]. (MAFIOLETTI; PERES, 2013)

Os autores acima e a SESA (2011) fazem um histórico da construção de políticas públicas às mulheres em situação de violência no estado, o qual resumo e acrescento informações, no quadro 4 a seguir.

**Quadro 4** - Histórico da construção de políticas públicas às mulheres em situação de violência, Paraná de 1999 à 2015.

ANO	ATIVIDADES REALIZADAS
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução nº 10/1999 do Conselho Estadual de Saúde (CES-PR): estabelece a necessidade de assegurar serviços que atendam ao aborto legal.</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Londrina criou através da lei nº 7.302 de dezembro de 1997 a Secretaria Municipal da Mulher, hoje denominada Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres.</li> <li>• Resolução nº 14/2001, do CES-PR, estabeleceu a política para o atendimento a mulher que sofre violência no Estado do Paraná, na forma de Redes Integradas com envolvimento da área de Saúde, Bem-Estar Social, Justiça, Segurança Pública e demais poderes constituídos.</li> <li>• Criação do Comitê Gestor Interinstitucional (resolução nº 15/01-CES-PR), para acompanhamento das Redes Integradas e elaboração de estudos e propostas de intervenção sobre as causas da violência.</li> <li>• Aprovação no CES do <i>Plano Estratégico para Organização de Redes de Serviços para Atendimento a Mulher que Sofre Violência no Estado do Paraná</i>.</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assinatura do convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado da Segurança Pública/IML através da Resolução conjunta número 02/2002 com o objetivo de assegurar que o atendimento pericial e o de saúde ocorram de forma simultânea e humanizada.</li> <li>• Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou o Programa Mulher de Verdade, voltado para a atenção à mulher em situação de violência.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalado o Centro de Referência e Atendimento a Mulher em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana em parceria com a 2ª Regional de Saúde (Metropolitana);</li> <li>• Articulação da Rede Metropolitana de Atendimento a Mulher em Situação de Violência, constituindo-se como um espaço estratégico da política de enfrentamento a violência contra a mulher, nos 29 municípios da região metropolitana;</li> <li>• Realização de reuniões mensais para troca de experiências, com a finalidade de alicerçar os serviços dos municípios do entorno da capital.</li> <li>• Publicação da Lei Federal 11.340/06, de 7 de agosto de 2006, (Lei Maria da Penha).</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalado o Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em Curitiba;</li> <li>• Desenvolvimento de ações de <i>Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)</i> no</li> </ul>

	<p>Estado no Paraná.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação da notificação de violências no SINAN-Net.</li> </ul>
<b>2008</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A Rede Feminista de Direitos Sexuais e Reprodutivos de Saúde – PR</i>, em conjunto com outros Movimentos de Mulheres, entregou uma carta ao Sr. Secretário Estadual de Saúde onde consta a necessidade de retomada da implantação da Rede Estadual e do enfrentamento dos principais agravos à saúde da mulher, incluindo-se a violência de gênero, a partir de um conceito de intersetorialidade, cabendo ao setor saúde a articulação com os demais parceiros, além do atendimento propriamente dito aos casos já acontecidos, conforme preconizam a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.</li> </ul>
<b>2009</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Criação da Rede Interinstitucional de Atenção à Mulher em Situação de Violência do Estado do Paraná (RIAMulher - PR)</i>;</li> <li>• Elaboração do <i>Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Paraná (Plano VIVA-PR)</i>, com a finalidade de apoiar as regionais de saúde e municípios no processo de implantação da Vigilância Epidemiológicas das Violências e Acidentes.</li> <li>• Implementação da notificação de violências no SINAN-Net.</li> </ul>
<b>2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporação da <i>RIAMulher - PR</i> à <i>Comissão de Saúde da Mulher</i> do CES-PR, composta por instituições Públicas de nível estadual (Secretarias de Estado), Ministério Público, Poder Judiciário, ONGs e Movimento de Mulheres, Secretarias Municipais de Saúde e da Mulher de diferentes municípios e a Comissão de Saúde da Mulher do CES-PR, entre outros;</li> <li>• Reuniões mensais para discutir e encaminhar as medidas necessárias para a organização da atenção à mulher no Estado, com uma coordenação colegiada composta pela SESA e outras instituições públicas e movimento de mulheres.</li> <li>• Criação pela SESA de uma equipe para Enfrentamento às Violências e Promoção da Saúde na Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) e construção da <i>Linha Guia da Violência contra a Mulher</i>.</li> <li>• Instalado o Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em Londrina.</li> </ul>
<b>2006 à 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação da <i>Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)</i> através do monitoramento dos projetos de financiamento para ações de Vigilância e Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e incentivo à Cultura da Paz;</li> <li>• 128 municípios do Paraná foram contemplados com recursos para as ações da PNPS.</li> </ul>
<b>2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A SESA-PR, através da Deliberação CIB 027/2012 e Resolução SESA nº 177/2012, faz o repasse financeiro para 19 municípios com mais de 50.000 mil habitantes, para a implantação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.</li> </ul>
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A SESA-PR, através da Deliberação CIB 018/2013 e Resolução SESA nº 230/2013, faz o repasse financeiro para mais 34 municípios implantarem os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.</li> </ul>
<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação da Resolução conjunta nº 03/2014 - SESA/SESP, firmando Cooperação Técnica, para propiciar o atendimento integral pelos profissionais das áreas de saúde e segurança pública, às pessoas em situação de violência sexual, garantindo as condições de saúde destas, mediante o atendimento</li> </ul>

	<p>humanizado e, a realização de outras medidas necessárias em tempo hábil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação do Caderno Temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná.</li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançamento pelo Governo Estadual do <b>Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual</b>, que unifica o atendimento às pessoas que sofreram violência sexual. O trabalho foi realizado em parceria entre as Secretarias da Saúde, da Segurança Pública e Administração Penitenciária, do Trabalho e Desenvolvimento Social e da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos.</li> <li>• O Paraná é o primeiro Estado a organizar o atendimento integral a essas pessoas, e a coletar vestígios em 10 hospitais de referência de 10 Regiões de Saúde.</li> </ul>

FONTE: Quadro elaborado pela autora (MAFIOLETTI; PERES, 2013), SESA (2011), SESA (2015)

Em 2012 o município de Cianorte foi contemplado através da Deliberação CIB 027/2012 e a Resolução SESA nº 177/2012 com recursos para a implantação do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, porém até hoje não implantou o referido núcleo.

Como podemos observar pelos relatos acima, muitos foram os avanços do Paraná no enfrentamento a violência contra a mulher, porém ainda temos muito a avançar, em especial no que diz respeito às notificações das violências no SINAN (Sistema de Informação de Agravos Notificáveis), visto que os casos hoje notificados são infinitamente menores dos que realmente acontecem e são diariamente noticiados em todos os meios de comunicação.

A violência doméstica e sexual ainda é uma expressão “oculta” da violência em nossa sociedade, presente na esfera do privado, sem que tenhamos a real dimensão do problema. A vigilância epidemiológica constitui-se em estratégia imprescindível para dar visibilidade a este problema, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de um diagnóstico da magnitude e do impacto da violência em determinada população, em certo local e tempo – tão necessário para o planejamento de ações de enfrentamento dessa situação. A notificação de violências pelos serviços de saúde, então, tem um papel fundamental nesse processo e deve ser a base para o diagnóstico (SESA, 2014).

Ao correlacionarem as mortes maternas à violência doméstica, no trabalho de investigação dos óbitos maternos não obstétricos desde 2007 do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR), Martins e Mafioletti (2014) concluíram:

Dessa forma, é possível garantir que as mortes de mulheres gestantes e puérperas relacionadas com situações de violência sejam mais bem especificadas para poder compará-la com outros estudos, haja vista representarem aproximadamente 25% dos óbitos. (MARTINS; MAFIOLETTI, 2014, pg. 135)

#### 4.6 OS COMITÊS DE PREVENÇÃO DAS MORTALIDADES MATERNA E INFANTIL NO PARANÁ

A importância dos Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná é indiscutível, e o Comitê de mortalidade materna no Paraná foi criado por uma iniciativa de um importante médico de Curitiba, já falecido, não como uma iniciativa do estado, ao que pode ser observado no texto abaixo:

Preocupado com os altos índices de mortalidade materna apontados pelo MS e OMS e existentes no Estado, Dr. Luiz Fernando C. O. Braga, gineco-obstetra de renome, propôs em 1989 a criação dos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná, baseado na experiência de outros países. Criou-se então em 1989 a partir do Seminário Estadual sobre Mortalidade Materna no Estado do Paraná um Comitê Estadual e 22 Comitês Regionais com caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visa identificar e estudar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução, definido através de Regimento próprio (SESA, acesso em 2015).

O pioneirismo e a experiência do Paraná na criação e implementação dos Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil, é reconhecido nacionalmente como uma estratégia de sucesso na vigilância à saúde de mulheres e crianças, o que pode ser observado no editorial da revista *Ciência, Cuidado e Saúde* (2008), quando a Dra Márcia Helena Freire Orlandi, membro da comissão editorial enfatiza:

Nesta ótica reconhecemos a estratégia dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI) no Estado do Paraná como uma história pioneira que vem sendo construída há cerca de 20 anos, nas esferas estadual/regional e municipal de Saúde. No trabalho dos CPMMIs o óbito de uma mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), o óbito materno (ocorrido na gestação ou até um ano após o seu término) ou de uma criança menor de um no de idade (óbito infantil) constituem-se em eventos-sentinela; isto é, a ocorrência do óbito aponta para a existência de problemas sociais, familiares, ambientais e de assistência à saúde (acesso, estrutura e qualidade) que podem tê-lo determinado, e mais, que podem determinar a sua evitabilidade. (ORLANDI, 2008, p. 7)

## 5. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para abordarmos o assunto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), recorreremos à Mendes (2009), odontólogo de formação, sanitarista por vocação, e um dos maiores estudiosos do assunto. Dr. Eugênio Vilaça Mendes é consultor da SESA – PR para a implantação das RAS prioritárias, e o mesmo conceitua as RAS da seguinte forma:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p. 230)

Mendes (2011), explica que a proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), é quase secular, tendo sua origem no Relatório Dawson (1920), documento este que fundou no Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde.

A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos; sistemas integrados de saúde, no Canadá; sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido; organizações sanitárias integradas, na Espanha. Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento oficial [...] a Resolução CD49.R2212, em que se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p. 15)

O mesmo autor enfatiza que as RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub-populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. [...] Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas. (MENDES, 2011, p. 17)

No Brasil, as RAS foram tratadas no Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, decreto este que veio para regulamentar a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

### 5.1 A REDE CEGONHA, AVANÇO OU RETROCESSO?

Cavalcanti et al. (2013, p. 1299), afirma que desde o surgimento do PHPN, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (já abordados no capítulo anterior) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas ao binômio mãe-filho de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores desfavoráveis à esta população.

A partir do entendimento de que as morbimortalidades materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país. Alguns fatores têm dificultado a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde); e, ainda, a produção do cuidado, que tende a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento. (CAVALCANTI et al, 2013, p. 129)

Numa demonstração evidente destes esforços intergovernamentais, a Rede Cegonha foi instituída através da Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, visando à necessidade de adotar medidas destinadas a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e à criança. A proposta de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à mulher e à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

O art. 2º e 3º desta Portaria expõem os princípios e objetivos que deverão nortear esta política:

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

- I - 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;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Mas há quem considere esta política, um dos dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública, por exemplo, Carneiro (2013, p. 50) começa discorrer sobre os dilemas desta agenda, falando da universalidade desta política em um Brasil plural. Pluralidade esta vivenciada em 28 de março de 2011, quando a Presidente Dilma e o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha, lançaram a Rede Cegonha com a presença da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). Tal pluralidade, segundo a autora, causou estranheza na Cientista Política Télia Negrão da Rede Feminista de Saúde, quando em entrevista concedida ao Blog Viomundo afirma que tal política é um retrocesso de 30 anos na luta emancipatória das mulheres e que tal retrocesso não poderia vir na primeira vez que uma mulher assume a presidência do País, pois denota a visão da mulher voltada para maternagem, “mulher mala”, pois não discute se ela quer ou não maternar e nem a legalização e descriminalização do aborto (tema tão discutido pejorativamente nas recentes eleições presidenciais).

A autora traça um paralelo entre a opinião de Télia Negrão e dos pesquisadores Ceccim e Cavalcanti (2011), que apóiam a iniciativa governamental, visto que ainda impera sérios problemas de leitos hospitalares, precariedade da assistência, uma das maiores taxas de cesáreas do mundo (em especial nos serviços privados) e indicadores desfavoráveis com relação à mortalidade materno-infantil, diante do exposto os autores contrapõem a opinião das feministas no Blog Saúde com Dilma quando afirmam:

Como admitir o aborto sem assegurar condições indiscutíveis de acesso à maternidade? Como proteger a mulher em um evento fisiológico, onde ela está submetida aos (pré) conceitos morais e legais da sobrevivência da espécie, justamente em um momento de abalo em sua estrutura física e subjetiva (com a experiência de aflição) representada pelo parto, sem indicar-lhe o alívio de uma rede de proteção pública, independente de valores, crenças e hábitos? **O parto não pode pertencer apenas à mulher, ela não pode sofrer e nem entrar em aflição pela falta de políticas públicas que lhe reconheçam o direito de um parto seguro, esteja onde estiver.** O país tem de oferecer serviços profissionais de auxílio ao parto, garantias de acesso às maternidades profissionais e garantia de proteção e auxílio ao pós-parto e puerpério. O puerpério contém necessidades de saúde relativas aos bebês e às mães, necessidades que são distintas entre os dois e se configuram no espectro de saúde da criança e de saúde da mulher. (CECCIM, CAVALCANTI, 2001, apud CARNEIRO, 2014, p. 51 - grifo nosso)

Para tentar responder à pergunta se a Rede Cegonha foi um avanço ou retrocesso, recorri ao estudo de Martinelli et al. (2014), que ao avaliar a Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha, introduzem o tema explicando que os desfechos perinatais são influenciados por determinantes distais em nível macro (fatores sociais, econômicos e

culturais), também pelos intermediários (estado nutricional da gestante, pré-natal e parto adequados) e em especial pelos determinantes proximais associados a comportamentos individuais como as complicações perinatais, com base no exposto reafirmam que o pré-natal de qualidade pode controlar os fatores de risco, contribuindo para desfechos maternos e neonatais favoráveis.

Os indicadores de desfechos desfavoráveis às mães e seus conceitos, justifica a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000 que dita condutas “mínimas” a serem realizadas pelos diversos serviços e profissionais de saúde, porém esse intento não vinha sendo alcançado para a grande maioria das gestantes em quase todo o Brasil. Neste contexto em 2011 o Governo Federal lançou a Rede Cegonha (RC) com o intuito de potencializar a PHPN e implementar um novo modelo de atenção ao binômio mãe-filho com enfoque no acesso, acolhimento, estratificação de risco e resolutividade.

Os autores contextualizam que no Estado do Espírito Santo a região escolhida inicialmente para a implantação da RC foi a macrorregião norte, microrregião de São Mateus (Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus) local escolhido também para desenvolver o estudo em tela, já que apresentava os piores indicadores do estado, bem como um dos menores PIB per capita do Estado (MARTINELLI et al., 2014).

Realizaram um estudo transversal de julho de 2012 a fevereiro de 2013, cuja amostra foi constituída por 742 puérperas que ficaram internadas em hospitais e maternidades públicas localizadas na região de estudo, distribuídas de tal forma que garantisse a representatividade de cada município de acordo com sua população (MARTINELLI, et al., 2014).

Foram selecionados e capacitados 10 entrevistadores para as entrevistas, análise da carteira do pré-natal e dos prontuários da mãe e do recém-nascido. Os selecionados trabalhavam nas instituições pesquisadas (municípios de interior e de difícil acesso), o único pré-requisito era não atuarem nas áreas de atenção pré-natal (MARTINELLI, et al., 2014).

As variáveis estudadas para confirmar a adequação do pré-natal ao PHPN se basearam em 3 níveis: no Nível 1 avaliou-se o início do pré-natal até o 4º mês e a realização de 6 ou mais consultas de PN; Nível 2: Elenco mínimo de exames laboratoriais de rotina no pré-natal e no Nível 3 a repetição de exames após tratamento de infecção do trato urinário e sífilis na gestação, bem como a realização de atividades educativas e o manejo do risco.

Já com relação à adequação ao preconizado na RC as variáveis foram a realização de testagem rápida para gravidez, sífilis, HIV e da proteinúria, urocultura, repetição da hemoglobina e hematócrito, Coombs indireto e ultrassonografia obstétrica. A realização ou

não destes exames e/ou atividades foram cruzadas com o local de moradia (urbana ou rural) e renda familiar mensal (se maior ou menor que o mínimo nacional), e tipo de equipe que acompanhou o pré-natal (UBS – Unidade Básica de Saúde, PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou ESF – Estratégia Saúde da Família), utilizando o teste do  $X^2$  e o teste exato de Fisher para calcular o valor p. (MARTINELLI, et al., 2014).

Após a análise e discussão dos dados coletados os autores puderam concluir, que de acordo com as variáveis avaliadas, somente 7,4% das puérperas avaliadas receberam assistência adequada de acordo com o PHPN implantado há 12 anos e ainda menor (0,5%) se comparado aos parâmetros da RC (MARTINELLI, et al., 2014).

Com relação ao tipo de assistência prestada a ESF saiu-se melhor, seguida pela UBS e por último o PACS, porém sem diferenças significativas. As mulheres moradoras da zona rural foram testadas menos para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (Sífilis e HIV) que as moradoras na zona urbana (com diferença estatística significativa) e os autores inferiram que:

sendo possível deduzir que, na zona rural, as pessoas apresentam relações mais estreitas; então, o profissional julga que a paciente não precisa daquele exame ou pensa que a paciente se sentirá ofendida caso ele o ofereça (MARTINELLI, et al., 2014, p. 62).

Quando o recorte utilizado foi a renda observou-se uma maior adequação do pré-natal nas mulheres com renda familiar superior, e os mesmos concluíram que:

Desse modo, a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso ao serviço pré-natal. A existência de relação inversa entre a disponibilidade da assistência e as necessidades de saúde da população assistida é algo que ocorre há tempos na saúde, apesar de ter sido minimizado com a criação do SUS. Isso pode acontecer devido a problemas no serviço, como as equipes não estarem preparadas para implementar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para captar precocemente as gestantes, para buscar gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. (MARTINELLI, et al., 2014, p. 62)

## 5.2 A REDE MÃE PARANAENSE

Huçulak e Peterlini (2014, p. 78), respectivamente, Superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e Assessora técnica da Rede Mãe Paranaense, ao relatarem a experiência da implantação da Rede Mãe Paranaense, afirmam que esta rede foi definida como prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 do

Governador Beto Richa. Essa priorização baseou-se na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que se encontravam estagnados entre o período de 2006 a 2010.

Concomitante a esta estagnação, as mesmas afirmam que havia uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e vazios assistenciais de pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças.

Tais vazios assistenciais eram compatíveis com o elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (61%) evitáveis. As mesmas esclarecem que a OPAS/OMS considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV, e que a RMM no Paraná caiu de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em 10 anos, enquanto na década subsequente a redução foi de apenas 0,2%.

Ao analisar a causa desses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos, sendo que 71% dos óbitos foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros.[...] Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil/SIMI/SESA, 61,5% dos óbitos ocorridos em 2010 foram considerados evitáveis. (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 78)

Justificam que a implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Dr. Eugênio Vilaça Mendes, e que a adoção das RAS como modelo de atenção, se deu em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão.

No centro das RAS está a Atenção Primária a Saúde, que é a sua ordenadora, e deve ser cada vez mais fortalecida e resolutiva. Um dos principais papéis da APS na RMP é na estratificação de risco das gestantes e dos seus bebês e a vinculação das gestantes ao hospital mais adequado a sua condição para a realização do parto de modo seguro e o mais natural possível (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 79).

As autoras explicam que as ações que embasam a Rede Mãe Paranaense são:

- a. Captação precoce da gestante,
- b. Acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas,
- c. Realização de exames,
- d. Estratificação de Risco das gestantes e das crianças,
- e. Atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco,
- f. Vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

De acordo com Huçulak; Peterlini (2014):

A modelagem da Rede iniciou-se com o levantamento e análise epidemiológica e a identificação do risco e o estabelecimento da estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado e para quem mais se beneficia desses recursos. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p.79)

Esclarecem ainda que a estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao ponto de atenção adequado ao pré-natal e ao Hospital certo às suas intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento quando o bebê é prematuro, ou teve asfixia grave, baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, AIDS) e triagem neonatal positiva (testes do pezinho, olhinho, orelhinha, coraçãozinho).

Huçulak e Peterlini (2014) pontuam que a SESA-PR desenvolveu ações no sentido de garantir o atendimento nos diversos de atenção. Em 2011, como primeira ação de suporte à RMP implantou o programa HOSPSUS, que garante a referência para gestantes e crianças de risco em todas as regiões de saúde do Estado.

A Linha guia da RMP justifica que em 2012 foi realizado um chamamento público para contratação dos hospitais de referência para atendimento das gestantes de risco habitual e intermediário. A vinculação da gestante ao hospital mais adequado para o atendimento de intercorrências e a realização do parto de modo seguro e o mais natural possível são outras ações que tiveram muito impacto na redução da mortalidade materna e infantil nesse período (SESA, 2014, p. 8).

Em 2013 a Rede Mãe Paranaense priorizou a organização dos Centros Mãe Paranaense em todas as regiões de saúde para o atendimento à gestante e ao bebê de risco, disponibilizando consultas com uma equipe multiprofissional e exames necessários. (SESA, 2014, p. 8).

Huçulak e Peterlini (2014, p. 80) expõem que o mapa estratégico da Rede Mãe Paranaense, foi elaborado, de acordo com o conceito de Kaplan e Norton, visto que representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia, e deve prever a identificação da missão do projeto, visão, valores, os resultados para a sociedade, os processos e ações de gestão necessária para que a Rede aconteça e o aporte financeiro necessário.

Na figura 1 podemos observar o mapa estratégico construído especificamente para a Rede Mãe Paranaense:

**Figura 1 – O Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense.**

<b>Missão</b>	Garantir acesso e atenção promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade.
<b>Visão</b>	Ser até 2020, o Estado com uma Rede de Atenção Materno-Infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
<b>Valores</b>	Compromisso   Ética   Vínculo   Humanização
<b>Resultados para a sociedade</b>	Reduzir a mortalidade materna e infantil. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.
<b>Processos</b>	Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal parto e puerpério. Implantar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano. Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano. Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela linha guia .
<b>Gestão</b>	Contratualizar os hospitais para vinculação ao parto. Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil. Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Materno. Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Materno-Infantil. Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil – Mãe Paranaense.
<b>Financeira</b>	Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos. Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais com garantia da vinculação do parto.

