

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Simpósio Internacional de
Redes de Atenção Integral à
Saúde da Mulher e da Criança/

Rede Cegonha



Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Simpósio Internacional de
Redes de Atenção Integral à
Saúde da Mulher e da Criança/

Rede Cegonha



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Política Nacional de Humanização
SAF SUL, Trecho 2, bloco F, 1º andar, sala 102
Ed. Premium, torre II
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9130
Sites: www.saude.gov.br/humanizadas
www.redehumanizadas.net
E-mail: humanizadas@saude.gov.br

Coordenação:

Mariella Silva de Oliveira
Renata Adjuto de Melo

Organização:

Mariella Silva de Oliveira
Renata Adjuto de Melo

Revisão:

Renata Adjuto de Melo

Colaboração:

Adriana Lopes Lima Melo
Alexandre Rocha Santos Padilha
Alfredo Fort
Ana Paula Vinhal
Analia Cunha Pupo
Carmem Oliveira
Dário Frederico Pasche
Diego Victoria

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Eliane Santinha Tavares
Elias Fernando Miziara
Gisele Cordeiro Maciel
Harold Robinson
Helmécio Miranda Magalhães Júnior
Iriany Lopes
Ivo de Oliveira Lopes
João José Cândido da Silva
Maria Angélica Carvalho
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Gerlúvia de Melo Maia Angelim
Marie Pierre
Matilde Maddaleno
Pablo Durán
Terezinha Abigail

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Khamila Silva
Capa, projeto gráfico e diagramação: Léo Gonçalves

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
92 p. : il.

ISBN 978-85-334-2221-6

1. Rede Cegonha. 2. Obstetrícia. 3. Gestantes. I. Título.

CDU 618

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0037

Títulos para indexação:

Em inglês: International Symposium on Integral Attention Networks to Women and Children's Health/Stork Network

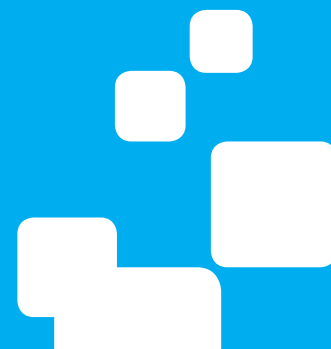
Em espanhol: Simposio Internacional de Redes de Atención Integral a la Salud de la Mujer y del Niño/Red Cigüeña

Sumário



1 Abertura: membros da Opas, do Unicef, da SPM, do MS e da SAS	5
2 Plano de Qualificação das Maternidades: estratégia para redução da mortalidade infantil e materna	23
3 SUS que dá certo: Exp. BH., Exp. Sofia Feldman., Exp. Mãe Curitibana, Curumim + debate	33
4 Parceiros Internacionais	59
5 Rede Cegonha: modo inovador e efetivo de construção coletiva das mudanças nas práticas de saúde	73
Referências	85
Anexo A – Resultados do trabalho coletivo no Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha	87

1 Abertura: membros da Opas, do Unicef, da SPM, do MS e da SAS



Adriana Melo¹

Figura 1 – Mesa de abertura



Foto: Guilherme Kardel.

O então ministro de Estado da Saúde e presidente do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha, realizou no dia 18 de abril de 2011 a abertura do **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha**. O evento teve como principal objetivo o lançamento da Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que busca promover a maternidade segura e o aprimoramento da atenção materna e infantil com base em estratégias e evidências que garantam a participação dos representantes do mais alto nível técnico e político, sensibilizando os atores estratégicos do SUS sobre a necessidade de aprimorar a atenção ao parto e construir alianças estratégicas por meio de estudos científicos e evidências da

¹ Apoiadora do Plano de Qualificação das Maternidades.

gestão brasileira e de outros países. A Rede Cegonha legitima-se no marco do Ministério da Saúde, em sintonia com atividades propostas com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e da comunidade científica internacional, estimulando o impacto de soluções inovadoras da atenção materna e infantil do SUS.

A cerimônia contou com a participação das seguintes autoridades na mesa de abertura: Iriny Lopes, ministra de Estado chefe da Secretaria de Políticas das Mulheres da Presidência da República; Diego Victoria, representante da Opas/OMS; Marie Pierre, representante do Unicef no Brasil; Harold Robinson, representante do Fundo de População das Nações Unidas do Brasil; Terezinha Abigail, chefe da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, representando a ministra Helena de Barrios, secretária nacional de Promoção da Defesa da Criança e do Adolescente; Carmem Oliveira, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Helvécio Miranda Magalhães Júnior, secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; Elias Fernando Miziara, secretário adjunto de Estado da Saúde do Distrito Federal; João José Cândido da Silva, secretário de Saúde de Florianópolis, representando o Conasems, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; e Santinha Tavares, conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representando a Rede Nacional Feminista de Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Após a apresentação do Hino Nacional Brasileiro, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, ressaltou a importância da troca de experiências nacionais e internacionais para o implemento dessa grande estratégia do governo federal, da presidenta Dilma Rousseff. Informou que a Rede Cegonha será implantada em todo o País, com prioridade para o Norte e o Nordeste, e cujas atividades já estarão sendo iniciadas a partir de pactuações na Tripartite. O secretário ressaltou também que estão sendo valorizadas experiências anteriores, de estados e municípios, e convidou a todos a fim de que, em um esforço conjunto, possam cada vez mais “garantir a vida e os cuidados para as brasileiras, brasileirinhos e brasileirinhas, o nosso futuro”. Em seguida, foi apresentado o vídeo institucional da Rede Cegonha.