Fonte: (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 14)

As autoras explicam que para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permitirá quantificar o desempenho das ações a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidas no mapa estratégico: Resultados para a sociedade, indicadores de processo, indicadores de gestão e, por último, indicadores relacionados ao financiamento. O Painel de bordo encontra-se na figura 2, abaixo:

**Figura 2 – Painel de Bordo da Rede Mãe Paranaense**

	<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Indicador</b>
<b>Resultados para a sociedade</b>	1. Reduzir mortalidade materna e infantil.	1.1. Razão de morte materna. 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil.
	2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno-infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede.
<b>Processo</b>	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação.
		3.2. Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses.
		3.3. Cobertura vacinal em menores de um ano.
		3.4. Número absoluto de crianças com sífilis congênita.
		3.5. % de partos prematuros.
		3.6. Taxa de cesarianas.
4. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de alto risco.	4.1. % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos.	
	4.2. % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos.	
5. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1. % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco.	
	5.2. % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.	
6. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de um ano.	6.1. % de cobertura de gestantes de alto risco.	
	6.2. % de cobertura de crianças de risco menores de um ano.	
<b>Gestão</b>	7. Consolidar o sistema de governança da Rede Mãe Paranaense.	7.1. % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação ao Centro Mãe Paranaense e aos hospitais contratados.
		7.2. % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas no Centro Mãe Paranaense.
		7.3. % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Paranaense.
8. Implantar Gestão de Caso na Atenção Primária à Saúde.	8.1. % de gestantes de alto risco monitoradas.	
	8.2. % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas.	
<b>Financiamento</b>	9. Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede Mãe Paranaense.	9.1. % de carteiras de gestantes encaminhadas.
		9.2. % de carteiras de crianças encaminhadas.
	10. Garantir Incentivo Financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças conforme a linha guia.	10. % de municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense e estão realizando as ações da linha guia.

Fonte: (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 83)

Quantos aos investimentos, as mesmas pontuam que para a conformação da Rede com vistas à qualidade de atenção pretendida, foi estabelecido um aporte de investimentos de custeio destinados à Atenção Primária à Saúde (APSUS) totalizando R\$ 38 milhões/ano. Também investimentos em construção, ampliação e reforma de Unidades Atenção Primária à

Saúde e aquisição de equipamentos, em 2013 foram repassados mais de R\$ 50 milhões. Quanto aos outros níveis de atenção informam:

Na atenção secundária [...] A SESA aloca mensalmente recursos de custeio para os Centros Mãe Paranaense, assim como foram realizados investimentos para aquisição de equipamentos. Na atenção hospitalar o Programa HOSPSUS [...] São repassados mensalmente recursos financeiros para apoio ao custeio mensal, assim como equipamentos para melhoria dos hospitais, e a capacitação de profissionais por meio de cursos tais como Emergências Obstétricas e Reanimação Neonatal. Para a atenção à gestante de risco intermediário e risco habitual, foram contratados 96 hospitais que atenderam ao chamamento público. (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 84)

Salientam também, que outro componente importante na organização da Rede Mãe Paranaense é a educação continuada, que são realizadas em parceria com as sociedades científicas (Associação Brasileira de Enfermagem - seção Paraná, Sociedade Paranaense de Pediatria e Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná) para capacitação de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As autoras afirmam que em três anos da implantação da RMP houve expressiva melhora de indicadores.

Em 2012, tivemos uma redução de 40% dos óbitos em relação a 2010, a RMM caiu de 65,11/2010 para 39/100.000 NV em 2012, ou seja, em 2 anos com a implantação das ações da Rede Mãe Paranaense a redução da mortalidade materna foi maior que nos últimos 20 anos. [...] A melhoria dos indicadores da atenção materno-infantil e em especial a queda da mortalidade materna de forma rápida e que tem se mostrado consistente é resultado das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense. (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 84 e 86)

### 5.3 O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: A REDE CEGONHA X REDE MÃE PARANAENSE, SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS.

Traçando um paralelo entre a implantação/implementação da Rede Cegonha (RC) e da Rede Mãe Paranaense (RMP), entendemos que a atenção pré-natal de qualidade e humanizada é de grande importância para saúde materna, ambas as propostas incluem ações de prevenção e promoção da saúde, além do diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Com base no exposto, avaliamos que diversos programas anteriores têm tratado desse período com especial atenção, sendo que a Rede Cegonha/Rede Mãe Paranaense tem como uma de suas principais diretrizes: melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, garantindo o acolhimento e a estratificação de risco e vulnerabilidade. Portanto, o componente pré-natal

compreende uma série de ações de atenção à saúde, também abordadas por outros programas e leis, como já apresentados anteriormente.

A RC/RMP reforça a importância da captação precoce da gestante, o que já era defendido pelo PHPN, que preconizava a captação precoce para a realização de pré-natal antes de 120 dias de gestação, sendo inclusive o primeiro indicador de processo, preconizado pelo PHPN para o monitoramento da implantação do mesmo nos estados e municípios (BRASIL, 2005).

Pela atual legislação da RMP em consonância com a RC, verificamos que diversos exames foram adicionados à lista de rotina em comparação com programas anteriores, como testagens rápidas (gravidez, sífilis e HIV), urocultura; acréscimo de mais um exame de hematócrito e hemoglobina, ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria; e Teste indireto de antiglobulina humana (TIA).

O Manual de Pré-natal elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), bem como o Manual de Atendimento à gestação de alto risco (PARANÁ, 2005) recomendam a realização de grande parte dos exames propostos pela RMP/RC. Muitos desses exames, bem como o acompanhamento regular da gestante, permitem um diagnóstico/estratificação de risco bastante fiel e o mais precocemente possível.

A Lei estipula que tanto a RC quanto a RMP devem acolher às intercorrências na gestação com estratificação de risco e vulnerabilidade e possibilitar o acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, o que já era preconizado também no PHPN. Os mesmos programas também estipulam que o número mínimo de consultas de pré-natal é seis para a RC (BRASIL, 2011), e sete para a RMP (PARANÁ, 2012).

A vinculação da gestante à maternidade já estava prevista na Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 e deveria possibilitar a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que seria realizado o parto.

Na proposta inicial da RC, foi publicada a Medida Provisória 557/2011, que Instituiu o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, autorizava a União a conceder benefício financeiro, alterou a Lei 8080/90 e a Lei 9782/99 (BRASIL, 2011). Através desta MP seria oferecido um incentivo financeiro de R\$ 50,00 para as gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que seria realizado o parto, algo que já acontecia em alguns programas municipais, porém até então inédito em um programa nacional.

Permitimo-nos alongar um pouco sobre esse marco legal, já que a MP 557/2011, também chamada de MP do nascituro, foi duramente criticada por entidades feministas, em especial a Marcha Mundial de Mulheres e a Articulação de Mulheres Brasileiras.

As entidades apontam que a edição desta MP levantou várias dúvidas quanto à sua adequação e necessidade de criar esse tipo de mecanismo por meio de um dispositivo de Medida Provisória, visto que de maneira contundente mexe na lei orgânica da saúde (Lei 8080 de 1990) para introduzir na legislação a questão dos direitos do nascituro.

A introdução da idéia de direitos do nascituro tem sido, ao longo de várias décadas, uma questão central na disputa realizada pelos setores que buscam restringir os direitos das mulheres à autodeterminação e autonomia em relação à maternidade. Um debate que se contrapõe não apenas ao movimento de mulheres, mas a todos os setores progressistas que reconhecem a importância de se resguardar e reafirmar o direito das mulheres frente às tentativas constantes de introduzir esta contraposição no ordenamento legal brasileiro. (VIOMUNDO, 2012)

Ainda no manifesto “Marcha Mundial de Mulheres: Não à MP 557/2011! Em defesa da vida das mulheres!” Publicado no site VIOMUNDO em 14 de janeiro de 2012, as entidades alertam que o marco principal é a Constituição Brasileira, onde prevalece o direito à vida desde o nascimento e os direitos das mulheres enquanto gestantes, e que recusam essa noção, que dizem ser movida principalmente por influências religiosas conservadoras. E preocupam-se extremamente com o fato da MP introduzir a figura do nascituro como portador de direitos, já de acordo com as mesmas é fato que esse não existe fora do corpo da gestante. E as duas entidades exigem a retirada da MP 557/2011 em seus manifestos.

Já a Articulação de Mulheres Brasileira em seu manifesto intitulado: “Seu ventre não é mais livre” também emitiram uma nota pública pela imediata revogação da Medida Provisória nº 557 e em defesa da Maternidade Livre e da Autonomia das Mulheres e da Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Nesta nota expressaram indignação e repúdio ao conteúdo da MP assinada pela presidente Dilma Rousseff e pelos ministros Alexandre Padilha, Guido Mantega e Miriam Belchior, alegando que com essa Medida, o governo federal cria um cadastro nacional obrigatório para toda mulher gestante e puérpera sob a falsa justificativa de prevenir a morte materna no país. Alertam que a voz das mulheres comprometidas nesse debate durante o Governo Dilma está sendo desconsiderada por esta Medida, assim como têm sido desconsideradas todas as críticas consistentes que organizações do movimento feminista brasileiro têm elaborado e expressado sobre a “Rede Cegonha”. (VIOMUNDO, 2012)

Outro fato que causou estranheza nas feministas da Articulação de Mulheres Brasileiras foi o fato de ter sido editada uma MP, o que segundo as mesmas, atenta contra a

democracia, pois as medidas provisórias por não permitirem resoluções construídas democraticamente, deveriam ser usadas exclusivamente para questões de justificada urgência. Denunciam que a MP 557 foi editada no período de recesso do Congresso Nacional e sem debate com organizações da sociedade civil que, há décadas, têm contribuído para a formulação de políticas públicas no campo da saúde da mulher.

Alertam ainda, que a MP viola os direitos humanos e atenta contra a autonomia das mulheres na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, ao criar um novo cadastro obrigatório para o atendimento durante o pré-natal. O próprio Ministério da Saúde reconheceu que toda gestante que vai a uma unidade de saúde já faz um cadastro, deste modo, a MP tem um caráter discriminatório, pois a mulher grávida que não fizer o novo cadastro não terá acesso ao serviço de saúde, nem ao benefício de R\$ 50,00.

Afirmam que da forma como está sendo implantado, o benefício atenta contra a dignidade das mulheres, tem um caráter controlador, reduzindo-nos à idéia de uma incubadora. Encerram sua nota exigindo:

- \* A revogação da MP 557 [...];
- \* A retomada e o fortalecimento da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com reafirmação do compromisso do atual governo federal com os direitos reprodutivos das mulheres.
- \* A revisão da legislação punitiva do aborto (descriminalização), o compromisso do Governo brasileiro com a legalização, garantindo a autodeterminação reprodutiva das mulheres. (VIOMUNDO, 2012)

A MP 557/2011 não foi votada no Congresso Nacional até maio de 2012 e perdeu sua validade, o que foi considerado uma vitória do movimento de mulheres, apesar de extinto o auxílio deslocamento de R\$ 50,00.

Retomando o paralelo que traçávamos entre a RC e a RMP, abordaremos agora os direitos na hora do parto. A implantação desse componente da RC/RMP previu diversas ações que não eram contempladas por outros programas, como a suficiência de leitos obstétricos e neonatais em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Método Canguru, respeitando as necessidades regionais e também a ambiência das maternidades orientadas pela ANVISA (RDC nº 36/2008), 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" e estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Também compromete os serviços de saúde com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que versa sobre o direito a acompanhante de escolha da mulher. Contudo, a revisão bibliográfica traz uma discussão sobre o não cumprimento desta, seja pela falta do conhecimento desse direito pelas usuárias ou pela força do poder dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

Outro aspecto importante a ser comparado é sobre o direito a atenção integral da saúde da criança, já que a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

O PHPN preconiza que cada puérpera tenha uma consulta até 42 dias após o nascimento, enquanto a RC/RMP incentiva que haja uma visita domiciliar ainda na primeira semana após a realização do parto e nascimento com busca ativa de crianças vulneráveis. Manuais do Ministério da saúde, como o “Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério” (BRASIL, 2005) já traziam essa recomendação, sendo que para recém-nascido classificado como “de risco”, essa visita deveria ser feita nos primeiros três dias de vida. Segundo o mesmo manual, o retorno da mulher e do recém-nascido à unidade de saúde deve acontecer entre o sétimo e décimo dia pós-parto.

A RC/RMP incentivam também à implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva e ainda a orientação e oferta de métodos contraceptivos.

A RC preconiza o acompanhamento da criança até 24 meses de vida, enquanto a maioria de seus predecessores investiu no recém-nascido até, no máximo, o fim do período neonatal (28 dias de vida). Já a RMP preconiza o acompanhamento apenas no primeiro ano de vida (PARANÁ, 2012).

Quanto aos componentes logísticos, no tocante ao transporte da gestante, uma das diretrizes do PHPN é que a gestante tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade onde terá o parto, entretanto não estabelecia estratégias para garantir esse direito. Já a Rede Cegonha prevê a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto. Enquanto a Rede Mãe Paranaense admite que (PARANÁ, 2014):

Quando chegar a hora do parto, orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto. O deslocamento até o serviço de referência poderá ser realizado por meio de:

- Ambulância do município;
- SAMU;
- Veículo particular;
- Transporte público.

A Linha guia da RMP também orienta que tanto as gestantes que residam em local de difícil acesso, quanto às de alto risco, é recomendado o seu encaminhamento para uma Casa de Apoio à Gestante, próxima ao serviço a que ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto, porém essas Casas de Apoio à Gestante ainda não estão implantadas em todas as regiões do estado.

Quanto à gestante de alto risco, o PHPN espera que cada município garanta o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. Já a RC/RMP espera promover, acesso a um transporte seguro para as gestantes, as puérperas e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.

Para que tudo isso aconteça de fato, a RC/RMP prevê a implantação e a implementação de sistemas de regulação de leitos obstétricos e neonatais, bem como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). O Paraná tem buscado avançar nesta questão através das quatro Centrais de Regulação de Leitos do estado e das Centrais de Regulação do SAMU.

Giovanni (2013) destaca que o financiamento da RC é tripartite e que atualmente o SUS, tem investido na mudança da lógica do financiamento, passando da lógica de cobrança por procedimentos para financiamento por captação ou por ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde.

A Portaria 1459/2011 aponta em seu artigo 10º que o Ministério da Saúde financia diversas ações e serviços dos componentes da Rede Cegonha, sendo que no componente PRÉ-NATAL a intenção era financiar 100% de custeio dos exames do pré-natal, fornecer kits para as UBS (sonar, fita métrica, gestograma, Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal e Balança adulto), fornecer kits para todas as gestantes (Bolsa e Trocador de fralda); e fornecer 100% dos kits para parteiras tradicionais (Bolsa com os materiais, equipamentos e insumos necessários ao parto normal) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011).

Dos itens previstos na referida portaria, foram parcialmente distribuídos as balanças e os detectores fetais para todo o Brasil, em nossa região apenas os municípios de Cianorte e Tapejara foram contemplados com balanças, já os detectores fetais todos os onze municípios foram contemplados, de acordo com o número de Unidades de Saúde/Equipes de Saúde da Família. Apesar de terem sido contemplados e assinado os termos de doação, até o presente momento nossos municípios ainda não receberam as balanças e os detectores.

Os kits para as gestantes vieram em duas remessas desde a publicação da portaria, e por não haver parteiras tradicionais em nossa região, não fomos contemplados com os kits específicos a esta atividade.

Giovanni (2013) também salientou que o MS disponibilizaria aos municípios após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, o incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante

captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo. E após a certificação da RC o Município passaria a fazer jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas precocemente e cadastradas no SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011).

Os repasses mencionados acima só foram realizados uma única vez através da Portaria MS/GM nº 752 de 6 de maio 2013, que autorizou o repasse de recursos, em parcela única, para municípios, referente ao incentivo de qualificação do Componente Pré-Natal, por gestante inscrita e captada precocemente no SISPRENATAL WEB. Desde então o governo federal vem descumprindo o artigo 10, item G, parágrafos 10 e 11 da Portaria 1459/2011 que instituiu o repasse.

No tocante ao financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO ainda no mesmo artigo 10 da Portaria 1459/2011, diz que seriam liberados recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal (CPN), Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, além de recursos para a compra de equipamentos e materiais para CGBP, CPN, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011)

Ainda estava previsto 100% do custeio para CPN, CGBP e Leito Canguru; e 80% de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal e para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR). Giovanni (2013, p. 57 e 58) apontou que em 2013 o MS possuía 168 obras da RC em processo de financiamento, no montante de R\$ 297.308.762,38, em propostas aprovadas e empenhadas em 2011 e 2012.

O financiamento do componente Parto e Nascimento é o que vai demandar o maior aporte de recursos por parte do Ministério da Saúde, o artigo 8º da Portaria 1459/201 expõe que a operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede Cegonha; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes; e V – Certificação. Já o § 2º explica que o Plano de Ação Regional (PAR) e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

Somente as regiões metropolitanas de Curitiba, Londrina e Maringá receberam recursos da RC do componente Parto e Nascimento, porém todas as regiões do estado elaboraram e tiveram os Planos de Ação Regionais aprovados pelo MS, conforme pode ser observado na memória de reunião do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha em

30/09/2015, mas até o momento não foi publicada a portaria e nenhum recurso foi liberado para implantação deste componente da Rede Cegonha em nossa região.

Por meio do ofício SES/PR nº 248 de 17 de junho de 2015 a SESA encaminhou para análise e avaliação os Planos de Ação Regional da Rede Cegonha das referidas regiões de saúde que compõem as Macrorregiões Leste, Oeste, Noroeste e Norte, estendendo, dessa forma, a Rede Cegonha para todo o estado do Paraná. As Áreas Técnicas de Saúde da Criança e da Mulher do Ministério da Saúde realizaram uma análise conjunta de acordo com a necessidade cada macro região. Durante a presente reunião, o GCE da Rede Cegonha validou os planos analisados, [...] (MS/SESA, Memória de Reunião do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, 30/09/2015)

A SESA publicou um documento técnico e a INESCO (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva) em 07/04/2015 replicou em seu site: “O QUE O GOVERNO FEDERAL DEVE AO PARANÁ NA ÁREA DA SAÚDE”, onde explicou que um levantamento feito pela SESA sobre ações e serviços em funcionamento no Paraná já pactuados com o Ministério da Saúde e que, no entanto, não foram habilitados ou qualificados, o levantamento revelou atraso de repasses do governo federal de mais de R\$ 540 milhões ao Estado.

Explica ainda que no Paraná as RAS prioritárias já foram implantadas, e que apesar do financiamento ser tripartite, só o estado e os municípios estão aportando recursos para a implementação das redes, e o Ministério da Saúde só destina recursos para a implantação das redes Cegonha e de Urgência e Emergência das regiões metropolitanas de Curitiba, Londrina e Maringá.

Se o Governo Federal, [...], implantasse o custeio e investimentos previstos nas Portarias da Rede Cegonha em todas as regiões do Estado em que a Rede Mãe Paranaense já está implantada, o Paraná teria **R\$ 60 milhões** a mais para o gerenciamento de leitos de alta complexidade e UTIs adulto e neonatal. No estado vizinho, Santa Catarina, o Ministério da Saúde implantou a política da Rede Cegonha em todo território e não apenas nas regiões metropolitanas como acontece no Paraná. (INESCO, 2015 – grifo nosso)

Para complementar o pagamento de diárias de UTI, conforme previsto na RC foi assinado em 22/06/2016 a resolução que cria um incentivo financeiro para ampliar o valor pago por diárias de UTI neonatal em 19 hospitais paranaenses. A medida equipara a remuneração praticada pelo SUS no Estado, corrigindo uma desigualdade causada pela falta de habilitação da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, em todo o território paranaense. (DELIBERAÇÃO CIB-PR Nº 045 de 01/04/2016, RESOLUÇÃO SESA Nº 247/2016)

Quanto aos investimentos realizados pela SESA na Rede Mãe Paranaense, Huçulak e Peterlini (2014) pontuam que para a conformação da Rede com vistas à qualidade de atenção pretendida, foi estabelecido um aporte de investimentos de custeio destinados à Atenção

Primária à Saúde (APSUS) totalizando R\$ 38 milhões/ano. Também investimentos em construção, ampliação e reforma de Unidades Atenção Primária à Saúde e aquisição de equipamentos, em 2013 foram repassados mais de R\$ 50 milhões.

Quanto aos outros níveis de atenção, informam que na atenção secundária são alocados pela SESA mensalmente recursos de custeio para os Centros Mãe Paranaense, assim como foram realizados investimentos para aquisição de equipamentos.

Na atenção hospitalar através do Programa HOSPSUS, são repassados fundo a fundo mensalmente recursos financeiros para apoio ao custeio mensal, assim como equipamentos para melhoria dos hospitais, e a capacitação de profissionais por meio de cursos tais como Emergências Obstétricas e Reanimação Neonatal. (HUÇULAK, PETERLINI, 2014, p. 84)

Ainda na atenção à gestante de risco intermediário e risco habitual, foram contratados 96 hospitais que atenderam ao chamamento público nº 005/2012, e foi instituída a Estratégia de Qualificação do Parto nos hospitais públicos, filantrópicos e privados que garantem a vinculação do parto na Rede Mãe Paranaense, através da Resolução SESA 377/2012.

Os valores estipulados para a Estratégia de Qualificação ao Parto (EQP) descritos nos artigos 5 e 6 da referida resolução, são R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) e R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais) por parto, para os hospitais que foram habilitados como risco habitual e intermediário respectivamente. O valor da EQP será estabelecido de acordo com o número de partos realizados pelo hospital, considerando-se para isso a somatória dos seguintes procedimentos (Parto Normal, Parto Cesariano e Parto Cesariano com laqueadura tubária) sobre o total de AIHs aprovadas será pago o valor de acordo com o risco estabelecido por hospital. (RESOLUÇÃO SESA 377/2012)

O artigo 8º da Resolução 377/2012, define que o repasse de recursos referente à EQP será realizado de duas formas: transferência fundo a fundo do estado para os municípios que têm a gestão dos prestadores contratados pelo município para esta finalidade. Os hospitais públicos, filantrópicos e privados, sob gestão estadual, que se submeteram ao chamamento público 005/2012 e habilitaram-se, foram realizados contratos específicos e/ou termo aditivo aos contratos já existentes.

O governo do estado também tem atrasado o repasse aos hospitais que fazem parte do HOSPSUS, conforme aponta o jornalista Diego Antonelli em 26/02/2014 em matéria publicada no jornal Gazeta do Povo.

Metade dos 50 hospitais que recebem recursos do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HospSus) está com os repasses atrasados. Em algumas instituições o montante não é depositado desde agosto do ano passado. Em outras, desde

outubro. Os valores depositados para cada instituição variam de R\$ 50 mil a R\$ 300 mil por mês. A Secretaria da Saúde (Sesa) não divulgou o volume total das dívidas referentes ao programa. O HospSus atende hospitais públicos e filantrópicos distribuídos nas diferentes regiões do estado para serem retaguarda para a Rede Mãe Paranaense e a Rede Estadual de Urgência e Emergência. (ANTONELLI, GAZETA DO POVO, 26/02/2014)

Os atrasos de repasses pelo governo do estado também se deram nos recursos do APSUS e do COMSUS até o ano de 2015, em 2016 parece haver um melhor equacionamento desta situação.

O Sistema de Financiamento é uma parte intrínseca à governança das RAS e é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade”. (GIOVANNI, 2013).

Ao falar da questão do financiamento, Mendes aponta que o sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes para governança das redes de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços (MENDES, 2011, p.201). O mesmo ainda pontua que para a efetividade das redes é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado aos seus objetivos, somente assim se conseguira enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Com base nas considerações de Mendes (2010) e Giovanni (2013), podemos concluir que a governança das redes fica criticamente prejudicada pelo financiamento inadequada (falta e/ou atraso de repasses), visto que os recursos deveriam nortear as ações dos gestores e prestadores de serviços no alcance dos objetivos.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Todo o processo de análise e compreensão da produção de sentidos acerca das representações sociais das puérperas usuárias da RMP, se fundamentará a partir da perspectiva teórico-metodológica proposta por Spink (2013), situada no Construcionismo Social.

Segundo Gergen (2009), a pesquisa construcionista social ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas).

Já Guareschi et al (2006) em seu estudo afirma:

[...] o conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas, por meio de suas práticas sociais, e não algo que é apreendido do mundo. Desse modo, trata-se, fundamentalmente, de uma teoria social do conhecimento, desconstruindo a dicotomia sujeito-objeto, pois é o conhecimento socialmente produzido que constrói ambos, o sujeito e o objeto. Portanto, a partir dessa perspectiva surge a idéia de uma desnaturalização da realidade, opondo-se, assim, a uma abordagem representacionista em que a relação sujeito-objeto encontra-se fragmentada. [...] não implica negação da existência material das pessoas, eventos, fenômenos, mas, sim, na reflexão de que a existência material não tem em si significados fixos e universais, permitindo ao ser humano pensar-se de determinado modo, diferentes formas de ser, de se reconhecer [...] (GUARESCHI et al; 2006, p. 124)

Produzir sentidos nesta perspectiva mostra-se um processo interativo: ninguém produz sentido individualmente, este processo é uma construção social, e Guareschi et al (2006), citando Spink(2000) enfatizam:

[...] tal construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que é essa construção que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social. Produzir sentido, portanto, é o que permite lidar com situações e fenômenos do dia-a-dia, do cotidiano. Na perspectiva da linguagem em uso, o sentido é sempre interativo: os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato ou são endereçados a outra pessoa, e esses endereçamentos se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos (SPINK, 2000 apud GUARESCHI et al., 2006, p. 124)

Guareschi et al (2006) afirmam que:

a produção de sentido e as práticas discursivas são relevantes à medida que visibilizam a importância da linguagem na interação social, visto que ao significar as práticas, as pessoas produzem sentidos e posicionam-se em redes discursivas. Essa produção de sentido é, por sua vez, orientada pelas práticas discursivas, ou seja, pela forma como os sujeitos significam determinados discursos. Esse processo de significação engendra e posiciona os sujeitos em redes discursivas, fazendo com que produzam determinado modo de ser e de viver (GUARESCHI et al., 2006, p. 125)

Quanto ao rigor da pesquisa Spink (2013) esclarece que:

[...] o rigor fica frequentemente depositado na triangulação entre replicabilidade, generabilidade e fidedignidade, sendo essas noções tributárias do parâmetro científico de verdade concebida como correspondência com a realidade. Na perspectiva construcionista o rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo. Esse diálogo, desenvolvido no âmbito da pesquisa que se quer científica, não é um processo livre, encontrando-se preso aos processos históricos e sociais e ainda às vicissitudes dos relacionamentos humanos. O conceito de objetividade precisa, assim, ser revisto e re-situado como processo intersubjetivo (SPINK, 2013, p. 79 e 80)

Nessa perspectiva, procuramos compreender os sentidos que as mulheres puérperas usuárias da RMP têm sobre o atendimento que receberam nesta rede com relação aos sentimentos, às experiências e ao contexto relacionado ao ato de cuidar.

## 6. 2 OS PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Trata-se de um estudo qualitativo em que os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram questionários/roteiros de entrevistas, aplicados aos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde, Centros de referência (gestação de risco intermediário e alto risco) e Hospitais que realizam partos (conforme tabela abaixo), e às puérperas em seu domicílio.

**Tabela 1** – Centros de referência e hospitais que realizam parto pelo SUS

MUNICÍPIO	Nº ESF	CENTROS DE REFERÊNCIA	HOSPITAIS QUE REALIZAM PARTO PELO SUS
Cianorte	17	01	01
Cidade Gaúcha	04	-	01
Guaporema	01	-	-
Indianópolis	02	-	-
Japurá	03	-	01
Jussara	03	-	
Rondon	03	-	01
São Manoel do Paraná	01	-	-
São Tomé	02	-	-
Tapejara	05	-	-
Tuneiras do Oeste	04	-	-
TOTAL	45	01	04

\* O Centro de referência do município de Cianorte localiza-se no CISCENOP (Consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná) e é referência para os 11 municípios.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Maringá, e os dados somente começaram a ser coletados, após a aprovação do projeto pelo mesmo.

Os questionários auto-aplicáveis foram distribuídos pela autora do estudo, aos profissionais médicos e enfermeiros dos serviços acima citados, e foram incluídos no estudo, aqueles profissionais que após os esclarecimentos necessários, concordaram em participar e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Os questionários e roteiros de entrevistas às puérperas foram aplicados pela autora do estudo às mulheres que tiveram o parto nos meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016. Inicialmente tínhamos a pretensão de entrevistar duas mulheres em cada município, uma que tivesse o pré-natal estratificado como de risco habitual e outra de risco intermediário ou alto risco, o que totalizaria 22 puérperas, porém observamos que a estratificação de risco realizada pelos profissionais não estava de acordo com a Linha Guia da RMP, várias mulheres que foram estratificadas como de risco habitual eram na verdade, pelos critérios da RMP, de risco intermediário e/ou de alto risco.

Diante do exposto o critério de seleção em cada um dos 11 municípios, foram mulheres da área da Unidade de Saúde que tiveram seus bebês nos últimos 15 dias e que concordaram em participar e assinar (ou o seu responsável caso fosse menor de idade) o TCLE, totalizando 12 mulheres. O número de participantes foi definido pelos próprios depoimentos, considerados suficientes para alcançar os objetivos e responder às inquietações. Assim, o encerramento da inclusão de novas gestantes foi decidido com base no conjunto dos dados obtidos, que evidenciou a abrangência dos significados contidos nos depoimentos.

Todas as entrevistas foram realizadas na residência das puérperas, foram gravadas pela técnica de gravador, e após a transcrição das falas foram destruídos todos os áudios gravados.

As variáveis utilizadas para o estudo foram as sócio-demográficas, estratificação do risco, cuidados de pré-natal, assistência hospitalar e os registros no Cartão do Pré-natal e Cartão da Criança. Como citado anteriormente todo o processo de análise e compreensão da produção de sentidos acerca das representações sociais das puérperas usuárias da RMP, se fundamentou a partir da perspectiva teórico-metodológica proposta por Spink (2013), situada no Construcionismo Social.

**Crítérios de inclusão no estudo:** Profissionais de Saúde que atuam na RMP e mulheres puérperas, usuárias do SUS, residentes nos municípios pertencentes à 13ª Regional de Saúde.

**Critério de exclusão do estudo:** Gestação que evoluiu para aborto e as mulheres e/ou profissionais que se negassem a participar do estudo.

Os TCLEs esclarecem que não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis a participação no estudo, caso ocorressem, alguns desconfortos com relação a perguntas feitas, os participantes poderiam não responder, ou solicitar esclarecimentos a pesquisadora. Caso ainda ocorressem eventuais problemas, a pesquisadora solicitaria atendimento a um profissional de saúde mental que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios, conforme acordo realizado entre a pesquisadora e os Secretários (as) Municipais de Saúde da região. Não houve nenhum desconforto durante as entrevistas e não demandou nenhum encaminhamento por parte da pesquisadora aos profissionais do NASF.

Ao final das entrevistas das puérperas, depois das anotações realizadas e do gravador desligado, a entrevistadora fazia orientações para aquelas puérperas e familiares que tinham dúvidas e/ou encontravam-se em situação de risco, bem como comunicava o enfermeiro da equipe da sua área de abrangência.

Às usuárias e equipes foram necessárias orientações sobre: exames de triagem neonatal, cuidados com icterícia neonatal, aleitamento materno/aleitamento cruzado, diagnóstico e tratamento da Sífilis e da Sífilis congênita, notificação compulsória de agravos no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), orientação sobre prescrições médicas e encaminhamento ao médico para avaliação de hipertensão e hemorróidas.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA APS

Os questionários foram distribuídos para todas as unidades de saúde onde atuam equipes de saúde da família, dos questionários entregues obtivemos o retorno de 33 instrumentos preenchidos, sendo vinte e sete enfermeiros e seis médicos, que apontaram as características sociodemográficas descritas na tabelas 2 e 3 abaixo:

**Tabela 2** - Perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam na Atenção Primária à Saúde

Características sociodemográficas	N	%
<b>Enfermeiros</b>	27	100
<b>Sexo:</b>		
Masculino	02	7,4
Feminino	25	92,6
<b>Grupo etário:</b>		
< ou = 30 anos	05	18,5
31 – 50 anos	19	70,4
51 anos ou mais	03	11,1
<b>Anos de profissão:</b>		
< ou = 10 anos	12	44,5
11 – 20 anos	12	44,5
21 anos ou mais	03	11,0
<b>Tipo de vínculo:</b>		
Estatutário	20	74,1
Celetista	03	11,1
Contrato de trabalho	01	3,7
Contrato de trabalho através de empresa ou OSCIP	03	11,1
<b>Especialização:</b>		
Sim	19	70,4
Não	08	29,6

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Podemos observar que em nossa região, similarmente às demais regiões do país, o exercício da enfermagem é praticado majoritariamente pelas mulheres, que representaram 92,6% da amostra. Mais de 81% tem idade acima de 30 anos de idade, sendo que 11,1% têm 51 anos ou mais e 55,5% tem acima de 11 anos de trabalho.

Observamos que 88,9% dos entrevistados têm vínculos de trabalho protegidos e 70,4% possuem uma ou mais especializações.

Na tabela 3 abaixo observamos o perfil dos médicos da APS que concordaram em participar do estudo:

**Tabela 3** - Perfil dos médicos entrevistados que atuam na Atenção Primária à Saúde

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Médicos</b>	06	100
<b>Sexo:</b>		
Masculino	04	66,7
Feminino	02	33,3
<b>Grupo etário:</b>		
< ou = 30 anos		
31 – 50 anos	05	83,3
51 anos ou mais	01	16,7
<b>Anos de profissão:</b>		
< ou = 10 anos	01	16,7
11 – 20 anos	04	66,6
21 anos ou mais	01	16,7
<b>Tipo de vínculo:</b>		
Estatutário	01	16,7
Celetista	01	16,7
Contrato de trabalho		
Contrato de trabalho através de empresa ou OSCIP		
Mais Médicos	04	66,7
PROVAB		
<b>Especialização:</b>		
Sim	05	83,3
Não	01	16,7

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Apesar da pequena amostra de médicos da APS, em nossa região há o exercício predominante da medicina pelos homens, correspondendo a 66,7% dos entrevistados. Quanto à faixa etária, 83,3% tinham idades entre 30 a 50 anos e 16,7% acima dos 50 anos. 16,7% dos médicos entrevistados atuavam na profissão há menos de 10 anos, outros 16,7% de 20 anos ou mais e 66,6% de 11 a 20 anos de profissão. Somente 33,4% tinham vínculo protegido com o município, enquanto 66,7% são estrangeiros que atuam no Programa Mais Médico.

Abaixo a tabela 4 traça um paralelo entre o cuidado dispensado ao binômio por médicos e enfermeiros da APS.

**Tabela 4** – O cuidado dispensado ao binômio na Rede Mãe Paranaense, por enfermeiros e médicos da APS

Questionamentos realizados aos enfermeiros da APS	Características relacionadas ao cuidado na RMP			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Conhece a RMP?	27	100		
Leu a linha guia da RMP?	26	96,3	01	3,7
Faz a captação precoce da gestante até a 12 <sup>a</sup> semana?	22	81,5	05	18,5
Realiza o Pré-natal?	19	70,4	08	29,6
Estratifica o risco gestacional?	25	92,6	02	7,4
Utiliza os cartões (gestante e criança) preconizados?	25	92,6	02	7,4
Agenda visita ao hospital de referência?	04	14,8	23	85,2
Partos são realizados na referência?	20	74,1	07	25,9
Realiza atividades educativas?	25	92,6	02	7,4
Equipe realiza visita nos 5 primeiros dias pós-parto?	24	88,9	03	11,1
Questionamentos realizados aos médicos da APS	Características relacionadas ao cuidado na RMP			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Conhece a RMP?	06	100		
Leu a linha guia da RMP?	06	100		
Faz a captação precoce da gestante até a 12 <sup>a</sup> semana?	04	66,7	02	33,3
Realiza o Pré-natal?	02	33,3	04	66,7
Estratifica o risco gestacional?	02	33,3	04	66,7
Utiliza os cartões (gestante e criança) preconizados?	05	83,3	01	16,7
Agenda visita ao hospital de referência?	02	33,3	04	66,7
Partos são realizados na referência?	05	83,3	01	16,7
Realiza atividades educativas?	06	100		
Equipe realiza visita nos 5 primeiros dias pós-parto?	04	66,7	02	33,3

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Vimos que 100% dos enfermeiros e médicos entrevistados referem conhecer a RMP, enquanto 96,3% e 100%, respectivamente, referem que já leram a linha guia desta política.

Quanto à captação das gestantes, 81,5% dos enfermeiros e 66,7% dos médicos alegam captá-las antes da 12ª semana de gestação.

Ao serem questionados se realizam o pré-natal das mulheres de sua área de abrangência, 70,4% dos enfermeiros contra apenas 33,3% dos médicos responderam que realizam o pré-natal e a estratificação de risco gestacional, enquanto 92,6% dos enfermeiros também estratificam. Gostaríamos de fazer uma inferência sobre o dado apresentado, dos seis médicos entrevistados, quatro eram cubanos do Programa Mais Médico, e nos municípios onde atuam não são autorizados pelos gestores e/ou outros médicos do município a fazerem o pré-natal das mulheres da sua área de abrangência, mesmo aqueles que inclusive têm expertise no assunto.

Com relação ao uso dos cartões da gestante e da criança, 92,6% dos enfermeiros e 83,3% dos médicos, referem usar os preconizados pela RMP.

Quando questionados se a equipe agenda a visita guiada da gestante ao hospital ao qual está vinculada, apenas 14,8% e 33,3% dos enfermeiros e médicos disseram que sim.

Há divergência também sobre a realização do parto no hospital de referência, 83,3% dos médicos afirmam que sim contra 74,1% dos enfermeiros, 100% dos médicos e 92,6% dos enfermeiros alegam que são realizadas atividades educativas pela equipe de saúde. Já 88,9% contra 66,7% afirmam realizar a visita domiciliar nos cinco primeiros dias após o parto.

Quanto à **captação da gestante**, os profissionais referem que na maioria das vezes é feita precocemente (antes da 12ª semana de gestação), e que quando isso não ocorre se deve ao fato de muitas usuárias terem plano de saúde por serem trabalhadoras das Usinas de Açúcar e Álcool, o que dificulta serem localizadas em casa, visto que também há áreas descobertas pelos ACSs.

*“Algumas descobrem a gravidez e fazem o pré-natal no ambulatório da usina..., outras UNIMED (em consultório particular), mais essas não nos procuram na UBS. E ainda temos gestantes que omitem a gravidez, ou aquelas que vêm de outro município ou país já no 2º trimestre.”* (L. enfermeira)

*“A grande maioria é cadastrada, mas as que vão para o particular até agora eu não estava fazendo o pré-natal compartilhado, portanto não as cadastrava no SISPRENATAL. Existe uma dificuldade em encontrá-las devido ao horário de trabalho.”* (R. enfermeira)

*“Falta ACS em algumas áreas.”* (J. enfermeira)

*“Só não são aquelas que escondem gravidez, e chegam para realização de exames no 4º a 5º mês de gestação.”* (Z. enfermeira)

Outra situação citada por vários profissionais foram de mulheres que chegam tardiamente (4º ou 5º mês de gestação) ao pré-natal por “esconderem” a gestação, porém os motivos não foram citados pelos entrevistados. Diversas possibilidades podem justificar esta situação, desde julgamentos morais acerca da vida afetiva sexual das mulheres, como por exemplo, sem companheiro, ou com filhos de pais diferentes, e ainda aquelas com companheiro, mas que já tem vários filhos; até dificuldades de ordem socioeconômica, como não ter dinheiro, mudanças recentes etc.

Podemos perceber que em cada município há uma organização diferente, enquanto o município sede tem obstetra em todas as Unidades, alguns municípios possuem uma Unidade de referência para o pré-natal com obstetra (antigas Clínicas da Mulher e da Criança) e outros realizam em todas as Unidades pelos médicos do PSF, ainda aqueles em que o obstetra atende aos sábados no Pronto Atendimento Municipal.

A única forma, a nosso ver, que garante a efetiva vinculação da gestante à sua equipe, é quando a mesma é atendida pelos médicos e enfermeiros da sua unidade/equipe de referência. Em todas as outras formas de organização acima citadas, denota-se uma falta de ordenação na rede e ausência de coordenação do cuidado.

Quando questionados sobre a realização do pré-natal das mulheres de sua área de abrangência, 81,5% dos enfermeiros e 33,3% dos médicos afirmam que realizam, porém as transcrições abaixo elucidam como se dá o processo de trabalho das equipes:

*“Encaminhadas p/ os médicos que atendem na UBS, visto que são poucas gestantes e preferem ser atendidas pelos médicos; as enfermeiras auxiliam no preenchimento da carteira da gestante”.* (M. enfermeira)

*“Eu como enfermeira realizo o primeiro atendimento, o pré-natal é realizado pelo médico. Realizo acompanhamento... Eu faço só a 1ª consulta (acolhimento, cadastro SISPRENATAL, prescrição ácido fólico, solicitação de exames), depois a gestante faz as demais consultas com o ginecologista que atende na UBS”.* (S. enfermeira)

As falas acima mostram que os enfermeiros ainda atuam como coadjuvantes no cuidado pré-natal, não houve um empoderamento destes profissionais, mesmo sendo uma das premissas da RMP o pré-natal compartilhado, o que pode ser observado nas falas transcritas abaixo:

*“O médico realiza o pré-natal, eu preencho a carteira da gestante, faço acompanhamento do grupo de gestantes e visitas domiciliares.”* (E. enfermeira)

*“Por ter uma UBS responsável pelo pré natal, contendo médico especialista Ginecologista/Obstetra e para onde são encaminhadas.”* (I. enfermeira)

*“Primeira consulta cadastro no SISPRENATAL, SISVAN, solicitações de exames, encaminhamentos para teste rápido, nutricionista, odontologia. E agendo as próximas consultas com ginecologista e médicos do PSF das unidades.” (C. enfermeira)*

*“Somente casos de risco habitual e intermediário. Os casos de alto risco são encaminhados ao CISCENOP. Como enfermeira realizo apenas o acolhimento e a 1ª consulta. As demais são realizadas pelo obstetra.” (A. enfermeira)*

*“Tem uma clinica/unidade responsável pelo pré-natal de todo município com ginecologista-obstetra.” (T. enfermeira)*

No tocante à **estratificação do risco gestacional e ordenação do binômio** na rede, 92,6% dos enfermeiros e apenas 33,3% dos médicos referiram realizar a estratificação de risco, porém vimos nesta conduta, uma das maiores deficiências, tanto que foi necessário readequar a metodologia do estudo, pois inicialmente pedíamos às equipes municipais para nos indicar uma gestante de risco habitual e outra de risco (intermediário ou alto), e quando íamos entrevistar as indicadas nos deparávamos com gestantes estratificadas inadequadamente.

Alguns profissionais salientam que as gestantes não querem ser encaminhadas para o pré-natal na referência ambulatorial. Destacamos a fala desta enfermeira ao justificar por que as gestantes não querem ir à referência:

*“As gestantes reclamam muito do atendimento médico na referência, que são grossos e não dão atenção e esclarecimentos a questionamentos realizados por elas, a humanização segundo elas não existe. Mas como enfermeira, e com a trajetória que tenho com o programa rede mãe paranaense já se melhorou muito o atendimento para as gestantes e RN, ainda não é o ideal do papel, mais muitas conquistas já foram feitas.” (F. enfermeira)*

Quando questionados aos profissionais da referência ambulatorial, se as equipes estratificam e encaminham adequadamente, os profissionais que lá atuam, afirmam que:

*“Ainda existe casos de risco não estratificados e que permanecem na atenção primária.” (M. enfermeira)*

*“Infelizmente no município parcialmente, algumas pacientes não aceitam o acompanhamento no ambulatório alto risco e ficam na UBS, muitas vezes por conveniência médica e da enfermagem, o que prejudica a estratificação. Nos demais municípios da 13ª Regional isto é até pior, por exemplo, gestante de 48 anos que não chega.” (L. médico)*

As ações educativas são realizadas na maioria dos municípios e unidades, sendo que podemos observar que estas acontecem mais de acordo com o perfil dos profissionais que lá atuam, do que propriamente dito por uma política municipal neste sentido. Alguns municípios

oferecem lanche e brindes (fraldas, peças de enxoval, bolsas), havendo nestes municípios uma maior adesão aos grupos de gestantes, mas não necessariamente uma maior efetividade destes, o que pode ser observado no relato abaixo:

*“Em relação a Rede Mãe Paranaense, só tenho a parabenizar, pois é um programa com grandes perspectivas e só tem a crescer. Uma dificuldade que tenho particularmente é reunir todas nas reuniões, elas só aparecem nos encontros se oferecermos "brindes". Mas aos poucos consigo reuni-las. Uma sugestão seria realizar capacitações para enfermeiras, mais próximo de nossos municípios.” (H, enfermeira)*

## 7.2 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DOS HOSPITAIS QUE FAZEM PARTO

Os questionários foram distribuídos para os quatro hospitais que realizam parto pelo SUS, dos questionários entregues obtivemos o retorno de 14 instrumentos preenchidos, sendo dez enfermeiros e quatro médicos, que apontaram as características sócio-demográficas descritas na tabelas 5 e 6 abaixo:

**Tabela 5** - Perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam nos hospitais que fazem partos pelo SUS

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Enfermeiros</b>	10	100
<b>Sexo:</b>		
Masculino	03	30,0
Feminino	07	70,0
<b>Grupo etário:</b>		
< ou = 30 anos	06	60,0
31 – 50 anos	03	30,0
51 anos ou mais	01	10,0
<b>Anos de profissão:</b>		
< ou = 10 anos	09	90,0
11 – 20 anos		
20 anos ou mais	01	10,0
<b>Tipo de vínculo:</b>		
Estatutário		
Celetista	09	90,0
Contrato de trabalho	01	10,0
Contrato de trabalho através de empresa ou OSCIP		
<b>Especialização:</b>		
Sim	06	60,0
Não	04	40,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Novamente constatamos o exercício majoritário da enfermagem pelas mulheres também na área hospitalar, que representaram 70% da amostra, quanto aos homens também seguindo o padrão nacional, dão preferência pela área hospitalar e representaram 30% dos entrevistados.

Diferente do perfil dos enfermeiros da APS, 60% tem idade menor ou igual a 30 anos, sendo que 30% têm de 31 a 50 anos e apenas 10% tem acima de 51 anos de idade. Observamos que 90% dos entrevistados têm vínculos de trabalho protegidos e 60% possuem uma ou mais especializações.

Na tabela 6 abaixo observamos o perfil dos médicos dos hospitais que concordaram em participar do estudo:

**Tabela 6** - Perfil dos médicos entrevistados que atuam nos hospitais que fazem partos pelo SUS

<b>Características sócio-demográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Médicos</b>	04	100
<b>Sexo:</b>		
Masculino	03	75,0
Feminino	01	25,0
<b>Grupo etário:</b>		
< ou = 30 anos		
31 – 50 anos	02	50,0
51 anos ou mais	02	50,0
<b>Anos de profissão:</b>		
< ou = 10 anos	01	25,00
11 – 20 anos	01	25,00
21 anos ou mais	02	50,0
<b>Tipo de vínculo:</b>		
Estatutário		
Celetista		
Contrato de trabalho	02	50,0
Membro do corpo clínico	02	50,0
<b>Especialização:</b>		
Sim	04	100
Não		

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Quanto à faixa etária, 50% tinham idades entre 31 a 50 anos e os outros 50% tinham acima de 50 anos. 25% dos médicos entrevistados atuavam na profissão há menos de 10 anos, 25% de 11 a 20 anos e os outros 50% tinham mais de 21 anos de profissão.

Quanto ao vínculo, 50% são contratados e os demais apenas fazem parte do corpo clínico, sem nenhum vínculo formal com a instituição.