Texto do vídeo institucional da Rede Cegonha

Para falar da Rede Cegonha, é necessário entender que, para este menino aqui, no parto e no nascimento, para a mulher, para o homem, para seus familiares e para a criança, gravidez e parto significam o início de uma nova vida. O SUS tem a garantia de acolhimento e cuidado para que ele prospere. A Rede Cegonha é uma proposta inovadora do Ministério da Saúde para implementação de uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito de planejamento familiar e gravidez, garantindo um pré-natal de qualidade, parto e pós-parto e, para as crianças, o direito ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. As ações desenvolvidas estão direcionadas ao fortalecimento do vínculo e da responsabilidade do serviço de saúde, da família e da comunidade. Conheça agora a Rede Cegonha.

A mulher que deseja saber se está grávida terá prioridade de atendimento nas unidades básicas de saúde e poderá fazer o teste rápido de gravidez. Caso seja positivo, a nova gestante terá uma linha de cuidados garantida. Desde os primeiros meses de gravidez, serão promovidas visitas nesse local, onde terá informações sobre as rotinas que os serviços adotam e os seus direitos, aumentando a saúde da mulher e da família. Mas isso não para por aí. A gestante receberá apoio para o transporte, garantindo as consultas de pré-natal e os cuidados à sua saúde e também à saúde do bebê.

As equipes serão qualificadas para oferecer conjuntos de boas práticas, focadas na humanização e na qualidade do parto. A maior preocupação é assegurar que a gestante tenha um parto seguro e de qualidade. No caso de gravidez de risco, haverá um atendimento especial para a gestante, que contará com a casa de apoio, que vai lhe proporcionar toda a assistência necessária durante os últimos meses de gravidez, até o momento do parto. No caso dos bebês, eles precisam de cuidados especiais após o seu nascimento. Essa casa de apoio à gestante é uma experiência inovadora do SUS, pois – além de garantir qualidade no atendimento de risco – oferece ambiente adequado e humanizado para a mulher.

Se ocorrer alguma urgência durante a gestação ou o trabalho de parto, a mulher será prontamente atendida pelo Samu Cegonha, que prestará os primeiros socorros e a encaminhará para uma maternidade que conta com serviços especializados para uma gravidez de risco. É importante falar que, durante o nascimento, em qualquer circunstância, serão tomados todos os cuidados com o ambiente, além de oferecer conforto e segurança para a mamãe e o bebê, garantindo um acompanhante de livre escolha da mulher em tempo integral. Ele receberá informações sobre os cuidados com a mulher e o bebê e orientações sobre a continuidade dos cuidados em casa.

Após o parto, a mulher dará seguimento ao atendimento de qualidade oferecido pela Rede Cegonha, recebendo todos os cuidados e as orientações necessárias. A criança também terá um cuidado todo especial durante o primeiro instante de vida. As equipes de Atenção Básica vão acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, verificar se a vacinação está em dia e incentivar o aleitamento materno. Essas equipes serão importantes referências para o cuidado da saúde da criança e da mulher, garantindo consultas e atividades para os pais e atividades educativas que promovam a paternidade responsável, oferecendo orientações e método de planejamento familiar.

A Rede Cegonha será uma das redes de saúde do SUS que deve assumir a oferta de serviços necessários para todas as mulheres e crianças brasileiras, garantindo a elas acesso com qualidade, uma rede de proteção e de defesa da vida. O artista Romero Brito, em apoio à Rede Cegonha, doou dez obras para o Ministério da Saúde, entre elas “Família”, “Gravidez”, “Cuidados Médicos” e “Nascimentos das Crianças”, que são belos quadros. As telas farão parte de uma exposição itinerante da Rede Cegonha. O dinheiro do seu imposto retorna para a sua saúde.

– x –

Após a apresentação do vídeo institucional da Rede Cegonha, seguiu-se às falas das autoridades presentes. O representante da Organização Pan-Americana/Organização Mundial da Saúde no Brasil (Opas/OMS), Diego Victoria, ressaltou a responsabilidade dos gestores do SUS na implementação concreta da Rede Cegonha. Afirmou que a presença do representante das Nações Unidas na mesa de abertura do evento é a indicação clara da pertinência da política e da iniciativa do governo brasileiro na garantia de princípios fundamentais, como o direito principal à vida, o direito das mulheres e o direito das crianças para nascer, crescer e mudar de vida, além dos direitos fundamentais que garantam realmente o cumprimento das metas e dos objetivos de desenvolvimento de práticas relacionadas à redução da mortalidade materna. Destacou o compromisso da presidenta Dilma Rousseff e afirmou que, para a Opas e a OMS, é um prazer muito grande compactuar com uma política de saúde de estratégia máxima, o que demonstra o valor intrínseco de integridade e ética deste governo. Parabenizou os ministros e a presidenta por todos os profissionais que fazem o bem, ressaltando que o Unicef e também a Opas vão querer acompanhar a implementação dessa política. Salientou que o SUS é realmente o sistema de saúde que tem de garantir saúde à população, que a condição mais concreta da democracia é o SUS e que essa instituição que tantos brasileiros e brasileiras defendem tanto e com tanto amor não é só a expressão de democracia no Brasil, mas sim a expressão da democracia para garantir o acesso universal com qualidade a toda a população das Américas. Reafirmou a sua presença no evento de forma efetiva para

discutir e analisar a política, para conhecer também as boas práticas que vêm das Américas, enriquecendo esta iniciativa, como uma estratégia para implementar realmente uma resposta social organizada mediante um sistema social de democracia, que é o SUS.