**Tabela 7** – O cuidado dispensado ao binômio na Rede Mãe Paranaense, por enfermeiros e médicos dos hospitais

Questionamentos realizados aos enfermeiros dos hospitais	Características relacionadas ao cuidado na RMP			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Este hospital é referência para a RMP?	05	50,0	05	50,0
Leu a linha guia da RMP?	08	80,0	02	20,0
Estratificação de risco da APS é adequada?	04	40,0	06	60,0
Utiliza os cartões (gestante e criança) preconizados?	09	90,0	01	10,0
Recebe gestantes para visita guiada?	07	70,0	03	30,0
Elabora Plano de cuidados para gestantes e RNs de risco?	07	70,0	03	30,0
Questionamentos realizados aos médicos dos hospitais	Características relacionadas ao cuidado na RMP			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Este hospital é referência para a RMP?	03	75,0	01	25,0
Leu a linha guia da RMP?	04	100		
Estratificação de risco da APS é adequada?	02	50,0	02	50,0
Utiliza os cartões (gestante e criança) preconizados?	04	100		
Recebe gestantes para visita guiada?	03	75,0	01	25,0
Elabora Plano de cuidados para gestantes e RNs de risco?	04	100		

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Dos entrevistados 50% dos enfermeiros e 75% dos médicos afirmaram que o hospital que trabalham é referência para a RMP, o que causou-nos espanto, visto que 3 destes

enfermeiros e 2 médicos não trabalham no único hospital de referência para RMP na 13ª Regional de Saúde e talvez considerem fazer parte da RMP porque fazem parto pelo SUS.

A estranheza destas respostas se acentuaram quando 80% dos enfermeiros e 100% dos médicos (dentre estes estão os que referiram que pertencem a referência sem o ser) afirmam terem lido a Linha Guia da RMP, que esclarece todos os meandros da política, inclusive a relação nominal dos hospitais de referência por região e os critérios de credenciamento.

Os profissionais da referência hospitalar parecem concordar com a inadequação da estratificação realizada pelas equipes municipais, sendo que apenas 40% dos enfermeiros e 50% dos médicos dizem que a estratificação de risco realizada pela APS é adequada. Os médicos queixam-se de situações recorrentes no atendimento do plantão na referência hospitalar:

*“Não. Pois a atenção primária que seria as unidades básicas de saúde (UBS) não fazem o seu papel como deveria, onde todas as gestantes tem a necessidade de procurar o hospital criando assim um "Ambulatório de gestante" no hospital. Se levamos em consideração alguns GOs fazem sim a referência para gestação de risco adequado.”*(J. médico da referência hospitalar)

*“Possui muitas falhas na assistência (exames são solicitados e não são vistos, pacientes com início de infecções não são tratadas, etc).”*(H. médico da referência hospitalar)

*“Algumas cidades não encaminham para o alto risco, só encaminham quando a paciente apresenta complicações ou quando necessitam de exames como ultrassonografia, então os municípios passam a responsabilidade para o hospital que não tem como resolver a falta de recursos destes municípios. O comprometimento dos profissionais da atenção primária nem sempre está adequado por despreparo para tal atendimento, incluindo aqui profissionais, estrutura física e principalmente atos políticos que visam tão somente a composição pública dos gerenciadores...”* (N. médico de hospital)

Nós fomos testemunhas de interferências econômicas e política na condução de algumas situações relacionadas às puérperas entrevistadas. Interferência econômica, quando a família tinha as mínimas condições de custear um parto cesáreo, nestes casos, apesar de haver indicação de encaminhamento para a referência, o mesmo não ocorria, porque iriam pagar o profissional que fazia o pré-natal no município de origem.

Foram observadas interferências políticas em situações em que a própria prefeitura, custeava total ou parcialmente, o valor da cesariana da mulher, em hospitais que não ofereciam a mínima segurança para o binômio.

Os profissionais entrevistados reforçam nossa inferência quando expõem que:

*“Porque algumas pagam particular e acabam ganhando neném em hospitais que cobram mais barato, correndo todos os riscos.”* (A. médico da APS)

*“Algumas fazem pré-natal na UBS e o parto realiza particular em outro hospital devido ao preço mais acessível. Porém a maioria realiza pelo SUS na referência.”* (S. enfermeira da APS)

*“Uma parte de nossas gestantes ainda realizam o parto aqui no município mesmo, elas pagam, ou a prefeitura paga tudo ou uma parte.”* (M, enfermeira da APS)

Com relação a utilização dos cartões da gestante e da criança no hospital, 100% dos médicos e 90% dos enfermeiros referem utilizá-los.

Já com relação à visita guiada da gestante para conhecer o hospital, 70% dos enfermeiros e 75% dos médicos afirmam que recebem as gestantes em visitas guiadas, porém esta não é a realidade retratada pelos profissionais da APS e muito menos pelas próprias usuárias entrevistadas.

Outra afirmação preocupante diz respeito à elaboração de plano de cuidados para gestantes e bebês de risco, pois apesar de 100% dos médicos e 70% dos enfermeiros dizerem que elaboram, não é a realidade que encontramos no dia a dia, e que foram confirmadas pelas dúvidas retratadas pelas usuárias entrevistadas.

### 7.3 PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Como citado anteriormente, as entrevistas com as puérperas foram realizadas em suas residências, utilizando para isto o questionário/roteiro de entrevistas (Apêndice D) associado à técnica de gravador, e todas as percepções da pesquisadora foram registradas em um diário de campo.

Nossa análise iniciou-se com uma imersão no material produzido e na sequência no confronto dos sentidos construídos no processo de pesquisa e interpretação com aqueles decorrentes da nossa familiarização prévia com o campo de estudo, as legislações e o referencial teórico que embasam esta política.

A partir desse confronto, emergiram categorias gerais relacionadas aos objetivos da pesquisa. A transcrição então foi disposta, respeitando-se a sequência das falas, de acordo com as categorias temáticas que refletiam o contexto ao qual a fala se refere: Relações interpessoais (o ato de se sentir cuidada); (des) Informação; iatrogenia e iatrogênese estrutural; humanização do trabalho de parto e do parto; e atenção ao puerpério. As tabelas usadas nessa dissertação são ilustrativas do processo de análise e interpretação e não tem a pretensão de dar conta de todo o contexto dialógico no qual as falas foram produzidas.

Em alguns momentos, destacamos a fala de uma mulher e a apresentamos para explicitar esse processo, salientamos que temos a clareza que uma fala recortada do contexto no qual foi produzida não atende aos requisitos das perspectivas dialógicas. Nossa intenção é mais de exemplificar como analisamos a questão da produção de sentidos do que de mostrar o processo dialógico no todo, mesmo sabendo que não há como dissociá-los, pois, a produção de sentidos acontece, justamente, nesse contexto dialógico. (GUARESCHI et al., 2006, p. 125)

### 7.3.1 DESVELANDO O DIÁRIO DE CAMPO

Sentimos a necessidade de partilhar o contexto em que estas entrevistas foram realizadas, para que os recortes transcritos não nos afastem tanto do processo dialógico em que ocorreram.

#### Entrevista 1:

M, 15 anos, negra, “amasiada”, estudou até o 8º ano do ensino fundamental, parou de estudar no 9º ano por causa da gravidez. Quando questioneei qual a sua cor, a mesma olhou os braços e recorreu à sua mãe: “*Eu sou morena né mãe?*”

A entrevista foi realizada na pequena casa dos pais, onde residia com o marido a filha, o irmão e a cunhada (que também tinha um bebê e o amamentava no peito). Todos estavam em casa na hora da entrevista, sendo que os homens ficaram no quintal durante nossa conversa. Era uma segunda-feira por volta das 14:30 hrs, não soubemos se os membros da família estavam empregados ou não.

Fez o pré-natal até o 6º mês pela UNIMED na cidade onde morava, após perder o plano de saúde passou a fazer pelo SUS e continuou na cidade que reside agora.

Mesmo sendo de risco intermediário só chegou à referência no dia do parto, o médico constatou na chegada à referência que ela se encontrava em trabalho de parto e já a encaminhou para o hospital.

O parto foi normal após quase 15 horas de trabalho de parto. Após o parto a mãe relatou que quando a filha vai evacuar está colocando a hemorróidas para fora.

#### Entrevista 2:

MC, 18 anos, branca, casada no religioso (ao ser questionada sobre seu estado civil, ela me respondeu “*Sou casada só na igreja, mas não vale né?*”). Possui ensino médio incompleto (1º ano). Entrevistada na casa da mãe, mora nos fundos da casa da mãe, a casa é em alvenaria, espaçosa e muito limpa.

Fez o pré-natal na Unidade de Saúde mais próxima de sua casa, apesar de referir não se sentir bem na Unidade, ao que a mãe justificou ser síndrome do pânico e que a filha não se sentia bem em locais com aglomerações de pessoas.

Pelos relatos dela e da mãe, ficou internada durante a gestação porque a pressão subiu (pré-eclâmpsia), mesmo assim não foi encaminhada para o pré-natal de risco na referência. O parto foi cesariana agendada, custeado 50% pela família e os outros 50% pela “prefeitura”, ficou internada por cinco dias após o parto, com pressão alta, depressão pós-parto e investigando refluxo e sopro cardíaco no bebê.

### Entrevista 3:

E, 36 anos, branca, casada, costureira, ensino médio incompleto (parou no 2º ano), 2º filho, encontrava-se em casa com outro filho pequeno e o marido que veio merendar e auxiliá-la no banho do bebê e cuidar do outro filho enquanto esta amamentava. A casa era espaçosa, limpa e organizada.

Fez mais de 10 consultas de pré-natal na Unidade de Saúde, com o obstetra que vem atender no município, é hipertensa, teve pré-eclâmpsia e não foi encaminhada para a referência por que *“meu médico já é especialista”*.

Refere que participou de uma reunião do grupo de gestante, cujo tema abordado foram os tipos de parto, *“mas não serviu pra nada, porque eu falei para o médico que queria cesárea e ele falou que era melhor mesmo.”*

O parto particular foi cesariana, previamente agendada, em Hospital pertencente a município sede de outra região de saúde, visto que seu médico residia lá.

### Entrevista 4:

L, 24 anos, 3º filho, parda, casada, embaladora de aves, estudou até a 5ª série do ensino fundamental, encontrava-se acompanhada de seus outros dois filhos, seu pai, o irmão, a cunhada e o sobrinho do qual é *“mãe de leite.”*

Ocorreu uma cena pitoresca nesta entrevista, fui ao endereço indicado pela equipe de saúde, e a entrevistada não se encontrava lá, como no quintal havia várias casas, questionei à vizinha onde ela poderia estar e ela me explicou onde era a casa do seu pai. Dirigi-me até a casa de seu pai e a encontrei com o bebê no colo amamentando e outro no carrinho, exclamei: Não sabia que eram gêmeos! Ela sorriu e respondeu *“Não o meu é aquele lá (e aponta para o carrinho), esse aqui é meu sobrinho, minha cunhada tem pouco leite.”*

Refere ter feito 8 consultas de pré-natal, com o obstetra e 2 enfermeiros, teve sífilis na gestação, diz que nas outras 2 gravidezes também teve e que o médico a tratou, e que dessa vez além dela, o seu marido também foi tratado.

Seu parto foi normal, chegou ao hospital às 21 horas e o bebê nasceu às 22h55min, *“nem deu tempo de cortar por baixo, rasgou, depois deu ponto.”*

Teve alta precoce e retornou para realizar o exame do pezinho, e foi comunicada que o exame de sífilis dela e do bebê havia dado alterado, fizeram uma injeção nela e disseram que o bebê também precisava, porém não deram *“nenhum papel”* para ela, e até hoje, 14 dias após o parto não recebeu a visita domiciliar da equipe de saúde.

#### Entrevista 5:

C, 29 anos, parda, casada, quatro filhos, ensino médio completo. Encontrava-se em casa acompanhada pelos filhos e o marido que havia saído do trabalho para levá-la à unidade, onde iria ser administrada vacina no bebê.

Conta que fez 12 consultas de pré-natal com obstetra, e que ficou internada várias vezes no hospital do município com cólica renal, cerca de três vezes por semana, não foi encaminhada para referência e/ou especialista no assunto.

Com 41 semanas e 4 dias de gestação, seu obstetra a encaminhou para o hospital e induziu o trabalho de parto, que durou das 21:00 às 4:25 hs, conta que teve hemorragia na hora do parto e quando o bebê nasceu havia mecônio (a eliminação de fezes pelo feto indica sofrimento fetal).

#### Entrevista 6:

J, 21 anos, primeira filha, em união estável, ensino médio completo, vendedora. Mora com os sogros. Foi recebida pela sogra, que me pediu para voltar depois, a nora e o filho estavam dormindo porque a *“bebê deu trabalho à noite.”* Retornei cerca de 1 hora depois e fui atendida por J. e o marido.

Contaram-me que foram realizadas cerca de sete consultas de pré-natal na Unidade de Saúde com obstetra, não teve nenhuma intercorrência, seu parto foi cesariana agendada no hospital do município, e foi particular. Questionei se durante o pré-natal teve que pagar alguma coisa ao que ela respondeu *“paguei os exames para sair mais rápido e também as USG, eu ia até sem pedido da médica e fazia só de curiosidade de ver o bebê e se estava tudo bem.”*

Entrevista 7:

T, 24 anos, primeira filha, casada, doméstica, ensino médio completo. Refere ter feito oito consultas de pré-natal, com dois clínicos e uma enfermeira, não foi encaminhada para a referência apesar de ter desenvolvido pré-eclâmpsia. Participou de todas as reuniões do grupo de gestante onde foram abordados temas importantes (nutrição, dengue, amamentação, tipos de parto), conta ainda que *“ganhei um monte de coisa no grupo: enxoval, manta, bolsa, fraldas, álcool e no hospital também ganhei uma bolsa, fraldas, gaze, algodão, sabonete, lencinho umedecido...”*

Foi internada com pressão alta por dois dias, entrou em trabalho de parto, depois foi realizada a cesárea.

Entrevista 8:

S, 31 anos, parda, amasiada, estudou até a 3ª série do ensino fundamental, mãe de sete filhos (idades 13, 10, 9, 7, 5, 3 e o RN), sendo quatro do primeiro casamento, os quais vivem com o pai e a madrasta.

A casa onde moram é de madeira, os móveis são danificados, o marido encontrava-se na varanda trabalhando, a filhinha de três anos estava dormindo no sofá e a outra de cinco anos acompanhou toda a entrevista, ela perguntou para mãe *“você não vai mostrar pra ela o chinelo da Barbie e a minha sandália cheia de brilho?”*, como se quisesse me mostrar alguma coisa bonita no meio de tanta pobreza.

Fez oito consultas de pré-natal com obstetra da unidade, no 5º mês foi diagnosticada com sífilis, ela e o parceiro foram tratados, ia repetir o VDRL na segunda e o bebê nasceu no sábado.

O parto prematuro foi normal, chegou 11 h no hospital e o nascimento foi às 11h25min, o parto foi realizado por uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, os exames de VDRL da mãe e do bebê deram alterados e o bebê está recebendo o tratamento para sífilis congênita com 2 doses injetáveis diárias. A mãe caminha cerca de 10 Km por dia para levá-lo ao hospital onde as injeções são administradas, o tratamento durará 10 dias.

Entrevista 9:

R, 29 anos, branca, em união estável, doméstica, primeira filha, ensino médio completo. Reside na casa da sogra.

Refere ter feito várias consultas de pré-natal com o obstetra que vem atender no município, foi acompanhada pela nutricionista da unidade, participava das reuniões do grupo

de gestantes, onde aprendeu sobre alimentação saudável, amamentação, banho do RN e tipos de parto. Teve pré-eclâmpsia e fazia uso de anti-hipertensivos orais e não foi encaminhada para o pré-natal na referência.

Ao fazer uma USG de rotina, foi constatado pouco líquido e o bebê estava hipoativo, sendo encaminhada para a cesárea de emergência, apresentou sangramento pós-parto, “desmaiou” três vezes e necessitou transfusão de três bolsas de sangue.

Relatou que a equipe já a visitou após o parto, para avaliar o bebê e verificar sua pressão. Disse estar descontente porque permanece muito inchada, *“minha mão tá muito inchada e dói muito!”*. Questionei se ela já havia recebido atendimento médico após a alta e ela informou que sim, e que iria novamente à consulta puerperal no dia seguinte, fiquei mais tranquila, pois ela além de inchada estava muito pálida e com cansaço aos mínimos esforços. Pedi à ACS que me acompanhou até lá que avisasse a enfermeira da equipe sobre o estado de saúde dela.

#### Entrevista 10:

C.B, 28 anos, branca, casada, do lar, 2º filho, ensino médio completo. Reside com o marido e os 2 filhos numa casa espaçosa e organizada.

Relata pré-natal com obstetra na unidade de saúde, e o atendimento também pela enfermeira, ACS, nutricionista, teve pré-eclâmpsia e suspeita de Diabetes gestacional, fez duas consultas na referência para alto risco. Participou de algumas reuniões do grupo de gestantes sobre cuidados com o RN e Zikavírus.

Conta que o parto foi normal, havia feito uma USG no 7º mês e o peso estimado do bebê era 1.800 gramas, e que ele nasceu com 4.165 gramas, achou que *“o médico que fez o parto falou que era muito grande para nascer normal, os pontos foram mal feitos, meu marido viu os pontos abertos, infeccionou... no dia que ele nasceu, tinham nascido nove bebês e não tinha mais berços na enfermaria, o bebê teve que ficar no berçário.”*

A alta foi dois dias depois do parto, num sábado, no domingo o bebê estava irritado e com febre, levaram no hospital que fez o parto e a pediatra constatou fratura na clavícula em decorrência do parto. Foi feito uma imobilização com atadura por alguns dias que já foi retirada após avaliação do ortopedista e a realização de uma nova radiografia.

Entrevista 11:

MR, 23 anos, branca, 2ª filha (foi mãe pela primeira vez aos 14 anos), em união estável, estudou até a 5ª série. Estava com as filhas e o marido em casa, uma casa nova e arrumada.

Fez nove consultas de pré-natal com o obstetra que atende no município, não participou de reuniões de grupo, pois soube de apenas uma que não pode participar. Não houve intercorrências durante a gestação.

O parto foi normal, internou às 4 horas da manhã, recebeu indução, fez exercícios com a bola, rampa, massagem nas costas e banho morno para estimular o trabalho de parto, *“a enfermeira até sentou na cama comigo para me ajudar”*, o bebê nasceu às 14h05min horas e *“o parto foi realizado por uma enfermeira especialista, ela colocou ela para mamar na sala de parto e rapidinho me levaram ela depois que eu fui para o quarto.”*

Entrevista 12:

D, 20 anos, branca, Paraguaia, duas filhas (a primeira de outro relacionamento, tem três anos e está no Paraguai com o pai), *“ajuntada”*, estudou até a 6ª série. Encontrava-se com a RN em casa, o marido estava trabalhando.

Fez o pré-natal na Unidade de Saúde e na referência, pois havia suspeita de *“água na barriga”* do feto durante a gestação. Foi diagnosticado sífilis na primeira e na segunda gestação, sendo que o seu parceiro anterior não realizou o tratamento, ela e o parceiro atual foram tratados com esquemas diferentes, o bebê não adquiriu sífilis congênita.

Seu parto foi normal, internou às 18h20min com 7 cm de dilatação, foi iniciado indução química do trabalho de parto (administração de medicamento endovenoso para acelerar o trabalho de parto) e a ruptura das membranas, o nascimento foi às 19h25min, parto realizado pela equipe de enfermagem e a recepção da RN foi feita pelo pediatra. Houve demora em alojar o bebê, pois estavam *“realizando testes”*. No dia seguinte foi realizada uma USG abdominal da RN e foi descartada a hipótese de *“água na barriga.”*

### 7.3.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O SENTIMENTO DE SER CUIDADA

Analisamos a produção de sentidos com relação a este eixo quando após uma longa conversa, pedíamos que nos contassem do que gostaram e não gostaram no atendimento recebido por elas ou seus bebês durante o pré-natal, parto e pós-parto em todos os pontos de atenção em que foram atendidos, e obtivemos nesta relação dialógica depoimentos muito ricos nos sentidos produzidos, o que pode ser observado na tabela abaixo.

**Tabela 8 - Produção de Sentidos – Relações interpessoais**

<b>Iniciais</b>	<b>Transcrição das narrativas</b>
<i>M</i> 15 anos	<i>Todo mundo tratou eu muito bem lá no hospital, as enfermeira, os médico, as moça da recepção, tudo foi legal.</i>
<i>M. C</i> 18 anos	<i>Todo mundo me tratou bem, pra todo lado, da Clínica da Mulher também, não tenho o que dizer deles. Agora tem umas moça lá em cima, que aquelas moça o negócio é feio! Lá na parte do agendamento, aquelas lá meu fio é ... aquelas muié eu acho que levanta com as carça virada (risos) por que não pode (risos), tem dia que elas tá bem ignorante. Elas não, é uma, as outra são boazinha.</i>
<i>E</i> 36 anos	<i>Pra mim foi tudo bom, muito bom lá no hospital, eles trata bem, o atendimento também é bom, desde o médico até as enfermeira tudo bom... aqui também foi bom, o atendimento foi muito bom. A gente faiz tanto exame né? (risos)</i>
<i>L</i> 24 anos	<i>Eu fiz o pré-natal aqui no postinho aqui em cima aqui com o Dr. .... Era mais a ... enfermeira e o enfermeiro ... Olha eu não tenho nada pra fala não, foi tudo ... eu gostei do pré-natal, atenderam bem no hospital.</i>
<i>C</i> 29 anos	<i>Eu só acho que deveria ter mais ética as pessoas que trabalha na saúde. Quando eu fui no posto e fiz o teste de gravidez, eu fui pra casa pensativa porque eu já tinha três filhos ... e quando meu marido chegou pra almoçar ele já sabia, como é que pode? Eu ensaiando um jeito pra falar pra ele ... uma moça do posto foi na casa da minha sogra e falou pra ela e a coitada foi perguntar pra ele se eu tava feliz e ele sem saber de nada!</i>
<i>J</i> 21 anos	<i>Ah eu gostei. Não esperava não, eu pensei que não ia ser desse jeito. Não teve o que eu não gostei, sabe. Eu pensei, tipo assim, a gente fala, aqui na minha cidade né? Ai eu pensei que ia ser mais um atendimento normal, gostei bastante.</i>
<i>T</i> 24 anos	<i>Desde quando eu engravidei, o pré-natal foi bom, eles explica bastante coisa pra gente, também ganhamos bastante coisa... (risos). É do pré-natal, os brindes. Os médicos também daqui o Dr... foi bom pra atendê, o que precisava ele atendia no consultório dele ou aqui também ... agora do hospital lá só essa médica, o Dr... foi bom e as enfermeira lá também, atendeu muito bem.</i>
<i>S</i> 31 anos	<i>Ah eu vou falar a verdade procê, eu não tenho que reclamar de nada nem daqui, do atendimento aqui, nem de lá.</i>
<i>R</i> 29 anos	<i>Até assim eu gostei tudo, eu só não tô gostando é da minha mão, que tá muito inchada e dói, mais fora isso eu faria tudo de novo.</i>
<i>M. R</i> 23 anos	<i>Só o médico daqui mesmo que é meio secão né, ele não dá oportunidade da gente falar né, perguntar alguma coisa.</i>
<i>D</i> 20 anos	<i>Na parte boa, foi quando ela sarou, essa foi a melhor parte (risos)! Quando descobriu que não tinha mais nada, porque o Dr. falou que talvez ela nem nascesse e se nascesse podia falecer.</i>

FONTE: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Apesar de todas as situações que pelas narrativas demonstram sérios problemas no acolhimento, estratificação de risco, iatrogênese estrutural e iatrogenia, humanização do trabalho de parto e do parto, bem como na atenção ao puerpério, podemos observar pelas narrativas, que as entrevistadas, de uma maneira geral ficaram satisfeitas com o atendimento recebido em todos os pontos de atenção.

Destacamos o desabafo de C (29 anos), da qual tiraram o direito de contar ao marido que esperava o quarto filho, visto que uma das profissionais de saúde que lhe atendeu revelou para sua sogra sobre a gravidez, o que demonstra sérios problemas com relação ao sigilo e a ética profissionais.

Já MR (23 anos) queixa-se da falta de abertura do profissional médico para sanar suas dúvidas. Enquanto MC (18 anos) demonstra sua insatisfação com uma profissional de apoio pelo mau atendimento recebido no setor de agendamento.

Uma das narrativas mais gritantes foi de D (20 anos), que passou quase toda a gestação com medo que sua filha morresse ainda no ventre ou logo após o nascimento, visto que seu médico disse que o feto tinha “água na barriga” e não a orientou adequadamente sobre qual o provável diagnóstico, ou se isso poderia estar relacionado ao fato da mesma ser portadora de Sífilis terciária. Tanto que ela só se lembrou de me falar que tratou esta doença na gestação, quando ao final da entrevista avaliamos sua carteirinha de pré-natal e observamos a evolução médica sobre o diagnóstico e tratamento.

Com relação ao acolhimento Teixeira (2001, p. 8) enfatiza que as soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária nas Unidades de Saúde da Família, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso) que tendem a esvaziar-se de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma “velha” atividade.

Para que não sejamos reducionistas e/ou maniqueístas de rotularmos os profissionais de descomprometidos e as pacientes de coitadinhas, recorreremos novamente ao artigo de Teixeira (2001, p. 13-14), que ao avaliar o acolhimento num serviço de saúde, sintetiza quais são as disposições “morais” e “cognitivas” adequadas ao acolhimento dialogado (rede de conversações), onde afirma que devemos reconhecer o outro como legítimo outro e cada um como insuficiente, visto que todo sentido dessa relação dialógica é fabricado pelo conjunto de saberes presentes.

**Tabela 9 - Produção de Sentidos – (Des) Informação**

Iniciais	Transcrição das narrativas
<p><i>M</i> 15 anos</p>	<p><i>Só teve uma vez lá em ....., elas tinha marcado consulta pra mim lá no alto risco, elas disseram que minha consulta tinha ficado para segunda feira, aí eu fui na segunda, aí quando eu fui ver minha consulta era para terça, daí eu perdi, senão já era pra mim ter feito. Eu ia ter que ir terça-feira no alto risco...mais daí eu nem consultei com ele, ele ia me consultar, daí ele já me internou. A gente foi lá, foi só que eu comecei a dar dor, aí eu tive que sair de lá para ir no hospital.</i></p> <p><i>Teste de HIV fez, o de sífilis não, os testes da neném fizeram quase todos, menos o do olhinho e da orelhinha, eu tô com os papel aí para ir nas menina da saúde e marcar. O teste que deu alterado dela foi o da “patite”, ela ficou amarela e teve que fica no banho de luz ... Não era icterícia? Não o médico falou que era “patite” mesmo. Não deram nenhuma cartinha, nem receita desse negócio da “patite”, o pediatra só falou pra dá banho de sol antes das dez hora.</i></p>
<p><i>M. C</i> 18 anos</p>	<p><i>Conseguiu tudo rapidinho as coisa, as consulta com o especialista, o leite ... o leite eu achei que não ia consegui, conseguiu. Por que teve que tomar outro leite, não pegou o peito? Não, aí porque eu fiquei internada, daí eu tomei muito antibiótico ... então ela só tá mamando Aptamil na chuquinha.</i></p>
<p><i>E</i> 36 anos</p>	<p><i>Teve uma vez que eu fui em uma reunião, sobre parto normal e cesárea. Desde a primeira vez que eu fui lá eu já falei para o médico: Ah doutor eu não quero normal, quero cesárea, daí ele falou: Você pensa e vê ... daí eles exprica né, do risco que tem, que normal é mais bom, mais eu não né (risos), eu sempre quis cesárea, tenho medo de parto normal, daí ele falou: então se é o que você quer né... aí fiz cesárea mesmo, daí graças a Deus foi tudo bem.</i></p> <p><i>Antes não, eu não fui lá no hospital não, eu só liguei pra lá perguntando certinho que o médico deu o telefone né, mas lá mesmo eu não fui não, lá eu só fui no dia.</i></p> <p><i>Lá no hospital eles fizeram teste de HIV e Sífilis? Não lá não, eu fiz aqui, fiz tudo aqui ... hepatite todos os testes. Eles não falaram se fez o teste do coraçãozinho, fez do pezinho, do olho, do ouvido, aí as outras coisa o pediatra passa no quarto falando se tá tudo bem, porque eles examina né, os pediatra.</i></p> <p><i>O parto você pagou ou fez pelo SUS? Não lá é pago, aqui ele vem atende pela prefeitura né, pelo SUS, aí ele atendia, daí lá ele fazia particular, lá é pago, porque aqui não faiz mais nada de parto aqui em ....., vai lá e paga, tudo particular.</i></p>
<p><i>L</i> 24 anos</p>	<p><i>Lá no serviço tinha grupo de gestante, eu participei lá, foi sobre como você amamenta né, quando eles vão comer, pra quando eles tão na fase de comer com 4 mês né que eles fala.</i></p> <p><i>Foi bem, não foi muito não né, porque eu tenho tipo uma, como é que eu posso fala? Tenho tipo duma virose no sangue, daí eu tenho que fazer tratamento para não passa pro neném, ele é .... como é que é o nome dela? Aquela VDRL, tipo uma ... que é no sangue e eu tenho desde a primeira vez que eu fiquei grávida.</i></p> <p><i>O do olhinho eu vo te que marca de novo, o da orelhinha eu também acho que eu vo te que marcar ainda, eles me deram o papelzinho.</i></p>
<p><i>C</i> 29 anos</p>	<p><i>Eu precisei ir no cardiologista por causa de uma falta de ar tava me dando, daí o Dr. Falou que era bom eu dar uma passadinha no cardiologista, e ele falou que era da gravidez mesmo, era um período, ele falo assim ó não deu nada nos exames tá tudo certinho, então é por causa dos hormônios que estão alterados. Não fez nenhuma cartinha pros médico daqui, só olhou o eletro.</i></p>

<p><i>J</i> 21 anos</p>	<p>Quando você internou ali no hospital, fizeram teste de HIV em você? <i>Nossa, num sei, heim?</i> De furar o dedinho assim? <i>O do dedo num foi furado não. E o teste de sífilis? Nossa eu não sei, tiraram sangue, eu não sei se fizeram lá depois, não falaram não. O teste do pezinho fizeram. E do coraçãozinho dela? Huum, eu acho que não. E o teste do olhinho, falaram com você? Do olhinho sim. Da orelhinha? Fez em Cianorte.</i></p> <p><i>Não, não, é que eu queria cesária e aí eu já paguei. Foi cesária e com data marcada. Mas o pré-natal foi tudo pelo Posto.</i></p> <p><i>Não, ela ainda não pegou o peito, eu tinha leite, mas ela não pegava. Lá no hospital ajudaram, tentaram, mas ela é muito nervosa, ela não pegava, ela ficava... chegava a ficar até roxa. Só quando veio em casa que eu comecei dar mamadeira com Aptamil.</i></p> <p><i>Eu acho que... eu fazia no posto mais alguns exames eu pagava sim, eu pagava sempre, quase tudo. A gente ia no Posto, aí, tipo assim, aí tem alguns que eles ... que é pelo SUS né e os outros eu pagava. Os ultrassons todos eu paguei. Ah, eu devo ter feito... Acho que eu fiz uns cinco, eu fiz alguns por conta também. Quando dava curiosidade eu ia lá e fazia (risos). É, porque eu tentei e não conseguia ver o sexo, nas primeiras vezes, não conseguia ver que era ela sabe, aí eu fui por conta... (risos).</i></p>
<p><i>T</i> 24 anos</p>	<p><i>Ah, de todas as reuniões de gestante eu participei, as oito. Em toda a consulta tinha... Tinha os grupo. Tinha o de nutrição acho que é... hummm, da dengue também teve, eu não lembro mais não... Sobre amamentação também ... mais não lembro mais de nada!</i></p>
<p><i>S</i> 31 anos</p>	<p><i>Não sei se deram injeção no meu filho no hospital, que eu saiba não. Sei que tiraram um líquido assim (mostra a coluna), acho que fizeram raio X dele, por que a enfermeira chegou e pegou ele e falou que ia pra fazer raio X...</i></p> <p><i>Ah ele nasceu sábado, eu sei que a injeção dele acaba dia nove. Certo. tá na ... tá até aqui, deixa eu mostrar procê... É, uma cedo e uma à noite. Ó procê vê aqui, termina dia nove a injeção dele... E eu to indo tudo certinho, não perdi nenhuma...</i></p> <p><i>Eu dou os dois, o peito e a chuquinha, ele não larga não, porque eu dou os dois, né! A noite mesmo ele só pega o peito. E durante o dia assim quando eu saio pra rua, aí eu dou um pouco a chuquinha, daqui uns dias já larga a chuquinha e fica só no peito, né?</i></p>
<p><i>R</i> 29 anos</p>	<p><i>Comecei participar do grupo de gestante no terceiro mês, daí fui até o fim ... participei sobre alimentação da mãe e do bebê, amamentação né ...</i></p> <p><i>Eu tô com anemia, tive que tomar 3 bolsas de sangue lá no hospital, será que era por que eu fazia regime antes? Mais depois eu tinha parado! Tomei sulfato ferroso até o fim.</i></p> <p><i>Ela não pegou o peito, ela chorava muito, esperneava, pensa numa menininha nervosa (risos), daí me falaram de dar no copinho e ir tentando, até falaram pra mim de dar pra mamar em outra pessoa, mais também nem nos outros não quer pegar mais ... Não agora eu parei, as menina do posto falou que não podia, mais ela não pega mais.</i></p>
<p><i>C.B</i> 28 anos</p>	<p><i>Eu sabia que ia nasce naquele hospital, mais não falaram nada de ir lá conhecer, também eu já conhecia, eu ganhei minha menina lá.</i></p>

<p><i>M.R</i> 23 anos</p>	<p><i>Nunca fui em nenhuma reunião, eu fiquei sabendo só de uma, elas me convidaram mais eu não fui.</i></p> <p><i>Eu fiquei sozinha, por que eu não tinha nenhuma mulher pra me acompanhar, na hora do parto eu fiquei sabendo depois, que o meu marido podia entrar, mais só depois, ninguém tinha falado nada.</i></p>
<p><i>D</i> 20 anos</p>	<p><i>Três vezes eu fiz ali e depois eu fui lá no centro, por que ela tava com água na barriga, tava dentro dela a água, mais daí ela nasceu acabou a água.</i></p> <p><i>Me chamaram para uma reunião com o médico e a psicóloga, me chamaram mais eu não fui.</i></p> <p><i>Só fui conhecer o hospital na hora que ia nascer, mais eu sabia que era lá que eu ia ganhar.</i></p> <p><i>Não, ela tá tomando leite, é que no começo quebrou toda a ponta, saía sangue, daí eu tô dando o leite quando eu vejo que ela mama e não sustenta, daí eu dou na chuquinha 30 ml só, eu dou o nestogeno.</i></p> <p><i>Esqueci de falar eu tive Sífilis, da outra vez que fiquei grávida lá no Paraguai eu também tive, daí tomei injeção, mais o pai dela, meu ex marido, tinha medo e não tomou. Dessa vez eu tive que tomar duas injeções de cada vez, uma em cada nádega, três semanas seguidas, foram 6. Meu marido tomou também, só que ele tomou só duas uma vez só, do jeito que o médico pediu.</i></p>

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Com relação às informações recebidas individualmente ou em grupo, a produção de sentidos das narrativas demonstra o quão desinformadas estão as mulheres paranaenses residentes nos municípios da 13ª Regional de Saúde.

Desinformação esta, muitas vezes intencional, visto que alguns profissionais, por interesse econômico induzem as mesmas de que o parto cesáreo com dia e hora marcados é o melhor para mãe e filho.

Há muita desinformação também quanto aos direitos da mulher, direito de conhecer o hospital onde vai parir, direito de ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

As equipes, pelas narrativas, não valorizam a necessidade de agendar uma visita guiada ao hospital ao qual as gestantes estão vinculadas, onde estas teriam a oportunidade de tirar dúvidas e ter conhecimento se naquele estabelecimento a lei do acompanhante é cumprida total ou parcialmente.

Em decorrência desta desvalorização pela equipe, as mulheres não são empoderadas para reivindicar seus direitos, e inclusive quando questionadas se visitaram o hospital onde iriam ter seus filhos, muitas riam e afirmavam que já “conheciam” o hospital, demonstrando total desconhecimento da importância desta prática.

Já por parte dos hospitais, este desconhecimento e passividade das mulheres, os deixam confortáveis no descumprimento da lei. Algumas instituições só liberam acompanhante após o parto, e algumas mulheres não conseguem nem desfrutar deste direito, visto muitas vezes como “favor”, uma vez que só ficam sabendo que poderão ter o acompanhante de “sua preferência” (desde que seja do sexo feminino) quando já estão no hospital, não havendo possibilidade de um planejamento prévio.

No tocante às práticas educativas, vimos uma dificuldade das equipes em cativar as mulheres a participarem, algumas referem a participação nas reuniões no grupo com vistas ao recebimento de lanches e brindes, outras até nem se lembram mais dos temas abordados nas reuniões que participaram.

Podemos inferir que talvez a abordagem metodológica não seja adequada ao público, não sendo utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem e não considerando o que os sujeitos já conhecem do tema abordado e que aprendemos com sucessivas aproximações ao objeto. Modelo que desconsidera o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo e seus saberes. Outras não são informadas sobre os grupos.

Na narrativa de L (24 anos) podemos perceber que as empresas que oferecem as reuniões para os grupos de gestantes colaboradoras, o fazem na visão do capitalismo. A mesma refere que ensinaram como desmamar e alimentar o bebê após o quarto mês de vida, o que vai contra o preconizado pela OMS e o MS, que recomendam aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até pelo menos os dois anos de vida. Desta maneira, incentivam o consumo de leite artificial, inclusive para aquelas que poderiam e desejam fazê-lo de forma natural.

As mulheres não são orientadas quanto aos seus direitos e não há pressão destas, nem dos órgãos representativos das trabalhadoras, para que as empresas ofereçam horários flexíveis para as mães que amamentam e/ou tenham infraestrutura adequada para montar salas de amamentação nas dependências das empresas. Vimos novamente que não conhecer direitos deixam as mulheres à mercê do sistema econômico que as vêem apenas como força de trabalho, e ainda, alijam o direito das crianças.

As práticas educativas sobre aleitamento materno parecem não surtir efeito, visto o número de entrevistadas já em aleitamento artificial ou misto, inclusive vimos receitas de pediatras feitas em gráfica já prescrevendo fórmulas infantis indiscriminadamente.

Outro fato que demonstra a falta de informação sobre o aleitamento materno é o aleitamento cruzado, situação que uma mãe amamenta o bebê de outra o expondo ao risco de contrair doenças que podem ser transmitidas através do leite materno, como é o caso do HIV.

Desinformação temerária também por parte dos hospitais, no tocante à realização de exames de triagem para HIV e Sífilis no pré parto, alguns não estão realizando e outros não estão obtendo o consentimento informado para a realização destas testagens, tanto que quando questionadas sobre o assunto muitas afirmam que fizeram no pré-natal, mais não foram informadas se foi realizado no hospital. Tal conhecimento sobre a condição sorológica da mulher destes dois agravos é condição sine qua non para a conduta médica adequada, evitando assim que a criança adquira estes agravos.

Outra situação gritante é a não realização de todos os exames de triagem neonatal (exames do pezinho, olhinho, orelhinha, coraçãozinho e linguinha) que a criança tem direito nos 2 primeiros dias após o parto. Salientamos que a não realização e ou realização inadequada desta triagem neonatal pode deixar seqüelas graves nos bebês e/ou levá-los à morte dependendo do agravo não diagnosticado e tratado em tempo hábil.

Na rotina dos serviços, as equipes acabam se esquecendo do principal, de informar a mulher de todos os testes diagnósticos que são realizados, para que servem, quais os

resultados e o significado dos mesmos, bem como se algum teste não foi realizado no hospital, onde será realizado (local, data e horário).

**Tabela 10** - Produção de Sentidos – Iatrogenia e iatrogênese estrutural

Iniciais	Transcrição das narrativas
<p><i>M</i> 15 anos</p>	<p><i>Eu fazia o pré-natal lá em .... com o Dr. ...., eu tinha UNIMED, até os 6 meis, ele ia fazer minha cesária lá, mais daí com 7 meis eu não tinha mais o plano, daí tinha que marca lá no postinho. Depois eu mudei pra cá e fiquei nesse outro médico do postinho, ele tamém falou que se eu ainda tivesse a carteirinha ele ia fazer minha cesária, como eu não tinha, daí as moça marcô pra mim no alto risco.</i></p> <p><i>Só teve uma vez lá em ...., elas tinha marcado consulta pra mim lá no alto risco, elas disseram que minha consulta tinha ficado para segunda feira, aí eu fui na segunda, aí quando eu fui ver minha consulta era para terça, daí eu perdi, senão já era pra mim ter feito. Eu ia ter que ir terça-feira no alto risco...mais daí eu nem consultei com ele, ele ia me consultar, daí ele já me internou. A gente foi lá, foi só que eu comecei a dar dor, aí eu tive que sair de lá para ir no hospital.</i></p> <p><i>O trabalho de parto foi bom, assim com dor e tal, muita dor (risos), sofri demais, fiquei de 9 horas até 5 pras dez da noite, mais o coraçãozinho do bebê tudo normal. Mais agora depois do parto, eu vou fazer o cocô e a “morróida” sai pra fora. Eu vou amanhã mostrar pro médico daqui, porque ninguém tinha vindo aqui em casa ainda.</i></p>
<p><i>M.C</i> 18 anos</p>	<p><i>Você participava das reuniões do grupo de gestante? Não porque eu não podia ir, porque eu passava mal. O que você sentia? Eu ficava perto dos outros me dava ânsia, aquele negócio que fala é ... quando tem muita gente fica agoniada e passa mal...síndrome do pânico. Quando tem um monte de gente eu começo a passar mal.</i></p> <p><i>Você consegue me explicar o que você sente quando está em um lugar cheio de gente? Não era por causa da gravidez, é porque me dava enjojo ... porque tem pessoa que vai sem tomar banho ... fedidinho sabe! (risos) ....até a última vez que eu fui, eu tive que sentar lá na frente.</i></p> <p><i>Você sabia em qual hospital ela ia nascer? Sabia, já tinha marcado, no começo não, mais depois resolvi fazer aqui, marquei o dia que ia nascer. Eu fiz o pré-natal no posto, com o dono do hospital, daí a cesárea nós pagamos a metade e a prefeitura pagou o resto. Meu parto é aquele seco né, não estourou bolsa nem nada, o médico achou que não ia ganhar normal.</i></p> <p><i>A pressão começou subir muito... 16/12. E quando começou a subir sua pressão, eles encaminharam você para Cianorte? Não, internou aqui mesmo, fiquei lá 5 dias depois que eu ganhei neném. Depois que você ganhou neném que a sua pressão subiu? Foi, não... antes também subiu, aí o médico ficou com medo também né, contando tudo eu fiquei 9 dias no hospital.</i></p> <p><i>O médico falou com você sobre o parto? O médico falou no começo, eles falaram pra mim que era melhor o parto normal, mais depois ele falou que não me aconselhava mais por causa da pressão... Podia dar aquele negócio lá.... eclâmpsia, daí ele ficou com medo.</i></p> <p><i>E agora depois do parto você teve alguma coisa diferente? Só os dia que eu fiquei lá, que falaram que era aquele negócio de depressão pós- parto, mais agora que eu tô aqui em casa não. Me conte como você se sentia: Sei lá, me dava vontade de chorar, eu chorava, me sentia sozinha, tinha medo de ficar sozinha no quarto.</i></p>

	<p>Lá no hospital, quando você internou fizeram o teste de HIV e Sífilis em você? <i>Fez, que dizê fez antes, no posto...</i> E os testes do bebê? <i>O do coraçãozinho fez lá em ... quando foi no especialista, o da orelhinha não fez ainda não, diz que a fono tá de licença maternidade. Mas eles encaminharam para fazer em outro lugar? Não, nós tamo esperando eles falar onde vai fazer o da orelhinha dela. O do pezinho ela fez hoje de novo, o do olho não fez também, diz que lá não faz. O do pezinho teve que repetir hoje por que deu alterado? Não é por que as moça falou que no hospital as enfermeira tinha mandado poco sangue e num deu pra diagnosticar nada. É por que diz que vai pra Curitiba e parece que no dia 2 de dezembro tá pronto.</i></p> <p><i>No hospital trataram bem, foi tudo bem .... só uma coisa que eu vô fala mesmo, no hospital devia ter tipo uma pessoa que vai na cozinha, por que a comida é puro sal, e eu com a pressão alta ainda, meu Deus do céu .... os cinco dia que eu fiquei lá num pude cumê, perdi 11 quilo. Ah Nutricionista, naquele hospital precisa viu... eu ia cumê, e a pessoa com pressão alta não pode né, e a muié chegava assim trazia ... acho que a muié fazia com pressa a comida, eu ainda falei meu Deus do céu, um hospital que faz comida pra doente, operado, tudo salgado.</i></p>
E 36 anos	<p><i>Graças a Deus não tive nada ... eu tava inchando demais, a pressão subiu um pouquinho só, num foi muito não, que a minha pressão já é altinha mesmo, mas graças a Deus deu pra ...</i></p> <p><i>Foi marcado, porque foi cesárea né, ele marcou o dia, 6 hora da tarde ele ia fazê, daí eu internei mais cedo umas 3 horas, até 11 horas só eu almocei depois fiquei de jejum, ele falou você come e toma água e depois mais nada. Daí lá eles só me deram a roupa lá, perguntaram se eu tava de jejum e eu fiquei lá esperando, não precisou fazer nada, ele já tinha falado e eu raspei em casa, eu falei que já tava tudo certo. 6 horas eu fui pra sala e fiz, foi tudo bem também, graças a Deus, o atendimento é bom, gostei.</i></p>
L 24 anos	<p><i>Eu tratei toda vez e meu marido tomo também dessa vez, nós tomemo os dois, daí no dia que eu ganhei ele eu tive que toma outra lá no hospital, porque aqui eu fiz o tratamento e o médico falo que eu tinha sarado, só que eu cheguei lá fez de novo o teste rápido e deu de novo, aí eu tive que toma de novo a injeção lá, aí ele não tomo não, ele só tomo os dias que eu tomei aqui.</i></p> <p><i>Não durante os dias que nós fiquêmo lá eles só ficaram tirando sangue dele só, tiraro 3 vez sangue dele. E não falaram se tava fazeno injeção nele não, eles não falava pra que era não, eles só chegava e tirava sangue dele.</i></p>
C 29 anos	<p><i>Eu tive bastante cólica nos rins, aí o médico quando eu fiz a ultrasson dos rins, ele não sabia falar pra mim, se o sangramento que eu tive na urina era porque eu tinha alguma pedra no ureteres, ou se era porque ela tava comprimindo lá e tava me machucando, ele ficou na dúvida, daí ela nasceu e agora parou. Eu internava aqui mesmo no hospital da cidade, ficava lá em observação tomando soro e medicação e depois vinha embora, umas 3 a 4 vezes por semana, fiquei vários dias assim, umas 3 semanas, até dia de natal (risos) invés de ganhar uma pedra preciosa no natal eu ganhei foi uma pedra nos rins</i></p>
T 24 anos	<p><i>Pensei que ia nascer aqui em ... que é pertinho, porque eu tinha pré-eclâmpsia, daí eu tinha que ir lá em Cianorte, fazer lá o parto. Não me mandaram pra outro lugar fazer o pré-natal, Só fiz aqui com o Dr... e depois me mandaram pra Cianorte, pra ganhar lá. Não precisei internar antes não, é que ele dava o remédio, né, daí eu tomava o remédio.</i></p> <p><i>Quando eu internei dia 14, eu tava com a pressão alta 14 por 8. Eu entrei dia 14 lá. Daí ficaram controlando minha pressão. Tava normal daí, por isso que eles fez a cesárea dia 16.</i></p>