Em seguida, a representante do Unicef no Brasil, Marie Pierre, lembrou as palavras da presidente Dilma Rousseff, quando ela afirmou que o País só pode ser medido pela atenção que dá às mães e às crianças e parabenizou o Brasil por ter adotado esta estratégia na linha de saúde, a Rede Cegonha das mulheres e das crianças. Ressaltou que, nos últimos 20 anos, o Brasil tem muito a celebrar, como a expressiva redução da mortalidade infantil, o aumento da cobertura do serviço de saúde e a redução da pobreza. Porém, o Brasil ainda é desafiado pelas iniquidades que atingem mulheres, crianças indígenas, afro-brasileiras, populações residentes na Amazônia, no semiárido brasileiro, nas áreas rurais e nas comunidades rurais dos centros urbanos. Destacou que a Rede Cegonha reconhece essas questões como prioritárias para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sejam uma realidade não só para muitas famílias, mas para cada mulher, criança e cada adolescente. Destacou ainda que, em seu entendimento, a iniciativa Rede Cegonha nasce em função da intersetorialidade fundamentada nos princípios da universalidade, provendo o cuidado. Afirmou que, sem dúvida, este é um imenso desafio não só para a Saúde, mas também para as políticas sociais e de educação, para que o Brasil desponte no mundo como uma nação que dá atenção às suas crianças. Referiu que o Unicef acredita que o Brasil tem capacidade e recursos para superar esses desafios. Destacou que os desafios superados pelo Brasil contribuem para a construção e o conhecimento de poucas práticas que podem servir de interesse para muitos outros países, especialmente na América Latina e do continente americano. As estratégias da Rede Cegonha podem ser uma das mais importantes linhas de cuidado e solidariedade entre os países, inclusive com os mais desenvolvidos. Por fim, parabenizou todos no Ministério da Saúde e reafirmou a iniciativa e o compromisso do Unicef, ao lado das outras agências das Nações Unidas e da Opa, em continuar trabalhando em conjunto com a sociedade brasileira na luta contra a iniquidade, na luta para que cada criança e adolescente tenham todos os seus direitos assegurados no presente e no futuro.

A ministra de Estado, chefe da Secretaria de Políticas das Mulheres da Presidência da República, Iriny Lopes, ao fazer uso da palavra, ressaltou ser mãe de três filhos, todos os três nascidos no SUS, e que se sente enaltecida, pois ocupa agora um Ministério importante para o governo da primeira mulher presidente do País, trazendo sua militância e sua história de vida. Afirmou ser inexplicável e inaceitável que no século XXI mulheres possam morrer de parto. Argumentou que uma das maiores reivindicações das famílias brasileiras, das mulheres brasileiras e dos

movimentos de mulheres brasileiras é o enfrentamento e a superação da mortalidade da mulher no parto. A Rede Cegonha vem para resolver e enfrentar esse problema. Citou que, ao assumir o Ministério das Mulheres, em reunião com o então ministro Padilha, reafirmou o compromisso de campanha da presidenta Dilma, de recuperar o Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Já no mês de março daquele ano, a presidente começou a enfrentar esse problema, quando tratou de melhorar as condições do diagnóstico e do tratamento de câncer de mama e útero, a partir da criação de programa lançado em Manaus (AM) e em Belo Horizonte (MG), quando foi lançada a Rede Cegonha. Segundo a ministra, todo o acompanhamento da gravidez de uma mulher é uma atitude de respeitar um direito humano que precisa ser não só respeitado, mas sacramentado, além de criar as condições para garantir que as mulheres possam contar com uma rede integrada que está voltada para atendê-las desde a primeira consulta (no mínimo, sete), fazendo ali a previsão do que poderá ocorrer com elas e com suas crianças. Além disso, irá garantir um espaço onde a mulher terá o seu bebê, visto que é importante, neste momento especial, ter a atenção técnica, insubstituível, mas também a qualificação das pessoas para tratar com humanidade e carinho naquele instante fundamental. A mulher termina um pedaço da sua maternidade para iniciar outra etapa e uma nova criança chega a este planeta com o direito de receber carinho e atenção, para que não lhe falte nada, para que o parto seja o primeiro passo de uma vida com dignidade. Esse é o espírito da Rede Cegonha, corajosa por enfrentar a mortalidade humana e respeitosa por entender que é uma parte importante do conjunto de políticas para a saúde das mulheres, ou seja, relevante por respeitar e criar uma nova condição às gerações. Para a ministra, a Rede Cegonha é um passo decisivo para construirmos um Brasil melhor; é uma demonstração clara e inequívoca dos compromissos assumidos em campanha, que não serão apenas discursos, mas se transformarão em práticas e estarão sendo executados pelo governo da presidenta Dilma. Garantiu estar com a presidenta neste processo, na certeza de estar dando um passo para alcançar o Brasil ideal pelo qual todos nós lutamos há tantos anos. Parabenizou a todos e convidou os participantes para que se esforçassem para garantir que o citado programa tenha êxito para o bem do País, para as novas gerações e para as mulheres brasileiras.