S 31 anos	<p><i>Ah eu tava de cinco meses quando descobriu a Sífilis, cinco pra seis meses. O Dr... até tratou, deu ... passou benzetacil pra mim e pro meu esposo. Nós tomou quatro cada um, cada vez era duas. Eu fiz exame depois, ele pediu mas daí tinha baixado, já tinha ... mais tava mais controlado, daí inclusive eu fiz pré-natal na quarta-feira e ele pediu pra eu fazer um exame, eu ia fazer segunda feira, tava marcado, aí ele nasceu no sábado... aí fizeram lá no hospital. E daí no hospital deu alterado, o dele deu maior que o meu ainda. Deram injeção em mim de novo no hospital, eles deram a receita pra mim e meu marido tomar aqui, ainda não tomamo, nós tamo indo vê ainda, porque eu conversei com o médico ontem, daí ele mandou voltar hoje depois do almoço lá que ele tem que dar né, que eu vou tratar aqui, daí tem que ser a receita dele.</i></p>
R 29 anos	<p><i>Só ia pra Cianorte fazer as ultrassom. No final a pressão subiu, mais não cheguei ficar internada não, ele passou uns remedinho ... daí ficou assim 14/9, 14/10 e depois voltou ao normal, fiquei bem inchada, tô até agora né (e mostra as mãos).</i></p> <p><i>Ela pesou 4,3 Kg, era enorme, não tentou parto normal porque eu fui fazer uma ultrassom e ele falou que ela não tava se mexendo muito, é os movimento tava ficando coiso e o líquido tava secano, assim ele falou né ... daí já encaminhou pra daí em duas horas já fazê a cesárea.</i></p> <p><i>Nesse dia a pressão tava boa, só depois quando acabou a cirurgia e ficou esperando levar pro quarto daí a pressão caiu demais e não conseguia controlar, demorou. Na hora que as meninas buscaram eu na sala de cirurgia, eu escutei elas falar que eu tinha sangrado demais, daí lá no quarto no outro dia, depois que passou a anestesia que eu fui tomar banho, eu desmaiei ... desmaiei três vez, daí ele passou 3 bolsa de sangue pra mim tomar.</i></p>
C.B 28 anos	<p><i>A enfermeira, a ..... (ACS) e o Dr. .... né. É eu passei na nutricionista né porque deu uma alteração no sangue, a diabete que deu alteração, a enfermeira ... passou eu com o Dr. .... da referência 2 vezes, eu ia a terceira mais daí eu ganhei neném. Eu fui lá por causa da diabete e a pressão alta, mais agora baixou tudo, eu fui lá mais não mandaram nenhuma cartinha pro meu médico daqui.</i></p> <p><i>Ao nascer né que o médico puxou para ajudar, aí deslocou né quebrou o osso ... ela falou que foi o osso né, por que eu fiz o Raio X essa semana né. Nasceu dia 13 de janeiro umas nove meia da noite eu cheguei no hospital e ele nasceu dez pra meia noite, foi parto normal e ele era muito grande. Na terceira noite que eu fiquei lá ele já começou ficar chatinho, chorão e eu achava que era cólica, daí passava um pouco e ele chorava de novo. Daí sábado dia 16 eu tive alta e em casa ele começou ficar chorão e dar febre 37,5, 38... Daí no domingo eu levei ele, a Dra. examinou e já viu, ela falou que ia fazer Raio X, mais daí acabou nem fazendo, pediu exame de sangue e de urina, aí o de urina ele não fazia no saquinho, aí fez só o de sangue. Daí ela enfaixou ele, daí eu levei no ortopedista e ele falou para deixar até o dia 31, daí eu tirei e ontem eu fiz o raio x e ele falou que não precisava mais, que ficou um pouco estufadinho, mais ele falou que era normal.</i></p>

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Ao definirmos esta categoria de Iatrogenia e/ou Iatrogênese estrutural, o fizemos no reconhecimento de que as práticas médicas caminharam na direção da "expropriação da saúde", expropriação está bem sinalizada por Illich (1975) apud Serruya, Lago e Cecatti (2004) que, partindo do conceito de doença iatrogênica como as que englobam todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos, que pontuam que prática médica expropriadora são percebidas em acontecimentos deflagrados historicamente em seus diferentes aspectos, clínico, social e estrutural, apontando de que maneira a saúde torna-se um produto de consumo e a medicalização uma constante norma da vida e da morte.

Os autores reforçam que a possibilidade de interferir concretamente na vida pública e privada da sociedade foi estabelecida em espaços, tempos e contextos sociais diferentes, cuja materialização se dá através de um poder que pressupõe um saber, e o saber concentrado no médico é o que gera a assimetria na relação com as usuárias, que se colocam numa posição de inferioridade. (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004)

A riqueza dos sentidos produzidos por essas narrativas evidenciam práticas deliberadas de iatrogênese estrutural e iatrogenia. Percebemos que alguns profissionais inclusive privam as mulheres do encaminhamento para a referência ao pré-natal de risco, quando percebem que a família pode custear total ou parcialmente o parto cesáreo, expondo mãe e filho ao risco, visto que alguns partos foram realizados em hospitais sem a retaguarda (recursos humanos e tecnológicos) necessária para garantir a vida da mãe e do bebê em caso de complicações.

Tal situação é de conhecimento das equipes, o que pode ser observado nas falas de alguns profissionais da APS entrevistados, já transcritas anteriormente:

*“Porque algumas pagam particular e acabam ganhando neném em hospitais que cobram mais barato, correndo todos os riscos.”* (A. médico da APS)

*“Algumas fazem pré-natal na UBS e o parto realiza particular em outro hospital devido ao preço mais acessível. Porém a maioria realiza pelo SUS na referência.”* (S. enfermeira da APS)

*“Uma parte de nossas gestantes ainda realizam o parto aqui no município mesmo, elas pagam, ou a prefeitura paga tudo ou uma parte.”* (M, enfermeira da APS)

Uma das narrativas que explicitam tal prática profissional degradante ocorreu com M. de apenas 15 anos, que era atendida por um profissional médico, que apenas a encaminhou

para a referência quando ela perdeu o direito ao plano de saúde. Para piorar a situação, foi informada da data errada da consulta, e perdeu a viagem.

M. mudou de município e o outro médico solicitou novamente seu encaminhamento para o pré-natal de risco, tarde demais, quando chegou à referência foi encaminhada direto para o hospital, pois já estava em trabalho de parto.

Ambos, apesar de atenderem pelo SUS em hospitais sem as condições necessárias para este tipo de parto, afirmaram que se a mesma ainda tivesse o plano de saúde, iriam fazer sua cesárea, o que soou para aquela menina como uma penalização nesta relação assimétrica de poder.

Também as prefeituras municipais ao custear, total ou parcialmente, o parto cesáreo em local inadequado e sem os recursos necessários, incorrem em um verdadeiro crime contra a saúde pública, pois todos os gestores da nossa regional são signatários e assinaram o termo de adesão à Rede Mãe Paranaense, onde se comprometem à encaminhar os partos ao hospital de referência da Rede Mãe Paranaense, além de vários outros compromissos, o que pode ser observado na entrevista abaixo:

*“Algumas cidades não encaminham para o alto risco, só encaminham quando a paciente apresenta complicações ou quando necessitam de exames como ultrassonografia, então os municípios passam a responsabilidade para o hospital que não tem como resolver a falta de recursos destes municípios. O comprometimento dos profissionais da atenção primária nem sempre está adequado por despreparo para tal atendimento, incluindo aqui profissionais, estrutura física e principalmente atos políticos que visam tão somente a composição pública dos gerenciadores... (N. médico de hospital)*

Também podemos perceber o descontentamento da enfermeira D, com toda iatrogenia e iatrogênese estrutural a que são submetidos o binômio mãe-filho, quando questionada sobre as dificuldades na implementação da RMP em sua instituição hospitalar:

*“Falta tudo... a falta de UTI neonatal dificulta a sobrevivência do RN... sem estrutura física para realizar parto humanizado. Falta de funcionários em determinados horários para prestar atendimento qualificado. Falta de pessoas qualificadas para ajudar no aleitamento materno. Falta de pediatra no momento do parto e de enfermeiro obstetris para prestar atendimento por 24 horas. Falta de orientação das gestantes durante o pré-natal sobre parto natural, aleitamento materno, higiene corporal e higiene do bebê e de orientação dos acompanhantes no momento e na evolução do parto. Médicos que realizam Cesária sem permitir que a gestante entre em trabalho de parto facilitando a ocorrência de insuficiência respiratória dos RNs. Falta de treinamentos (capacitação dos enfermeiros pela rede mãe paranaense) no atendimento ao recém-nascido e capacitar pediatras também. (D. enfermeira de hospital)*

Outra situação de iatrogenia, reforçada por iatrogênese estrutural, aconteceu com C.B, a mesma chegou a tempo na referência ambulatorial com quadro de pré-eclâmpsia e suspeita de Diabetes gestacional, foi acompanhada, controlou a pressão e a glicemia, apesar de não enviarem nenhuma “cartinha” para o médico do município que fazia seu pré-natal compartilhado com a referência.

No momento do parto (sem a presença do pediatra) houve um tocotraumatismo, o bebê era grande e fraturou a clavícula no desprendimento, e o médico ainda culpabilizou a mãe, pois sua última USG tinha sido há muito tempo, como se ela tivesse governabilidade sobre isso.

Ela ficou no hospital por cerca de 48 horas após o parto e não foi comunicada sobre o ocorrido com o bebê, nem pelo obstetra, pediatra ou qualquer outro membro da equipe. Só quando o mesmo teve febre e ficou muito irritado em casa, ela retornou para o hospital e a pediatra de plantão diagnosticou a fratura.

*Ela queixa-se “Lá foi tudo bem, aqui também, **agora do que eu não gostei, foi do médico não dizer pra mim né, domingo quando eu fui lá, o enfermeiro que participou do parto falou né, “a gente tinha comentado”, né os dois, “que podia ter acontecido”, mais não falou pra mim né ... e examinar né o pediatra lá no hospital, por que o médico pediatra só foi lá e deu a receita e não falou nada, nem ele sabia disso aí.”[...] “o médico que fez o parto falou que era muito grande para nascer normal, os pontos foram mal feitos, meu marido viu os pontos abertos, infeccionou... no dia que ele nasceu, tinham nascido 9 bebês e não tinha mais berços na enfermaria, o bebê teve que ficar no berçário.”***

E nós nos perguntamos: Um bom exame físico da gestante não seria suficiente para diagnosticar que o bebê era muito grande? Por que não há pediatras em todos os partos? Qual a qualidade da avaliação do bebê nas primeiras horas de vida, onde uma fratura em decorrência do parto é negligenciada ou escondida da família?

**Tabela 11** - Produção de Sentidos – Humanização do trabalho de parto e parto

Iniciais	Transcrição das narrativas
<i>M</i> 15 anos	<i>O trabalho de parto foi bom, assim com dor e tal, muita dor (risos), sofri demais, fiquei de 9 horas até 5 pras dez da noite, mais o coraçõzinho do bebê tudo normal.</i>
<i>L</i> 24 anos	<i>Meu parto foi rapidinho, eu cheguei lá acho que era umas 9 horas da noite, daí eu ganhei ele era 9 e 55, não eu ganhei ele 10 e 55, por que na terça feira eu tive pré-natal, na terça feira eu já comecei senti dor dele, quem fez meu parto foi Dr. ..., ele não corto não é por que rasgo mesmo, ele não corto não, depois deu ponto onde tinha rasgado, depois que ele nasceu foi tudo bem, tudo normal, já nasceu chorano já.</i>
<i>C</i> 29 anos	<i>Eu fiquei sabendo tudo quando eu cheguei lá pra internar né, que na verdade agora ... bom já era lei mas o hospital não aderiu, lei do acompanhante, eu fiquei sabendo tudo quando eu cheguei lá... eu optei por não ter acompanhante, aí depois que já nasceu e tudo, aí minha mãe acabou ficando um dia lá.</i>
<i>T</i> 24 anos	<p><i>Só eu acho uma médica lá, mas eu não lembro o nome dela, que ela deixou eu esperando muito tempo lá, chamava ela, ela não dava atenção, eu tava sentindo dor... no dia 15 por aí, uma loura eu acho que era, mas o resto, os enfermeiros foi ótimo e o Dr... também foi um excelente médico.</i></p> <p><i>É que com a pressão alta assim né, tinha que ser cesárea ... mas a... a médica lá, queria que fosse parto normal, daí delatou 5 centímetros e não ia mais né, ainda ela ponhê, num sei um negócio lá, não sei se era um comprimido lá embaixo e num ia mais, daí depois que o Dr... chegou ele falou não, aí não tem jeito, tem que ser cesárea e ela nasceu com quatro quilos e oitenta. Olha que grandona... (risos), uma meninona.</i></p> <p><i>Ah, foi poucos minutos pra levar ela pra mim, só deu o banho e levou depois. Ah, mas quando nasceu já mostraram pra mim e já ponhê no peito (risos) lá mesmo na sala de operação.</i></p> <p><i>Ficou a minha mãe e de vez em quando a minha sogra também. Mais só depois que eu ganhei ela, ainda meu marido queria assistir, eles não deixou.</i></p>
<i>S</i> 31 anos	<i>Na verdade meu parto lá quem fez foi três enfermeira. O médico tava na cirurgia. Foi parto normal eu sei que foi a enfermeira obstetra. Agora a outra eu num lembro o nome não. É, acho que é uma loirinha. Eu cheguei lá onze horas, onze e vinte e cinco o nenê nasceu, é por isso que não deu nem tempo do médico...</i>
<i>C.B</i> 28 anos	<p><i>Lá foi tudo bem, aqui também, agora do que eu não gostei, foi do médico não dizer pra mim né, domingo quando eu fui lá, o enfermeiro que participou do parto falou né, “a gente tinha comentado”, né os dois, que podia ter acontecido, mais não falou pra mim né ... e examinar né o pediatra lá no hospital, por que o médico pediatra só foi lá e deu a receita e não falou nada, nem ele sabia disso aí. E o médico, eu acho que deveria ser assim, por que é três ultrassom que passa né, acho que deveria ser mais pro final, muito longe né pra saber, por que com quase 7 meis ele tava com 1 Kg e 800 e daí ele nasceu com 4,165 Kg, daí o médico que fez o parto falou nossa você fez tão longe assim a ultrassom, nossa é grande, tinha que ter feito cesárea. Daí cortou bastante por baixo, o normal é fazer um piquezinho né e os ponto também não foram muito bem feito não, por que meu marido viu e falou que tava meio aberto, eu fiquei umas duas semanas sem sentar.</i></p> <p><i>Minha sogra ficou lá comigo depois que eu ganhei né, meu marido queria ficar, mais eu ganhei dez pra meia noite e ele não podia ficar, daí no outro dia minha</i></p>

	<i>sogra veio e ficou até o dia da alta. O dia que ele nasceu, tinha nascido 9, daí não tinha nem bercinho pra por ele, daí ele ficou lá no berçário mesmo.</i>
<i>M.R 23 anos</i>	<p><i>É (risos) foi, foi meio demorado só ... eu internei de madrugada, umas 4 horas e ela nasceu duas e cinco da tarde, deram remédio na veia pra dar dor... daí dilatava e ela não descia e o médico lá o tempo todo, daí não nascia ele foi almoçar e falou que quando fosse nascer elas chamavam, daí eu tava lá fazendo os exercício agachada e ela coroou, daí a enfermeira mesmo me colocou na cama onde nascia né, a enfermeira que faz parto também e ela mesmo fez o parto. Não tinha pediatra, mais tinha um monte de enfermeira lá em volta... ela deu um chorinho bem devagarzinho, daí eu escutei a enfermeira falar faz massagem nas costas dela, daí ela chorou. Acabou de nascer, ela já ficou comigo, colocaram em cima de mim na sala de parto, depois levou rapidinho deu um banho e trouxe pra mim de novo.</i></p> <p><i>Eu não tenho do que me queixar, agora elogiar, elogiar assim acho que as enfermeira do hospital, elas foram bem simpática, por que dilatou tudo, mais precisava coroar, então elas me ajudaram bastante a fazer os exercícios, eu andei na rampa, fiz exercício na bola, fui pro chuveiro fiquei com água nas costas, ajudou bastante ... elas foram bem consciente ... até a enfermeira que fez o meu parto ela sentou na minha cama comigo pra me ajudar enquanto eu tava no trabalho de parto, e os doutor de lá também eu não tenho do que reclamar.</i></p>
<i>D 20 anos</i>	<p><i>Quem fez meu parto foi uma médica loira, acho que era parteira, porque eu cheguei lá já era 6:30 e ela nasceu 7:27, eu já estava com 7 cm, daí enquanto faziam o teste de HIV, já foram colocando o remédio para alterar o parto, daí já arrebentou a bolsa por que a minha bolsa não tava estourando, não deu nem tempo de perguntar mais nada (risos) ....</i></p> <p><i>Nasceu um pouco roxa, mais chorou. Não levaram ela pra mim por que tinha que fazer os testes nela, colocaram ela na incubadora também, daí fez no dia seguinte a ultrassom e tava normal.</i></p>

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

As narrativas transcritas acima apontam para várias situações de medicalização excessiva do parto, onde procedimentos invasivos e muitas vezes desnecessários foram realizados nas usuárias durante seu trabalho de parto e parto, o que depõe contra o ideário da humanização, que propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicalizado, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto, à presença do pai ou outro acompanhante (de sua preferência) no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente.

Sensibilidade, amor e acolhida são atributos humanos necessários para mudar comportamentos; porém, são insuficientes: já sabemos, pela história social da obstetrícia moderna, que se trata de uma “verdadeira guerra”, para usar a expressão das historiadoras que analisam o processo de eliminação do Parto sem Dor, ancestral do parto humanizado. [...] É o que podemos ler no Manifesto em favor das Casas de Parto no Rio de Janeiro, escrito pela Rehuna, em 2004, face às ações do Conselho de Medicina local. Aos bons entendedores, meias palavras bastam: não haverá mudança efetiva sem embates, não haverá assistência humanizada sem enfrentamento das relações de poder que, historicamente, fizeram do parto um evento médico e, da mulher, um mero objeto da reprodução humana, ao invés de sujeito de direito e senhora de seu destino. (RATTNER e TRENCH, 2005, p 132)

Fujita e Shimo (2014), ao relatarem sua experiência sobre parto humanizado no SUS, mostram que o Brasil tem se empenhado na criação de políticas públicas que visem à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal, contudo as mesmas afirmam que o modelo tradicional ainda prevalece, no qual as mulheres são submetidas às rotinas hospitalares, expropriadas de sua autonomia no processo de parturição e expostas a práticas sem evidências científicas que apoiem seu uso, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil.

As ressignificações dos processos de nascimento no Brasil e a presença de elevadas taxas de violência obstétrica e de uma epidemia de cesáreas vem motivando o crescimento, nas últimas décadas, dos questionamentos e mobilizações acerca do atendimento ao parto e, em consequência, a obtenção de importantes conquistas, como a resolução normativa – RN nº368, promulgada pela ANS em janeiro de 2015.

A OMS recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura

provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas.

As práticas discursivas das usuárias demonstram ainda uma medicalização excessiva do trabalho de parto e do parto, relatam o uso de ruptura artificial das membranas e medicações (intravaginal e endovenosa) para acelerar o trabalho de parto, também é rotineira a realização da episiotomia.

***O trabalho de parto foi bom, assim com dor e tal, muita dor (risos), sofri demais, fiquei de 9 horas até 5 pras dez da noite, mais o coraçãozinho do bebê tudo normal.***

*Meu parto foi rapidinho [...] ele não corto não é por que rasgo mesmo, ele não corto não, depois deu ponto onde tinha rasgado, depois que ele nasceu foi tudo bem, tudo normal, já nasceu chorano já.*

*Quem fez meu parto foi uma médica loira, acho que era parteira, porque eu cheguei lá já era 6:30 e ela nasceu 7:27, eu já estava com 7 cm, daí enquanto faziam o teste de HIV, já foram colocando o remédio para alterar o parto, daí já arrebentou a bolsa por que a minha bolsa não tava estourando, não deu nem tempo de perguntar mais nada (risos) ....*

*É (risos) foi, foi meio demorado só ... eu internei de madrugada, umas 4 horas e ela nasceu duas e cinco da tarde, deram remédio na veia pra dar dor... daí dilatava e ela não descia...*

As práticas discursivas que produziram sentido de relações assimétricas de poder estão transcritas abaixo, onde podemos observar que a mulher achava que o seu parto tinha que ser cesáreo, pois tinha pré-eclâmpsia e o bebê era grande, porém a médica “queria” que fosse normal, e somente após a troca de plantão, o outro médico ao avaliá-la diagnosticou a necessidade do parto cirúrgico.

***É que com a pressão alta assim né, tinha que ser cesárea ... mas a médica lá, queria que fosse parto normal, daí delatou 5 centímetros e não ia mais né, ainda ela ponhô, num sei um negócio lá, não sei se era um comprimido lá embaixo e num ia mais, daí depois que o Dr... chegou ele falou não, aí não tem jeito, tem que ser cesárea e ela nasceu com quatro quilos e oitenta. Olha que grandona... (risos), uma menina.***

*Só eu acho uma médica lá, mas eu não lembro o nome dela, que ela deixou eu esperando muito tempo lá, chamava ela, ela não dava atenção, eu tava sentindo dor...*

Tornquist (2002) expõe que a OMS ao lançar o documento “Assistência ao parto normal: um guia prático”, sugeriu uma série de práticas úteis que devem ser estimuladas, ao

mesmo tempo em que desaconselha as outras citadas acima. Entre as práticas recomendadas pela OMS e o MS (não rotineiramente observadas), destacamos: mudança na assistência à mulher no pré-natal e no nascimento, estimulando procedimentos pouco invasivos que envolvam sua participação ativa, respeito à escolha da mulher por um acompanhante de sua preferência; fornecimento das informações e explicações solicitadas; uso de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, tais como massagens e técnicas de relaxamento; e liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto. (OMS, 1996), (MS, 2001)

O intuito não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que as evidências apontam que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar abusa de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas humanizadas buscam desestimular a medicalização do trabalho de parto, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e naturais. (TORNQUIST, 2002, p. 483 e 484)

Começamos a perceber um movimento (ainda incipiente) na tentativa de introduzir práticas humanizadoras e intervenções biomecânicas no trabalho de parto no hospital de referência da RMP, que vem tentando romper com a lógica da medicalização, da expropriação da autonomia da mulher na parturição e das relações assimétricas de poder.

O direito ao acompanhante de preferência é violado e/ou deturpado todos os dias, porém já percebemos uma maior disposição do estabelecimento em inserir tal prática na rotina dos serviços.