Figura 2 – O então ministro Alexandre Padilha



Foto: Guilherme Kardel.

O então ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, saudou os participantes, os componentes da mesa e toda a equipe de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, representada por Dário Pasche e Ester Vilela, destacando todas as pessoas que se envolveram intensamente, integralmente, na produção da Rede Cegonha. Ressaltou a importância de se ter, na mesa, Santinha Tavares, uma representante dos usuários do SUS. Citou o esforço da equipe do Ministério não só na criação, mas, sobretudo, na implementação da Rede Cegonha, uma das estratégias de fortalecimento do conjunto de redes de atenção do SUS, como um dos componentes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Conforme salientou o ministro, esse esforço surge de um binômio que, de um lado, tem a indignação e, de outro lado, a esperança. Indagou como um país que caminha para ser a quinta economia mundial enfrentou tantas desigualdades ao longo da sua história, um país que é uma das maiores democracias no Ocidente e no mundo hoje, cada vez mais respeitado no planeta, mas que ainda vive uma profunda exclusão

das mulheres e dos setores recorrentes, o que causa indignação. No entanto, segundo o ministro, há esperança, pois é preciso aproveitar a oportunidade de se ter, pela primeira vez, uma mulher na Presidência da República deste País, para que todos os problemas das mulheres sejam uma absoluta prioridade do governo federal, dos governos estaduais e dos governos municipais. Assegurou que, se depender do Ministério da Saúde, o tema da atenção integral à saúde da mulher será absoluta prioridade no sistema de saúde. Argumentou que é uma indignação também convivermos ainda com taxas muito elevadas de mortalidade materna, sobretudo com a preocupação de que este será um dos poucos Objetivos do Milênio na área da Saúde, e que o Brasil conseguirá atingir a meta desejável em 2015. Conforme citou Padilha, não é possível a mulher morrer no parto ou por decorrência do parto. O SUS, ao longo dos seus 22 anos, tem demonstrado enfrentar indicadores inaceitáveis, taxas com as quais não podemos concordar. Uma das grandes demonstrações disso foi a redução da mortalidade infantil ao longo dos anos. A indignação também, para o ministro, foi o resultado de uma pesquisa, realizada pela Fundação Perseu Abrão, que apontou que 27% das mulheres relataram um tipo de violência, seja verbal ou maus-tratos, durante o trabalho de parto e a assistência ao parto na rede pública brasileira, o que denota um sentimento de restrição no ato de atenção à saúde e exclusão dos direitos. Mas, segundo o ministro, há a esperança de que o SUS, ao longo dos seus 22 anos, conseguiu construir novas práticas que antes não existiam, reforçando e garantindo acesso universal. O SUS mostrou que é possível fazer diferente, é possível que as mulheres não sejam violentadas em qualquer momento de suas vidas e muito menos em um momento tão especial. Um sistema de saúde que tem um componente de segurança e de sentimento de defesa, de sentimento de resolução de dúvidas e de esclarecimento sobre o que vai acontecer com ela, com o filho, durante toda a gestação, para o bem dessa criança.

Outra indignação apontada por Padilha foi o fato de o Brasil ainda ter quase 13 mil casos de sífilis congênita por ano, sendo que uma grande proporção desses casos está nas grandes cidades do País. Mas, segundo o ministro, ainda há falhas mesmo tendo-se um diagnóstico e um tratamento tão simples, com o uso da penicilina. Por outro lado, o SUS demonstra que é possível enfrentar doenças infecciosas no momento da gestação e do parto, como foi a redução do vírus HIV, tão mais complexo de enfrentar. É necessário proporcionar tratamento à mãe, cuidar do parto e tratar o bebê. A mesma indignação também é sentida com o fato de que, apesar de toda mulher ter o direito de conhecer o local onde será o parto, de que toda mulher tem o direito de levar um acompanhante de sua confiança, seja ele quem for, quem ela quiser escolher, ainda há gestores e outros profissionais de saúde que desconhecem essa lei. Há indignação com esse fato, mas também há esperança porque, quando este País determinou que toda criança

deveria ter acompanhante durante a sua internação, vários gestores falaram que isso seria impossível, que iria acarretar altos custos, que iria desorganizar o serviço. Falaram que o acompanhante poderia aumentar riscos de infecção, atrapalhar o cuidado. No entanto, ao longo dos anos, o sistema de saúde garantiu esse direito básico para toda criança e, com o tempo, as unidades foram percebendo que, além de não atrapalhar em nada, a presença do acompanhante só ajuda no cuidado da criança.

Continuando, Padilha afirmou que um motivador básico para todos nós que construímos o SUS, ao longo dos anos, é não poder tolerar os indicadores inaceitáveis. Informou que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco iria lançar, no dia 25 de maio, um pacto estadual contra indicadores inaceitáveis nas áreas da Saúde, da Assistência Social e da Educação, argumentando que, no Brasil, é intolerável a manutenção desses indicadores e desses fatos. Para muita gente, segundo o ministro, a Rede Cegonha é um projeto ousado, pois, em vez de querer lançar um programa pontual sobre algum aspecto da gestante ou da criança, lança um programa que cuida e busca articular uma rede de cuidados que vai desde o momento em que a mulher diz se quer engravidar ou não, passando pelo acesso ao planejamento reprodutivo, pelos métodos anticoncepcionais, pelos programas de educação sexual na escola, passando ainda pelo pré-natal, pela assistência hospitalar no momento do parto, até os cuidados puerperais e o acompanhamento da criança até os 2 anos. Afirmou que ousado é ter uma mulher como presidente da República e é com ousadia que o SUS consegue enfrentar um conjunto de problemas que afetam as mulheres. Dirigindo-se às representantes dos movimentos de mulheres presentes ao evento, as quais considerou fundamentais para o avanço da democracia, para o fortalecimento cada vez maior da ocupação de espaço na política, na economia e na sociedade, ele afirmou ter absoluta convicção de que o Ministério da Saúde, ao lançar a Rede Cegonha, em nenhum momento abdicou do compromisso da atenção integral à saúde da mulher. Argumentou que é necessário que estejamos atentos, uma vez que as mulheres foram muito excluídas aos longos dos anos, tratadas como se a sua única opção na vida fosse o destino de servir ao papel de mães e de cuidadoras de crianças. Padilha informou também que o Ministério da Saúde recebeu, em janeiro daquele ano, toda a rede feminista para conversar e construir pautas. Em fevereiro, o MS determinou como notificação obrigatória (da rede privada ou pública) qualquer ato de violência à mulher. Ele disse ainda que, durante o carnaval, o MS escolheu como tema central da campanha de combate às DST/aids e às hepatites virais o foco nas mulheres. Salientou que essa estratégia durante os anos inverteu o número de mulheres infectadas por HIV em relação aos homens, sobretudo nas faixas etárias dos mais jovens, com uma proporção de dez mulheres para cada oito homens infectados. Isso se deve, em parte, à geração que não teve acesso às referências no combate e na luta contra a aids e também, em parte, à questão de que essas mulheres jovens

estão vivendo; portanto, foi fundamental e importante o Ministério da Saúde ter tratado como tema central do carnaval o combate às DST/aids na mulher.

Padilha informou que o Ministério lançou em março daquele ano, na cidade de Manaus (AM), no Norte do País, cujo local não foi escolhido à toa, um amplo programa para qualificar o conjunto da rede das ações de prevenção e promoção, com ações de diagnóstico e tratamento de câncer do colo de útero e câncer de mama. O Ministério, por decisão da presidente, colocou todo um conjunto de investimentos e de esforços na construção dessa rede. Segundo Padilha, a presidente está sendo ousada no esforço de construir essa ação, no investimento para os exames preventivos, proporcionando acesso e diagnóstico. Salientou que serão avaliados todos os mamógrafos deste País e que seria divulgado no *site* do Ministério o endereço e o grau de produtividade dos aparelhos. Não é possível que o País continue comprando mamógrafos cuja distribuição talvez não esteja sendo adequada ao acesso.

Informou também que o Ministério vai tratar da política de urgências e emergências, influir e pactuar no espaço da Tripartite uma atenção muito específica para o tema da violência contra as mulheres, com o foco na urgência. O Ministério vai tratar do assunto com corte específico e pactuar na Tripartite a saúde mental das mulheres, a Política Social de Saúde Mental e o fortalecimento da Rede de Saúde Mental. Também serão tratados o climatério, a menopausa e a saúde das trabalhadoras. Salientou ser importante e fundamental a participação do usuário, chamando a atenção, reclamando, participando ativamente, pois só se promove a saúde e as práticas de saúde, a organização dos serviços, a definição das políticas no campo da Saúde, sejam nacionais, municipais e estaduais, se houver intensa participação do usuário e mecanismos cada vez mais permanentes para a sua satisfação. Comentou que o sonho do secretário Helvécio Magalhães é ter os números de telefone das 3,2 milhões de gestantes deste País, para que, depois dos partos, a Ouvidoria ativa possa lhes perguntar como foram os partos, se elas se sentiram violentadas, se os acompanhantes ficaram junto delas e se elas se sentiram respeitadas. Convidou a conselheira Santinha e todos os representantes de usuários para que caminhassem com o Ministério, para que fizessem um aviso preventivo nos conselhos estaduais e municipais, para que utilizassem os instrumentos da Ouvidoria como espaços de cobrança e acompanhamento da implementação da Rede Cegonha. Informou que quer os comitês de vigilância da mortalidade materna participando com a sociedade, como comitês de acompanhamento da Rede Cegonha. Será criado o comitê nacional de envolvimento da sociedade, como um conjunto de órgãos para a saúde da mulher, com a participação dos movimentos de mulheres, para propor e discutir os

passos de implementação. Será fundamental também a participação de secretários estaduais, municipais, governadores e prefeitos. Padilha afirmou que acompanhou toda a construção desse trabalho, o processo de redução da mortalidade materna, sobretudo com foco nas regiões Norte e Nordeste do País, onde o Ministério construiu os programas *Mais Amazônia* e *Mais Nordeste para a Cidadania*, sendo decisivo o envolvimento dos governadores e das governadoras para a execução das ações. Há país que não fecha a notificação de uma criança morta enquanto não se descobre do que ela morreu. Da mesma forma não ocorre a notificação do falecimento de uma mãe quando ainda não está claro o motivo de sua morte. É necessário definir qual deve ser o percurso do conjunto da rede, e isso é possível quando o governador, o prefeito ou prefeita assumem o compromisso, assim como a nossa presidente assumiu para si a necessidade de continuarmos nos indignando e buscando, sobretudo no caso da Rede Cegonha, cuidar das mulheres, que são geradoras de vida, e das crianças, que são os portadores do futuro do Brasil. Em seguida, despediu-se da plateia e os convidou ao trabalho.