*Eu fiquei sabendo tudo quando eu cheguei lá pra internar né, que na verdade agora... bom já era lei mas o hospital não aderiu, lei do acompanhante, eu fiquei sabendo tudo quando eu cheguei lá... eu optei por não ter acompanhante, aí depois que já nasceu e tudo, aí minha mãe acabou ficando um dia lá.*

*Ficou a minha mãe e de vez em quando a minha sogra também. Mais só depois que eu ganhei ela, ainda meu marido queria assistir, eles não deixou.*

*Minha sogra ficou lá comigo depois que eu ganhei né, meu marido queria ficar, mais eu ganhei dez pra meia noite e ele não podia ficar, daí no outro dia minha sogra veio e ficou até o dia da alta.*

A introdução de práticas recomendadas nas políticas públicas (PHPN, RC e RMP) que visam à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal já podem ser apreendidas

nos discursos abaixo: o estímulo ao aleitamento materno e alojamento conjunto precoces, a valorização da enfermeira obstetra na equipe, o uso de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor (massagens, técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto).

*Ah, foi poucos minutos pra levar ela pra mim, só deu o banho e levou depois. Ah, mas quando nasceu já mostraram pra mim e já ponhô no peito (risos) lá mesmo na sala de operação.*

*Na verdade meu parto lá quem fez foi três enfermeira. O médico tava na cirurgia. Foi parto normal eu sei que foi a enfermeira obstetra. Agora a outra eu num lembro o nome não. É, acho que é uma loirinha. Eu cheguei lá onze horas, onze e vinte e cinco o nenê nasceu, é por isso que não deu nem tempo do médico...*

*É (risos) foi, foi meio demorado só... eu internei de madrugada, umas 4 horas e ela nasceu duas e cinco da tarde, deram remédio na veia pra dar dor... daí dilatava e ela não descia e o médico lá o tempo todo, daí não nascia ele foi almoçar e falou que quando fosse nascer elas chamavam, daí eu tava lá fazendo os exercício agachada e ela coroou, daí a enfermeira mesmo me colocou na cama onde nascia né, a enfermeira que faz parto também e ela mesmo fez o parto. Não tinha pediatra, mais tinha um monte de enfermeira lá em volta... ela deu um chorinho bem devagarzinho, daí eu escutei a enfermeira falar faz massagem nas costas dela, daí ela chorou. Acabou de nascer, ela já ficou comigo, colocaram em cima de mim na sala de parto, depois levou rapidinho deu um banho e trouxe pra mim de novo.*

*Eu não tenho do que me queixar, agora elogiar, elogiar assim acho que as enfermeira do hospital, elas foram bem simpática, por que dilatou tudo, mais precisava coroar, então elas me ajudaram bastante a fazer os exercícios, eu andei na rampa, fiz exercício na bola, fui pro chuveiro fiquei com água nas costas, ajudou bastante ... elas foram bem consciente ... até a enfermeira que fez o meu parto ela sentou na minha cama comigo pra me ajudar enquanto eu tava no trabalho de parto, e os doutor de lá também eu não tenho do que reclamar.*

**Tabela 12 - Produção de Sentidos – (Des) Atenção ao puerpério**

<b>Iniciais</b>	<b>Transcrição das narrativas</b>
<i>M</i> 15 anos	<i>Eu agora depois do parto, vô fazer o cocô e a “morróida” sai pra fora. Eu vou amanhã mostrar pro médico daqui, porque ninguém tinha vindo aqui em casa ainda.</i>
<i>MC</i> 18 anos	<i>E a bebê, você me falou que diagnosticaram sopro? É, sopro e refluxo, daí foi para o especialista, e ele confirmou, vai fazer acompanhamento de 6 meses com o pediatra pra ver se fecha o burquinho, todo mês que a Dotorá vim aqui que vê ela, acompanhar o peso dela.</i>  <i>A equipe do posto perto da sua casa veio te visitar depois que ela nasceu? Essa daqui (apontou para a ACS que me acompanhava) veio, a mãe falou que veio a técnica medir a pressão, mais daí eu não tava.</i>
<i>L</i> 24 anos	<i>Ninguém veio aqui ainda .... eu levei ele na terça feira faze a BCG, agora eu vou leva ele pra pesa só no dia 07, eu ia leva no dia 24, mais como é véspera de natal, aí eles marcaro pro dia 7 de janeiro, quando ele faze um mês, ele faz agora dia 24 que é véspera de natal.</i>  <i>Não, eles não marcaro nenhuma consulta pra ele em Cianorte e nem em lugar nenhum.</i>
<i>J</i> 21 anos	<i>Você é a minha primeira visita... (risos).</i>
<i>T</i> 24 anos	<i>A enfermeira do posto veio no primeiro dia aqui em casa, ela vem quase direto aqui (risos).</i>
<i>S</i> 31 anos	<i>Bom, ninguém do posto veio aqui, porque todo dia eu tô lá (risos).</i>
<i>R</i> 29 anos	<i>Vieram me visitar a técnica de enfermagem, a enfermeira e mais 3 agente. Ela (aponta para a técnica que me acompanhava) vem todo dia ver minha pressão, até de domingo.</i>  <i>O ginecologista já viu eu depois do parto e não falou nada, não explicou por que eu tô tão inchada, só falou pra amanhã eu ir lá de novo.</i>
<i>CB</i> 28 anos	<i>Não, ninguém veio me visitar (risos) até hoje.</i>
<i>MR</i> 23 anos	<i>Já vieram me visitar a ACS e a enfermeira.</i>

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base nas entrevistas, 2016

Desde a reconstrução da prática da Atenção Primária à Saúde, na década de 90 com o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a reorientação o modelo de atenção à saúde, destacamos a visita domiciliária de extrema importância no cuidado puerperal.

A reorientação do modelo aponta para a necessidade de superar a idéia da mulher como objeto de políticas públicas para sua incorporação como sujeito social com o intuito de ampliar sua participação e autonomia, tanto em nível individual quanto familiar na construção de sua cidadania.

O profissional de saúde quando realiza a visita domiciliar se aproxima da realidade vivenciada pelo indivíduo, não só no plano individual, mas também na relação do mesmo com a comunidade em que vive e com sua rede de apoio. Sendo assim, conhecer o domicílio e saber atuar neste espaço, são estratégias que podem potencializar os fatores de proteção tanto da puérpera quanto do seu bebê.

Sabemos que o puerpério é uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que a equipe tenha sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente domiciliar.

Há necessidade de cuidar da mulher integralmente, considerando sua história de vida, os sentimentos por ela percebidos, o ambiente em que vive e estabelecer uma relação dialógica que permita agregar um processo de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de agravos à mãe e ao seu bebê.

A visita domiciliar nos primeiros dias de vida é preconizada desde o PHPN, a RC/RMP incentiva que haja uma visita domiciliar ainda na primeira semana após a realização do parto e nascimento com busca ativa de crianças vulneráveis. Manuais do Ministério da saúde, como o “Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério” (BRASIL, 2005) já traziam essa recomendação, sendo que para o recém-nascido classificado como “de risco”, essa visita deveria ser feita nos primeiros três dias de vida, mas o que observamos foi uma verdadeira desatenção com o binômio neste período tão delicado e crucial para a prevenção da mortalidade materna e infantil, elas são abandonadas à própria sorte.

*Você é a minha primeira visita... (risos).*

*Não, ninguém veio me visitar (risos) até hoje.*

Observamos que nos municípios menores as visitas são mais frequentes (quer seja por uma maior proximidade da equipe com a comunidade ou por interesse eleitoral de alguns profissionais de saúde que já exercem mandato e/ou tem pretensões eleitorais), porém nem sempre efetivas.

*Essa daqui (apontou para a ACS que me acompanhava) veio, a mãe falou que veio a técnica medir a pressão, mais daí eu não tava.*

Houveram situações críticas que foram negligenciadas, como podemos observar na narrativa abaixo, onde a puérpera teve pré-eclâmpsia na gestação, não foi encaminhada para a referência, após uma USG de “rotina” foi diagnosticado sofrimento fetal, realizou cesárea de emergência no hospital de referência, teve desmaios no dia seguinte, necessitou de hemotransfusão, evoluiu no puerpério com hipertensão e edema de membros, e mesmo assim, apesar da equipe visitá-la todos os dias para aferir sua pressão, não tiveram a percepção do risco, de que ela necessitava de avaliação médica urgente.

*Vieram me visitar a técnica de enfermagem, a enfermeira e mais 3 agente. Ela (aponta para a técnica que me acompanhava) vem todo dia ver minha pressão, até de domingo.*

A menina M., mãe aos 15 anos, também estava desassistida, colocando a hemorróida para fora toda vez que evacuava.

*Eu agora depois do parto, vô fazer o cocô e a “morróida” sai pra fora. Eu vou amanhã mostrar pro médico daqui, porque ninguém tinha vindo aqui em casa ainda.*

MC de 18 anos, também não foi assistida adequadamente, tinha o “histórico” de síndrome do pânico, também teve pré-eclâmpsia, não foi para a referência ambulatorial ou hospitalar, e apesar da filha ter nascido com “sopro e refluxo” ainda tinha muitas dúvidas sobre os exames de triagem neonatal e do diagnóstico exato da condição de saúde da filha, e já havia inclusive desmamado ela.

*É, sopro e refluxo, daí foi para o especialista, e ele confirmou, vai fazer acompanhamento de 6 meses com o pediatra pra ver se fecha o buraquinho, todo mês que a Dotorá vim aqui qué vê ela, acompanhar o peso dela.*

Em igual situação de abandono estavam L. e S., ambas tiveram sífilis na gestação e foram inadequadamente tratadas, a primeira teve alta precoce do hospital e ao retornar para fazer o teste do pezinho, soube que o seu exame antes do parto havia dado alterado, fizeram uma medicação injetável nela e não deram nenhuma orientação verbal ou por escrito de qual seria a conduta a ser tomada com o bebê, que até o dia da entrevista estava fadado a desenvolver complicações pela sífilis congênita não tratada, visto que a equipe não a havia visitado, e com as proximidades das festas e recessos do final do ano, ela só seria atendida em 7 de janeiro.

***Ninguém veio aqui ainda .... Eu levei ele na terça feira faze a BCG, agora eu vou leva ele pra pesa só no dia 07, eu ia leva no dia 24, mais como é véspera de natal, aí eles marcaro pro dia 7 de janeiro, quando ele faze um mês, ele faz agora dia 24 que é véspera de natal. Não, eles não marcarão nenhuma consulta pra ele em Cianorte e nem em lugar nenhum.***

Já a segunda, teve seu filho prematuramente, foi seguido o protocolo de investigação no hospital de referência e prescrito o tratamento recomendado (que incluía 2 doses diárias de penicilina intramuscular), o que a fazia ter que caminhar cerca de 10 Km por dia para ir e voltar ao hospital do município para medicarem seu filho. A equipe municipal, mesmo ciente do caso, não se mobilizou para visitá-la ou para providenciar transporte para o hospital para a conclusão do tratamento, porém já haviam providenciado licitação para comprar a fórmula láctea e adiantar o desmame em curso.

***Bom, ninguém do posto veio aqui, porque todo dia eu tô lá (risos).***

Sífilis na gestação e Sífilis congênita são agravos de notificação compulsória, e tem aumentado o número de casos nos últimos anos, um agravo tão antigo e tão negligenciado, onde o diagnóstico tardio ou na hora do parto ainda acontece. As equipes não estão diagnosticando, tratando e notificando estes casos adequadamente. Das doze mulheres entrevistadas, três tiveram Sífilis e não foram notificadas e investigadas adequadamente tanto a mãe quanto o bebê.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao confrontar o legal e o real na implementação da Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde observamos no levantamento bibliográfico e documental dos principais marcos legais concernentes ao tema, que muito iriam contribuir com a discussão das políticas públicas existentes para essa população. Ficou evidenciado que existem diversos aspectos da Rede Cegonha/Rede Mãe Paranaense já presentes em normas anteriores, o que demonstra que os programas de saúde da mulher necessitam de uma efetiva implementação e não da criação de novas normas, visto que ainda há um descompasso entre o que a legislação preconiza e o que acontece na realidade.

Diversos programas e leis foram criados com o passar dos anos, cada qual com o intuito de erradicar ou ao menos diminuir os problemas existentes na atenção à saúde da mulher e da criança, ao invés de assumir o que é efetivo no programa anterior e trabalhar para aprimorá-lo, visto que não são novos, mas versões atualizadas de programas anteriores que se perderam no ciclo da política pública.

Secchi (2013) explica que o ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases seqüenciais e interdependentes, às quais ele nomeia: *1. Identificação do Problema, 2. Formação de Agenda, 3. Formulação de Alternativas, 4. Tomada de Decisão, 5. Implementação, 6. Avaliação e 7. Extinção* (SECCHI, 2013). Afirma ainda que é na fase de implementação que regras, rotinas e processos sociais são convertidos em ações, e que visualizar esses obstáculos e falhas que costumam acometer a política pública e os erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados e otimismo exagerados, é o que garante o sucesso da política.

A nosso ver houve fragilidade na avaliação para a implantação desta política pública, o que é corroborado por Secchi (2013), que diz que a política pública é o “processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública”, e as *avaliações ex ante* (realizada ao começar o projeto, antecipando fatores considerados no processo decisório), a *avaliação in itinere* (monitoramento constante da implantação/implementação) e a *avaliação ex post* (ocorre quando projeto está em execução ou já foi concluído, sendo que decisões são tomadas com base nos resultados alcançados).

Com base no exposto, observamos que a conjugação destas três fases da avaliação não foram realizadas nos níveis estadual e federal, visto os programas anteriores não foram aprimorados justamente por não serem avaliados. Podemos então afirmar que uma política pública envolve mais que uma decisão política, exige atividade política, pois resultam do

processamento pelo sistema político em resposta aos *inputs* oriundos do meio ambiente, sendo permeada por um planejamento estratégico para implementar as decisões já tomadas, enquanto a decisão política é feita com base num leque de várias outras possibilidades.

Tínhamos a pretensão de avaliar a implantação/implementação da Política Pública Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde e das usuárias desta política. Realizamos um resgate teórico da literatura sobre a área de políticas públicas em geral, e de avaliação de políticas públicas especificamente, visto que o conhecimento teórico-histórico deste campo do conhecimento é essencial para sua práxis, para uma melhor compreensão dos seus desdobramentos, sua trajetória e perspectivas.

Após a aproximação do referencial teórico sobre avaliação de políticas públicas, concordamos com Faria (2003) apud (Trevisan e Bellen, 2008, p. 531) quando dizem que *há atualmente uma Babel de abordagens, teorizações incipientes e vertentes analíticas que buscam dar significação à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas, considerando um mundo cada vez mais caracterizado pela interdependência assimétrica, incerteza e complexidade das questões.*

Abandonamos a pretensão de avaliar (**avaliação *in itinere***) esta política, visto que para fazê-lo necessitaríamos de expertise e domínio de metodologias de avaliação de políticas públicas já validadas, porém as práticas discursivas dos profissionais de saúde e das usuárias nos mostraram sérias fragilidades em sua fase de implementação, um destaque especial para a referência hospitalar de alto risco, que teve que ser transferida para outra cidade pela ausência de UTI neonatal no hospital de referência para a 13ª Regional de Saúde.

Também destacamos o fato de que partos cesáreos são realizados em estabelecimentos sem as condições necessárias para garantir a segurança do binômio, o que é ainda mais agravado em alguns casos, quando a própria prefeitura custeia total ou parcialmente este parto, prejudicando a efetiva implementação da Rede Mãe Paranaense da qual são signatários.

Com relação aos hospitais que ainda fazem parto sem possuir a estrutura física, recursos humanos e materiais - lembrando que as exigências vão aumentando de acordo com a tipologia (hospitais de risco habitual, intermediário e alto risco) preconizadas pela RMP - não houve por parte da SESA um posicionamento oficial sobre a proibição destes serviços hospitalares de realizarem parto, já que não atendem aos requisitos de segurança necessários. O fato de não proibi-los de fazerem partos é tão significativo, que profissionais médicos e enfermeiros destes hospitais afirmam em suas entrevistas fazerem parte da RMP.

Outro fator que prejudica a implantação/implementação da RC/RMP em nossa região é a questão do financiamento, o governo federal apesar de aprovar o Plano de Ação Regional

da Rede Cegonha, ainda não publicou a portaria de repasse de recursos, não sendo possível sem esses recursos, habilitar a UTI neonatal e a Casa da Gestante no hospital de referência, bem como o recebimento de recursos para investimento e de valores diferenciados de diárias de UTI adulto e neonatal. Os atrasos de repasses dos recursos do APSUS, COMSUS e HOSPSUS pelo governo estadual também compromete a implementação e qualificação de todos os pontos de atenção.

Pudemos observar durante este tempo de convívio com as usuárias e profissionais de saúde, que a única forma que garante a efetiva vinculação da gestante à sua equipe, é quando a mesma é atendida pelos médicos e enfermeiros da sua unidade/equipe de referência. Em todas as outras formas de organização denota-se uma falta de ordenação na rede e ausência de coordenação do cuidado.

Tal falta de ordenação na rede e coordenação do cuidado poderia ser superada, se os enfermeiros fossem empoderados para a realização do pré-natal compartilhado, através de capacitação e educação permanentes.

No tocante à estratificação do risco gestacional e ordenação do binômio, vimos nesta conduta, uma das maiores deficiências, tanto que como já dissemos, foi necessário readequar a metodologia do estudo, pois nos deparávamos com gestantes estratificadas inadequadamente.

Ainda há uma medicalização excessiva do parto, onde procedimentos invasivos e muitas vezes desnecessários são realizados nas usuárias durante seu trabalho de parto e parto, o que depõe contra o ideário da humanização, que propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicalizado, tendo como base consensual a proposta da OMS de incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto, à presença do acompanhante de sua preferência e à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais.

Começamos a perceber um movimento (ainda incipiente) na tentativa de introduzir práticas humanizadas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto no hospital de referência da RMP, que vem tentando romper com a lógica da medicalização, da expropriação da autonomia da mulher na parturição e das relações assimétricas de poder. O direito ao acompanhante de preferência é violado e/ou deturpado todos os dias, porém já percebemos uma maior disposição do estabelecimento em inserir tal prática na rotina do serviço.

As narrativas também apontaram a introdução de práticas recomendadas acima, que visam à humanização e à qualidade da atenção obstétrica e neonatal, apreendemos que já há o estímulo ao aleitamento materno e alojamento conjunto precoces, a valorização da enfermeira

obstetra na equipe, o uso de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor (massagens, técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto).

Se no trabalho de parto e no parto elas sentem-se sozinhas quando não permitem a presença de um acompanhante de sua preferência, em casa isso se acentua. Sabemos que o puerpério é uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que a equipe tenha sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades desta mulher, principalmente em ambiente domiciliar, mais a maioria esmagadora das equipes não realizam a visita domiciliar na primeira semana após o parto (apesar de afirmarem fazê-lo) e essas mulheres se vêm sozinhas, sem apoio profissional e se rendem aos diversos conselhos que recebem de familiares, vizinhas e amigas.

Há um desmame precoce muito grande em decorrência do oferecimento de fórmulas lácteas já nas maternidades, bem como na omissão das equipes que deveriam visitar e apoiar as mães nos primeiros dias, auxiliando nos momentos mais difíceis, como na apojadura, ingurgitamento mamário, fissuras nos mamilos entre outros.

Apesar de todas as situações que pelas narrativas demonstram sérios problemas no acolhimento, estratificação de risco, iatrogênese estrutural e iatrogenia, humanização do trabalho de parto e do parto, bem como na atenção ao puerpério, podemos observar pelas narrativas, que as entrevistadas, de uma maneira geral ficaram satisfeitas com o atendimento recebido em todos os pontos de atenção.

Essa falsa sensação de satisfação precisa tornar-se real, são necessárias avaliações em todas as fases do ciclo desta política pública para corrigir o seu curso em nossa região, dentre as medidas corretivas, podemos sugerir:

- Fortalecimento do controle social nas questões relativas às políticas públicas de saúde da mulher e da criança;
- Fortalecimento do Grupo Condutor Regional da Rede Mãe Paranaense;
- Aprimoramento das ações do Comitê Executivo Macrorregional da Rede Mãe Paranaense;
- Manter as reuniões descentralizadas do Comitê Regional de Mortalidade Materna e Infantil;
- Implantação urgente da rotina de estratificação de risco gestacional e encaminhamento para o serviço de referência;

- Prover equipe completa (Obstetra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista) para o Centro Mãe Paranaense possibilitando a avaliação e elaboração do Plano de Cuidados das gestantes e bebês de risco;
- Inspeção sanitária com a aplicação da RDC – ANVISA (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 36/2008 que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, em todos os hospitais que fazem partos;
- Articulação junto a SESA, COSEMS, CRESEMS e Colegiado Gestor Regional para a proibição da realização de partos, em especial os cesáreos, em serviços hospitalares que não atendam as tipologias propostas;
- Apoio ao hospital de referência junto aos três entes federativos para a implantação da UTI neonatal;
- Contratação de enfermeiras obstetras em todos os turnos pelo hospital de referência;
- Planos de Segurança do Paciente visando a Maternidade Segura;
- Implantar a gestão de casos para as gestantes de risco e com Sífilis.

A reorientação do modelo aponta para a necessidade de superar a idéia da mulher como objeto de políticas públicas para sua incorporação como sujeito social com o intuito de ampliar sua participação e autonomia, tanto em nível individual quanto familiar na construção de sua cidadania.

Com base nessas considerações e em coerência com os princípios da RC/RMP, postula-se que a mulher deva ser reconhecida como protagonista, tendo suas escolhas respeitadas, e a utilização de práticas baseadas em evidências, que permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido.

Ao lançar foco sob o olhar da humanização, a produção de sentidos apreendida evidencia a importância de se transformarem as práticas regionais voltadas à atenção a este ciclo da vida, sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, incluindo o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento. Ao mesmo tempo, o referido olhar confirma a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que é a mulher o sujeito da atenção e, como tal, ela deve participar efetivamente. (PARADA e TONETE, 2008, p. 44 e 45)

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. P. de. Transformações ideológicas e societárias do espaço público e Privado no Estado brasileiro. In: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz: UFMA, 2013.

ALVES, A. M. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). **Século XXI, Revista de Ciências Sociais**, v.4, no 2, p.180-216, jul./dez. 2014

ANTONELLI, D. **Atraso no pagamento de recursos afeta 25 instituições hospitalares que apoiam programas do governo do estado por meio do SUS. Jornal Gazeta do Povo**. 26/02/2014. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/pr-deve-repasses-a-hospitais-eyiwbjy32gi08xsvoqebq08y6>> Acesso em 22 set. 2016

Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. Deputados vão debater a Saúde da Mulher e as Políticas Públicas. 2012. Disponível em: <<http://al-pr.jusbrasil.com.br/noticias/100122200/deputados-vao-debater-a-saude-da-mulher-e-as-politicas-publicas>> Acesso em 18 jan. 2016.

BAPTISTA, T. W de F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):829-839, 2009

BHERING, M. J. Controlar a pobreza e o corpo feminino: Helio Aguinaga e os fundamentos de criação Do Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança. **Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh- Rio: Saberes e práticas científicas**, 2014.

BRASIL. Decreto-lei 4.682/23. DOU de 28/01/1923

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de aplicação programática. Brasília, DF, 1985.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. [online]. Disponível em:<[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=504](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=504)> Acesso em 30 jun. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cartilha Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2005 Abr 8.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Réplica: comparação impossível. In: **Revista de Administração Pública**, vol. 45, nº 1, jan/março de 2005.

Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. Edição 30, 2009.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** vol. 17 (44), p49-59, 2013.

CARNOY, M. O Estado e o pensamento político norte-americano. In: **Estado e teoria política**. 10. ed. São Paulo: Papyrus, 2004, p.19-61.

CAVALCANTI, P. C. da S.; GURGEL Jr., G. D.; VASCONCELOS, A. L. R. de; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [ 4 ]: 1297-1316, 2013

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Blog Saúde com Dilma**, 09 maio 2011. Disponível em: <blogsaudedobrasil.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2011.

COELHO, E. de A. C.; LUCENA, M. de F. G.; SILVA, A. T. de M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.1, p. 26-36, 200.

CORREA, S. PAISM: Uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas. 1993.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A M. Planejamento Familiar no Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 2013

DI GIOVANNI, M. Rede cegonha: da concepção à implantação. **Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP**, 2013, 94 páginas

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 18, n. 3, Set. 2004 .

ENTIDADES feministas repudiam MP do Nascituro, 14 jan. 2012. Política. Disponível em <<<http://www.viomundo.com.br/politica/as-duas-maiores-entidades-feministas-no-brasil-dizem-nao-a-mp-557.html>>> Acesso em: 22 nov. 2015.

ESTADO unifica e humaniza atendimento às vítimas de violência sexual, 15 set.2015. Matérias da SESA. Disponível em:< <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=85799>> Acesso em: 22 nov. 2016.

FARAH, M F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, 12(1): 360, Florianópolis, janeiro-abril/2004

FERREIRA, M. de M.. **A trajetória política de João Goulart**. 2004. Disponível em: <[http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidencia Republica/As\\_reformas\\_de\\_base](http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidencia Republica/As_reformas_de_base)>. Acesso em: 23 ago. 2015.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Editora Forense Universitária: Rio de Janeiro, 1977.

FUIJITA, J. Ap<sup>a</sup> L. da M.; SHIMO, A. K. K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. **REME - Rev Min Enferm**, 18(4): 1006-1010. out/ dez, 2014.

GASPARETTO JUNIOR, A. **Tecnocracia**. 2006. Disponível em <<http://www.infoescola.com/formas-de-governo/tecnocracia/>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

GERGEN, K. J.. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 299-325, jan. 2009. ISSN 1807-1384. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299/10807>>. Acesso em: 28 Jun. 2015.

GIOVANNI, M. di. Rede de cegonha: da concepção à implantação. Monografia apresentada ao **Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP**, 2013, 94 páginas

GOMES, L. **1808 - Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História de Portugal e do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, [S.l.], v. 13, n. 35, p. 139-146, abr. 1999.

GOVERNO autoriza licitação para a construção do Anexo da Mulher. Matérias da SESA. Disponível em:<<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=86373&tit=Gov>>

[erno-autoriza-licitacao-para-a-construcao-do-Anexo-da-Mulher&ordem=1000](#)>. Acesso em: 29 nov. 2015.

GRAÇA, E. M.; MALAGUTI, M.; VIEIRA, C. M. F. Orçamento e gênero: a luta pela igualdade. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/7085685-Orçamento-e-genero-a-luta-pela-igualdade.html>> Acesso em: 22 out. 2015.

GUARESCHI, N.M.F., WEBER, A., COMUNELLO, L.N., & NARDINI, M. Discussões sobre Violência: Trabalhando a Produção de Sentidos. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 122-130, 2006.

HOTIMSSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BOGUS, C. M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, 18(5):1303-1311. Rio de Janeiro, set-out, 2002

HUÇULAKL, M. C.; PETERLINI, O. L. Rede Mãe Paranaense – Relato de Experiência. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 15, n. 1, Londrina, p. 77-86, abr. 2014.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. p.33.

IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA: 2005, 208 p.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*. Boston, v. 70, n. 1, p. 71-79, janeiro-fevereiro 1992.

KUMMER, C. S. da F. Não esmorecer para não desmerecer: as práticas médicas sobre a saúde da população rural paranaense na primeira república, 1916-1930. **Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná**, Curitiba, 2007

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, A.C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LIMA, C. M. C. de; FONSECA, L. W.; ANDRADE, C. C. **A implementação de políticas públicas estaduais para atendimento da mulher vítima de violência doméstica**. Gestão de Políticas Públicas no Paraná, 2009.

MAFIOLETTI, T. M.; PERES, E. L. A Construção de Políticas Públicas em saúde para a atenção à mulher m situação de violência no Paraná. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, Florianópolis, 2013.

MARTINELLI, K. G., *et al* . **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2014, vol.36, n.2, pp.56-64. ISSN 0100-7203.

MENDES, E. V. – **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010

\_\_\_\_\_. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. *As Redes de Atenção à saúde*. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 Disponível em:

<[http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO\\_BIBLIOGRAFICA\\_SOBRE\\_AS\\_REDES\\_DE\\_A\\_TENCAO\\_A\\_SAUDE.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_A_TENCAO_A_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2015;

MENDONÇA, L. Mulher e saúde: uma avaliação contemporânea. In Mulher e política : Gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores / Ângela Borba, Nalu Faria, Tatau Godinho (organizadoras). — São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 1998.

MEDEIROS, P. F.; GUARESHI, N. M. de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, 17(1): 296, Florianópolis janeiro-abril/2009

Ministério da administração federal e da reforma do estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, novembro 1995.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

NABHAN, S. S.; Oliveira, R. Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringa**, v. 31, n. 1, p. 71-76, 2009

NASCER no Paraná, um direito à vida! **REBIDIA**. Disponível em: <<http://rebidia.org.br/component/content/article?id=225:nascer-no-parana-um-direito-a-vida>> Acesso em: 22 set. 2015

NEGRÃO, T. Entrevista concedida à Conceição Lemes. Rede Feminista de Saúde alerta: Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. **Viomundo**. 5 abr. 2011. Disponível em: <[www.viomundo.com.br](http://www.viomundo.com.br)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

O que o governo federal deve ao Paraná na área da saúde, 07 abr. 2015. Documento Técnico da SESA. Disponível em: < <http://inesco.org.br/noticiasg.asp?id=135>> Acesso em: 05 set. 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p.: il.

ORLANDI, M. H. F. Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças. **Cienc Cuid Saude**, 7(1):007-008; jan/mar, 2008.

OSIS, M.J.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública** 14, Suppl: 25-32, 1998.

PALMA, J. J.; GOUVEIA, R. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, 13 (35), 1999

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA; 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná. – Curitiba: SESA/SVS, 2014. 146 p.

PARADA, C. M. G. de L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. In: **Revista de Administração Pública**, vol. 45, nº1, jan/março de 2005.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. v. 23, nº 45, São Paulo, pp. 239-260 – 2003

PEREIRA, L. C. B. Réplica: comparação impossível. **Era Debate**, vol. 45, nº1.

POLIQUESI, C. B. Atenção pré-natal no município de Colombo-PR: pesquisa avaliativa de estrutura e processo – Curitiba, 2013. 105 f – **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

PORTARIA Nº 752, DE 6 DE MAIO DE 2013. **MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO MINISTRO**, nº 86 – DOU – 07/05/13 – seção 1 – p.31

PREDEBON, K. M.; MATHIAS, T. A. de F. Desigualdades nos indicadores de saúde da mãe e do recém nascido, no Estado do Paraná. **Acta Scientiarum, Health Sciences**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 139-145, 2011.

Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual. SESA (Secretaria Estadual de Saúde), Curitiba, 2015.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):1067-1078, 2004

RATTNER, D.; TRENCH, B. (Orgs.) **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

RESOLUÇÃO SESA Nº 377/2012. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 8776, de 14/08/12.

RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº 03/2014 — SESA/SESP (Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9271, de 18/08/14)

RUA, M. G. Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos In: **O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados**. ed. Brasília: Paralelo 15, 1998

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SECCHI, L. **Políticas Públicas – Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª edição  
Ed. Cengage, 2013

SERRUYA, S. J. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) DO Ministério da Saúde no Brasil. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2003.

SERRUYA, S.J., LAGO, T.G., CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 4(3): 269-79. 2004.

\_\_\_\_\_. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **RBGO** - v. 26, nº 7, 2004

\_\_\_\_\_. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2004.

\_\_\_\_\_. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2004.

SPINK, M.J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. 278 p. ISBN: 978-85-7982-068-7. Available from SciELO Books . <<http://books.scielo.org>

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P. de; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina – Paraná. **Texto Contexto Enferm**, 19(3): 452-60. Florianópolis, Jul-Set, 2010.

SOUZA, C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **RBCS**, vol. 18, nº. 51 fevereiro/2003

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, nº 16, Porto Alegre, jul/dez 2006, p. 20-45

\_\_\_\_\_. “Estado da arte da pesquisa em políticas públicas”, in G.Hochman, M. Arretche e E. Marques (orgs.), **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

TEIXEIRA, R. R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Configurações%20locais/Temporary%20Intern... 5/9/2008](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Configurações%20locais/Temporary%20Intern...)> Acesso em: 22 jan. 2016

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, 2002

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, 42(3):529-50, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008

World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: The Organization; 1996.

## APÊNDICE A

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR.**

**Questionário para profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde**

<b>CQ:</b>	<b>Profissão: ( ) Enfermeira(o) ( ) Médico(a)</b>	
<b>Sexo: ( ) M ( ) F</b>	<b>Idade:</b>	<b>Anos de profissão:</b>
<b>Especialização e/ou Residência:</b>		
<b>Vínculo com o município: ( ) estatutário ( ) celetista ( ) contrato de trabalho ( ) contrato através de empresa e/ou OSCIP ( ) mais médico ( ) PROVAB</b>		
<b>1) Você conhece a Rede Mãe Paranaense? ( ) sim ( ) não</b>		
<b>2) Seu município aderiu a Rede Mãe Paranaense? ( ) sim ( ) não ( ) desconheço</b>		
<b>3) Você já leu a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense? ( ) sim ( ) não Caso não tenha lido, justifique sua resposta:</b>		
<b>4) Você faz o Pré natal das gestantes cadastradas na sua área? ( ) sim ( ) não Caso não realize, por que e para onde encaminha?</b>		
<b>5) Realiza estratificação de risco gestacional e do Recém nascido (RN)? ( ) sim ( ) não Caso realize, para onde encaminha as gestantes e os bebês estratificados como de risco intermediário e alto risco?</b>		
<b>Gestante:</b>		
<b>Recém nascido:</b>		
<b>6) Você utiliza o cartão da gestante e da criança preconizados na Rede Mãe Paranaense: ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não Caso utilize parcialmente ou não utilize, justifique sua resposta:</b>		
<b>7) A equipe de saúde agenda visita da gestante ao hospital de referência para o parto durante o pré natal? ( ) sim ( ) não ( ) desconheço Caso não agende, justifique sua resposta:</b>		
<b>8) As gestantes estão realizando o parto no hospital de referência vinculado no SISPRENATAL?</b>		

sim  parcialmente  não  desconheço

Caso parcialmente ou não realize, justifique sua resposta:

**9) Todas as gestantes da sua área são cadastradas no SISPRENATAL até a 12ª semana de gestação?**

sim  não  desconheço

Caso não seja, justifique sua resposta:

**10) Sua equipe ou o município realiza ações educativas com as gestantes?**

sim  não  desconheço

Caso realize, liste as ações:

**9) Os profissionais da equipe realizam a visita domiciliar às puérperas e RNs nos primeiros 5 dias de vida?**

sim  não  desconheço

Caso não realize, justifique sua resposta:

**11) Aponte as facilidades e dificuldades para a realização do pré natal, parto e puerpério, e do atendimento da criança até os 2 anos de idade em seu município:**

**12) Você tem mais alguma coisa a colocar sobre a Rede Mãe Paranaense, que por ventura não tenha sido perguntado? Sinta-se a vontade para neste espaço expor suas críticas, sugestões e/ou elogios.**

## APÊNDICE B

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR.**

**Questionário para profissionais que atuam nos hospitais que fazem partos**

<b>CQ:</b>	<b>Profissão:</b> ( ) Enfermeira(o) ( ) Médico(a)	
<b>Sexo:</b> ( ) M ( ) F	<b>Idade:</b>	<b>Anos de profissão:</b>
<b>Especialização e/ou Residência:</b>		
<b>Vínculo com a instituição:</b> ( ) estatutário ( ) celetista ( ) contrato de trabalho ( ) integrante do corpo clínico		
<b>1) Este hospital é referência para a Rede Mãe Paranaense?</b> ( ) sim ( ) não ( ) desconheço		
<b>2) Você já leu a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense?</b> ( ) sim ( ) não <b>Caso não tenha lido, justifique sua resposta:</b>		
<b>3) Quais categorias profissionais deste hospital, fazem parte do atendimento a gestante e ao bebê?</b>		
<b>4) Como as gestantes são encaminhados para este hospital?</b>		
<b>5) Você considera a estratificação de risco gestacional, realizada pelos profissionais da Atenção Primária e da referência para gestação de risco, adequada?</b> ( ) sim ( ) não <b>Caso não considere adequada, justifique sua resposta:</b>		
<b>6) Você utiliza o cartão da gestante e da criança preconizados na Rede Mãe Paranaense:</b> ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não <b>Caso utilize parcialmente ou não utilize, justifique sua resposta:</b>		
<b>7) Este hospital recebe as gestantes para visitas guiadas durante o pré natal?</b> ( ) sim ( ) não ( ) desconheço <b>Caso não agende, justifique sua resposta:</b>		
<b>8) Em caso de intercorrências com a gestante e/ou com o RN, este hospital tem estrutura para o atendimento em terapia intensiva adulto e neonatal?</b> ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não <b>Caso sua resposta seja parcialmente ou negativa, justifique como agem nestas intercorrências:</b>		
<b>9) Vocês elaboram o plano de cuidados para as gestantes e crianças de risco?</b>		

sim  não  desconheço

Caso não seja, justifique sua resposta:

**10) O hospital realiza?**

Teste rápido para HIV em gestantes no pré-parto  sim  não

Teste rápido ou VDRL em gestantes no pré-parto  sim  não

Teste do pezinho  sim  não

Teste do coraçãozinho  sim  não

Teste do olhinho  sim  não  encaminha para outro serviço

Teste da orelhinha  sim  não  encaminha para outro serviço

Teste da lingüinha  sim  não

**11) Em caso de algum dos testes acima alterado, qual a conduta tomada?**

**12) Aponte as facilidades e dificuldades para a realização do parto e puerpério, e do atendimento do RN neste hospital:**

**13) Você tem mais alguma coisa a colocar sobre a Rede Mãe Paranaense, que por ventura não tenha sido perguntado? Sinta-se a vontade para neste espaço expor suas críticas, sugestões e/ou elogios.**

## APÊNDICE C

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR.**

**Questionário para profissionais que atuam nas referências de gestação de alto risco**

<b>CQ:</b>	<b>Profissão: ( ) Enfermeira(o) ( ) Médico(a)</b>	
<b>Sexo: ( ) M ( ) F</b>	<b>Idade:</b>	<b>Anos de profissão:</b>
<b>Especialização e/ou Residência:</b>		
<b>Vínculo com a instituição: ( ) estatutário ( ) celetista ( ) contrato de trabalho ( ) contrato através de empresa e/ou OSCIP</b>		
<b>1) Há quanto tempo atua na referência da Rede Mãe Paranaense?</b>		
<b>2) Você já leu a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense? ( ) sim ( ) não</b> <b>Caso não tenha lido, justifique sua resposta:</b>		
<b>3) Quais categorias profissionais deste centro de referência, fazem parte do atendimento a gestante e ao bebê de risco?</b>		
<b>4) Como as gestantes e bebês de risco são encaminhados para este serviço?</b>		
<b>5) Você considera a estratificação de risco gestacional e do Recém nascido (RN), realizadas pelos profissionais da Atenção Primária adequada?</b> <b>( ) sim ( ) não</b> <b>Caso não considere adequada, justifique sua resposta:</b>		
<b>6) Você utiliza o cartão da gestante e da criança preconizados na Rede Mãe Paranaense: ( ) sim ( ) parcialmente ( ) não</b> <b>Caso utilize parcialmente ou não utilize, justifique sua resposta:</b>		
<b>7) A equipe de saúde do município de origem ou da referência, agendam visita da gestante ao hospital de referência para o parto, durante o pré natal?</b> <b>( ) sim ( ) não ( ) desconheço</b> <b>Caso não agende, justifique sua resposta:</b>		
<b>8) As gestantes de risco intermediário e alto risco, estão realizando o parto no hospital de referência vinculado no SISPRENATAL?</b> <b>( ) sim ( ) parcialmente ( ) não ( ) desconheço</b> <b>Caso não realize, justifique sua resposta:</b>		
<b>9) Vocês elaboram o plano de cuidados para as gestantes e crianças de risco?</b> <b>( ) sim ( ) não ( ) desconheço</b>		

**Caso não seja, justifique sua resposta:**

**10) O pré natal das gestantes de risco e o acompanhamento do bebê de risco são compartilhados com as equipes municipais?**

sim  não  desconheço

**Caso não seja, justifique sua resposta:**

**11) Esta referência realiza ações educativas com as gestantes e mães dos bebês de risco?**

sim  não  desconheço

**Caso não realizem, justifique sua resposta:**

**12) Aponte as facilidades e dificuldades para a realização do pré natal, parto e puerpério, e do atendimento da criança até os 2 anos de idade, às gestantes e crianças atendidas nesta referência:**

**13) Você tem mais alguma coisa a colocar sobre a Rede Mãe Paranaense, que por ventura não tenha sido perguntado? Sinta-se a vontade para neste espaço expor suas críticas, sugestões e/ou elogios.**

## APÊNDICE D

**A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR.**

### Questionário para puérperas, usuárias da Rede Mãe Paranaense

<b>CQ:</b>	<b>Etnia/cor:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Idade:</b>	<b>Estado civil:</b>	<b>Escolaridade:</b>
<b>Nº de filhos vivos:</b>	<b>Nº de abortos:</b>	<b>Nº de filhos mortos:</b>
<b>1) Você conhece a Rede Mãe Paranaense?</b>		
<b>2) O seu município faz parte da Rede Mãe Paranaense?</b>		
<b>3) Quantas consultas de pré-natal você fez?</b>		
<b>4) Você recebeu o cartão da gestante e da criança indicados na Rede Mãe Paranaense:</b> ( ) sim ( ) não <b>Você pode me mostrar seu cartão e o do seu filho (a)? (a pesquisadora confirma as informações e faz os registros necessários quanto ao preenchimento correto dos mesmos)</b>		
<b>5) Durante seu pré-natal por quais profissionais você foi atendida?</b>		
<b>6) Você precisou ser encaminhada para alguma referência especializada em pré-natal de risco? Em caso afirmativo, você sabe o motivo?</b>		
<b>7) A equipe da referência elaborou um plano de cuidados (recomendações especiais) para que os profissionais do seu município pudessem acompanhá-la?</b> ( ) sim ( ) não ( ) desconheço		
<b>8) Você participou de alguma atividade educativa no local onde realizou o pré-natal?</b> ( ) sim ( ) não <b>Caso não tenha participado, justifique sua resposta:</b>		
<b>9) Você visitou o hospital onde iria ter o seu bebê durante o pré natal, em horário agendado pela equipe de saúde?</b> ( ) sim ( ) não <b>Caso não tenha visitado, justifique sua resposta:</b>		
<b>10) Houve alguma intercorrência durante sua gestação, parto ou pós-parto e/ou com o seu bebê? Caso tenha ocorrido conte-me como foi:</b>		
<b>11) O hospital realizou?</b>		

**Testagem para HIV ( ) sim ( ) não ( ) desconheço**

**Testagem para sífilis ( ) sim ( ) não ( ) desconheço**

**Teste do pezinho ( ) sim ( ) não ( ) desconheço**

**Teste do coraçãozinho ( ) sim ( ) não ( ) desconheço**

**Teste do olhinho ( ) sim ( ) não ( ) desconheço ( ) encaminhou para outro serviço**

**Teste da orelhinha ( ) sim ( ) não ( ) desconheço ( ) encaminhou para outro serviço**

**Teste da lingüinha ( ) sim ( ) não ( ) desconheço**

**12) Algum dos testes acima deu alterado, em caso afirmativo qual a conduta tomada pelo hospital?**

**13) A equipe de saúde veio visitá-la na primeira semana depois do parto?**

**14) Me conte do que você gostou e não gostou no atendimento que você e seu bebê receberam durante o pré-natal, parto e pós-parto em todos os pontos de atenção em que foram atendidos:**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES

Gostaríamos de solicitar sua autorização para a participação de sua filha na pesquisa intitulada **A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR**, que faz parte do curso Mestrado Profissional em Políticas Públicas e é orientada pela Professora Doutora Rozilda das Neves Alves da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é comparar o legal e o real na implementação da Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde por meio do discurso de sua filha e dos profissionais de saúde com as legislações desta política.

Para isto a sua participação de sua filha é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo um questionário e roteiro de entrevista aplicado pela pesquisadora ela. Informamos que não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis a participação no estudo, caso ocorram, alguns desconfortos com relação a perguntas que serão feitas, você poderá não responder, ou solicitar esclarecimentos a pesquisadora. Caso ainda ocorram eventuais problemas, a pesquisadora solicitará atendimento a um profissional de saúde mental do NASF de seu município, conforme acordo com o (a) Secretário (a) Municipal de Saúde. Gostaríamos de esclarecer que a participação de sua filha é totalmente voluntária, podendo você ou ela: recusar-se a autorizar tal participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou à de sua filha. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade, sua e a de sua filha os questionários respondidos e identificados por números e codinomes, bem como os áudios das entrevistas gravadas, serão destruídos após a conclusão do trabalho. Os benefícios esperados são entender os aspectos da Rede Mãe Paranaense e propor novos modelos de gestão da rede. No entanto, nem sempre você ou sua filha serão diretamente beneficiadas com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Os resultados serão apresentados aos participantes após a conclusão do trabalho. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo

deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....  
 ..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica do responsável

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica da adolescente

Eu, Sandra Cristina Lima Vieira Santana de Farias, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Sandra Cristina Lima Vieira Santana de Farias

Endereço: 13ª Regional de Saúde, Praça da República, 71, centro, Cianorte - PR

(telefone/e-mail): (44) 36191908 - sandrafarias@sesa.pr.gov.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **A Rede Mãe Paranaense, o legal e o real: práticas discursivas das usuárias desta política na 13ª Regional de Saúde – PR**, que faz parte do curso Mestrado Profissional em Políticas Públicas e é orientada pela Professora Doutora Rozilda das Neves Alves da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é comparar o legal e o real na implementação da Rede Mãe Paranaense na 13ª Regional de Saúde por meio de seu discurso e dos profissionais de saúde com as legislações desta política. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo um questionário e roteiro de entrevista aplicado pela pesquisadora a você. Informamos que não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis a participação no estudo, caso ocorram alguns desconfortos com relação a perguntas que serão feitas, você poderá não responder, ou solicitar esclarecimentos para mim. Caso ainda ocorram eventuais problemas, a pesquisadora solicitará atendimento a um profissional de saúde mental do NASF de seu município, conforme acordo com o (a) Secretário (a) Municipal de Saúde. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, os questionários respondidos e identificados por números e codinomes, bem como os áudios das entrevistas gravadas, serão destruídos após a conclusão do trabalho. Os benefícios esperados são entender os aspectos da Rede Mãe Paranaense e propor novos modelos de gestão da rede. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Os resultados serão apresentados aos participantes após a conclusão do trabalho. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....  
 ..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves.

\_\_\_\_\_ Data:.....  
 Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Sandra Cristina Lima Vieira Santana de Farias, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....  
 Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Sandra Cristina Lima Vieira Santana de Farias

Endereço: 13ª Regional de Saúde, Praça da República, 71, centro, Cianorte -PR

(telefone/e-mail): (44) 36191908 - sandrafarias@sesa.pr.gov.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)