Dando seguimento ao evento, o secretário nacional de Atenção à Saúde, Helvécio Magalhães, passou à apresentação do projeto da Rede Cegonha. Lembrou que está sendo cumprido o compromisso feito pela então candidata Dilma Rousseff na campanha, cujas razões já foram enumeradas pelo ministro Padilha, quando citou alguns indicadores inaceitáveis como normais, diante de um patamar de desenvolvimento que o Brasil já alcançou. Por isso, o Ministério traz a marca fundamental da Rede Cegonha. Lembrou que já foi lançada a Rede de Atenção Oncológica, em especial contra o câncer de colo do útero, que vai ressignificar uma Rede de Atenção Oncológica no Brasil, e que serão lançadas, após a pactuação em estados e municípios, a Rede de Urgências e Emergências e também a Rede Psicossocial de Atenção à Saúde Mental, incluindo a questão das drogas. O secretário informou aos presentes que foram intercalados na apresentação alguns dos quadros do artista plástico Romero Brito, que doou as telas como forma de divulgar e levar o tema para todo o País. Reconhecendo o cuidado para com esse tema, o Ministério da Saúde entendeu que não podia dar passos para trás ao não acordar a saúde integral da mulher. Por isso, optou por não tratar das questões específicas da mulher de um lado e as questões específicas da criança do outro, sabendo da intersecção óbvia entre os dois aspectos, mas compreendendo que são questões que, na sua totalidade, remontam a paradigmas diversos. Continuando, o secretário ressaltou a redução dos índices de transmissão vertical em Florianópolis (SC), informou que iria até a referida cidade verificar os dados e lembrou a longa história do movimento sanitário, sendo que o próprio Ministério da Saúde, estados e municípios, no campo da Atenção à Saúde Integral da Mulher, podem reconhecer avanços, iniciativas e experiências acumuladas. A Rede Cegonha reconhece tais experiências

em diversos municípios e estados brasileiros, vários pontos, na verdade, uma série de iniciativas que foram a base conceitual da experiência.

O secretário Helvécio Magalhães também fez menção a uma recente discussão de alinhamento estratégico da SAS, na qual se debateu a saúde integral da mulher. Independentemente do fato de a Rede Cegonha ser uma marca mais externa dessa atenção, ele afirmou não ser possível desconsiderar os níveis intoleráveis da mortalidade infantil. Referindo-se à fala do ministro Padilha, afirmou ser absolutamente indecente que um terço das mulheres sofra algum tipo de violência no momento do parto e que deve ser dada uma atenção especial à questão dos direitos reprodutivos. No contexto geral da atenção integral, falou da questão do câncer e que as doenças próprias do campo ginecológico precisam ser abordadas com o devido cuidado. Mas citou também que as doenças crônico-degenerativas, que afetam a população como um todo, variando de lugar para lugar, de idade para idade, têm alto impacto nas mulheres, além de uma série de questões que não serão abandonadas, mas sim trazidas para o centro da agenda. Em relação às crianças, mencionou que há um acúmulo importante do tema pelo País afora, cujos dados nos autorizam a comemorar resultados. Mas, segundo a presidente Dilma, não podemos ficar olhando para trás e comemorando, mas devemos gerir o sistema e enfrentar os enormes desafios de trazer a mortalidade infantil como um dos marcadores, pois temos muito mais coisas para acompanhar e monitorar, mesmo o tema da violência contra as crianças, a doméstica, a violência na escola, na rua, temas contemporâneos e desafiadores para o SUS. A tarefa agora é no sentido de que é preciso dotar o SUS desse esforço, conforme o lema do Ministério, ampliar o acesso e a qualidade, como forma de valorizar o que interessa, que é o usuário do SUS. Para transformar tudo isso em redes de atenção à saúde, é muito importante o acúmulo conceitual, gramático, mas temos que fazer sentido na vida real, na atenção primária, na especializada e na urgência. Esse é o desafio com relação à criança, com ênfase em alguns aspectos não tratados ao longo dos anos, a própria saúde mental, a duração de toda a gestação e os primeiros meses de vida, resgatando a estratégia iniciada na gestão passada, que será dinamizada e ampliada, a dos “brasileirinhos saudáveis”. Lembrou ainda a questão da violência contra a criança, causada nessa primeira idade, enfim, o cuidado com a infância.

A situação de Maceió (AL) e Aracaju (SE) também foi lembrada pelo secretário Helvécio Magalhães, com maternidades superlotadas, ressaltando que há diversos municípios em que a gestante tem que se deslocar 200 km para a capital. Existem diversas cidades sem maternidades, o que impede o registro de crianças nascidas nas suas cidades. Registrou o acúmulo recente da redução da mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, um processo iniciado no conjunto da Rede Cegonha, e não é à toa que a prioridade continua sendo, por

decisão da presidente Dilma, começar (sem prejuízo para as outras regiões) pelo Nordeste e pela Amazônia. Os números da mortalidade ainda são intoleráveis. O atual estágio de desenvolvimento do País e de financiamento do SUS possibilita buscar recursos adicionais. Segundo o secretário, é possível mudar a realidade, mesmo com o atual padrão de financiamento, o que nos alinha a enfrentar os desafios. A rede hoje é de atenção fragmentada, é um ajuntamento de serviços, não tem instituição definida, não tem fluxo, responsabilidade pública, não é obrigatoriamente gerido, não tem o sentido genuíno e, quando se desgasta um serviço, se fragiliza a rede toda. Em um sentido mais original de rede, o grau de resolutividade é muito baixo em relação ao padrão que alcançamos. Mais do que isso, as enormes desigualdades percebidas entre as regiões, no mesmo estado e dentro das grandes cidades, desigualdades com taxas de 100% ou 150%, são diferentes em uma mesma grande cidade, mesmo nas mais evoluídas.

A Rede Cegonha apresenta-se como uma prioridade que vai de encontro a um modelo ainda hegemônico de cuidado e atenção que não segue as boas práticas, o que é suficiente para que sejam humanamente reconhecidas na história da humanidade. Segundo o secretário, deixamos de utilizar práticas saudáveis para usar outras que têm pouco a ver com a garantia de defesa da vida, de felicidade e saúde das mulheres e crianças. Nesse sentido, a humanização é um caminho avassalador que pode nos ajudar. Portanto, o caminho que devemos seguir claramente foi pensado desde o direito à saúde reprodutiva, a questão do aborto no Brasil, a gravidez desejada e segura, um cuidado especial com adolescentes e mesmo crianças durante todo o período da gestação, a questão do parto, os direitos também para as crianças desde o nascimento, a geração segura, feliz, enfim, todo o crescimento e desenvolvimento. Helvécio afirmou que, com esses princípios, o Ministério vai agir determinadamente em parceria com estados e municípios para fazer valer não o discurso, mas a prática da importância dos esforços brasileiros, os comitês de mobilização, com a sociedade civil presente, os movimentos feministas, os conselhos, o Ministério Público, a imprensa, as pastorais, os sindicatos, todos importantes nessa verdade cruzada para a defesa dos direitos.

Cada caso de morte, segundo o secretário, deverá ser tratado não como uma taxa, mas como uma catástrofe que precisa ser investigada, uma questão de governo muito importante. Deverão ser levadas para o centro do debate, da questão gestora, essas questões do modelo humanizado no nascimento, o parto seguro da criança, a questão que nos garanta uma rede com acesso e resolução. Evidentemente, como evento final, ocorrerá a redução das taxas. Lembrou que serão priorizados a Amazônia e o Nordeste, cumprindo o princípio constitucional para os iguais, que é tratar quem está diferente, que não nasceu diferente, mas está diferente por questões econômicas e sociais e, portanto, precisa de um

cuidado diferente. Helvécio citou que, inicialmente, a Rede Cegonha foi proposta para algumas regiões, mas a presidente determinou que deveria acontecer em todo o Brasil, com garantia da prioridade para o Nordeste e a Amazônia, mas para todas as brasileiras e devendo começar onde for possível, apoiando as iniciativas sem perder o foco, considerando-se que há lugares em que as taxas às vezes são piores.

O secretário sugeriu que a cada movimento, a cada portaria, haja uma pactuação intergestores, referindo isso como uma prioridade. Comunicou que estão sendo finalizados os acordos no Conass e no Conasems e que será lançada a política de saúde para o Brasil em cada região onde for possível trabalhar com os números. Serão considerados os indicadores de pré-natal, um componente muito importante dentro da rede como um todo. Argumentou que seria um dos compromissos nos quatro anos seguintes e que isso seria para todos os mais de 5 mil municípios brasileiros, pois todos têm o direito e o dever de fazer a atenção básica. Haverá incentivos específicos para isso e o Ministério vai fazer uso de acompanhamento, uma novidade para toda a rede. Outra ação a ser priorizada será a detecção mais precoce possível da gravidez, de forma ágil, que se consegue fazer em farmácia, mas será feita na rede pública, com o acompanhamento das meninas nas escolas, sem muito tormento, sem dar os nomes das garotas ou das mães, para fazer um teste desses. Enfim, esta ação é muito importante, pois dialoga com a questão dos adolescentes, para mesmo precocemente já se fazer o possível e agendar a primeira consulta, com calma. São mais de 3 milhões de gestações no Brasil, pelo menos 70% ou 75% no SUS. Serão realizados 3 milhões de testes rápidos para sífilis, extensivos inclusive para pacientes casados. Ele ainda reafirmou o desenvolvimento tecnológico brasileiro sustentável. Informou que esta ação será iniciada com os municípios que têm maiores índices de sífilis congênita, cujos estados já foram mapeados. O teste, segundo o secretário, custa em torno de R\$ 10,00, mas está sendo negociada a redução deste valor com a indústria farmacêutica. Assegurou aos gestores uma novidade em relação aos exames. Hoje, o Ministério transfere aos estados somente 10% do valor dos exames e os municípios arcam com 90% dos custos. A novidade é que o governo passará a financiar 100% dos exames. Haverá o acolhimento do ponto de vista do pré-natal com qualidade. O Ministério sabe das dificuldades e vai apoiar quem precisa disso. Na verdade, ainda temos apenas 63% dos nascidos vivos com sete consultas, sendo que o objetivo do Ministério é cobrir 100%. Helvécio afirmou que já temos condição e aparato para isso, existem avanços no processo de trabalho e sustentação financeira. A grande peleja será intervir no que chamamos de “a alta do pré-natal”. Para tanto, deveremos fortalecer o vínculo com as maternidades. As gestantes devem conhecer a maternidade e potencialmente terão direito de escolha, opção regulatória que as experiências demonstram. A central de regulação deve contar com o compromisso de todos os pontos de

atenção obstétrica e todas as maternidades devem ter o compromisso da vaga sempre, com ouvidoria atuante. O secretário reafirmou a necessidade de haver acolhimento sempre e quanto mais contato prévio melhor, conforme demonstram as experiências exitosas. A gravidez de alto risco também terá um olhar diferenciado, pois é sempre um recurso adicional para a atenção especializada.

Outra coisa importante, defendeu o secretário, identificada a partir de escuta dos movimentos populares e de gestores, é a falta de frequência do pré-natal. Também será dada atenção para as doenças crônicas. A questão do transporte será tratada com cuidado para as potenciais 300 mil gestantes. Será acoplado ao cartão do Bolsa Família, nas agências da Caixa Econômica Federal, o equivalente a sete consultas do pré-natal, um valor estimado para o deslocamento, conforme uma média brasileira. Quem não é do Bolsa Família, afirmou Helvécio, receberá o montante nas lotéricas. Isso retrata um compromisso: além do efeito concreto, há uma ação afirmativa que é um cuidado que interessa ao Estado brasileiro. Ressaltou que há algumas experiências pelo País afora premiando e apoiando a mulher que conseguiu fazer suas consultas com o devido acompanhamento. Também será concedido o vale-táxi para o momento do parto, para que a mulher possa ter um parto tranquilo. Será uma tangente ao Samu, que trabalha com muito sucesso. Em vez de a polícia, os bombeiros ou os motoristas de táxi ficarem fazendo partos pela cidade afora, que esta seja uma atuação genérica do Samu, ou seja, atender gestantes em período de consulta. Isso será colocado como condição para a implantação do Samu, com treinamento para que não haja sofrimento adicional para a equipe. O Samu terá a marca da Rede Cegonha para saber que essa atividade é uma obrigação, e não um favor. Na visão do Ministério, atender o sofrimento mental é também coisa do Samu. Muitas unidades foram equipadas desde a gestão passada e o Ministério continuará com o esforço de equipá-las com reanimação no caso de situações mais dramáticas.

Continuando, o secretário afirmou que é necessário que o Ministério da Saúde assuma qual é a prática mais saudável e recomendável para o parto no Brasil. Embora não tenha sido formalizada ainda, essa discussão vem se acumulando, sobretudo sobre parto normal, no sentido de intervir na epidemia de cesarianas no Brasil, muitas vezes a serviço da economia e do bem-estar de alguns médicos. Acertar isso nos estados e nos municípios é papel do Ministério da Saúde. Esse seminário já é um avanço nesse sentido, uma vez que a intenção é dar os passos necessários com as sociedades especializadas, com os movimentos, mais no sentido de colocar isso cada vez mais em debate, seja no setor público (no SUS) e na saúde suplementar, em que isso é pior ainda, visto que os planos de saúde copiam suas práticas literalmente do modelo americano. Para o MS, é muito importante haver clareza na intervenção na maternidade, sendo o tempo de quatro anos uma intervenção muito significativa.

Já existem muitas alternativas em curso e a posição do ministro é a de apoiar as iniciativas. Evidentemente, terá de haver ambiência física adequada, senão sequer será aprovada como convênio do Ministério da Saúde. Será necessário ampliar a rede, baseada em um conceito não só de suficiência, mas também de acesso geográfico. Não é possível a gestante viajar os tais 200 km. Em um país continental como este, é importante a questão da equipe completa, de qualidade no trabalho, o cuidado com o médico, condições mínimas de trabalho para a equipe. Tem de haver o meio termo entre a escala do serviço obstétrico e a distância a ser percorrida, principalmente no que se refere às regiões da Amazônia e das cidades do interior e das periferias violentas das grandes cidades, que significam barreiras concretas de acesso. É necessário ampliar a rede com o devido monitoramento e a presença das SES, do Cosems, a representação dos municípios polarizados e a presença do Ministério da Saúde, que, utilizando-se de indicadores, fará o acompanhamento de perto. É prerrogativa e dever do Ministério da Saúde estar presente institucionalmente, observando se o que foi decidido está sendo cumprido (como, por exemplo, a aplicabilidade das leis existentes) e monitorando a insuficiência de leitos de alto risco, UTI e neonatal.

A ideia do MS, endossada pela presidente, é reforçar a questão de que gravidez não é doença. Isso deve ser trabalhado nos hospitais, para que seja garantido atendimento diferenciado, o que significa um desdobramento operacional no processo de trabalho. Serão realizadas avaliações permanentemente, para que, segundo Helvécio, esta ação seja transformada cada vez mais em política de Estado, garantindo o parto e o nascimento seguros e humanizados. No caso das maternidades já instaladas ou do hospital geral com maternidade, haverá estímulo e apoio à prospecção de centros de parto normal, com possibilidades de haver tecnologias mais seguras e humanizadas. Lembrando o modelo do Hospital Sofia Feldman, ele citou que as alas e os espaços devem ser diferenciados (hospital e casa de parto). Salientou também ser um orgulho o apoio aos leitos cangurus, uma tecnologia simpática e resolutiva. Reforçou mais uma vez que a ideia do MS é envolver o território regional e local, os estados e os municípios em uma força coordenada pelo Estado, com a participação direta do Cosems e do polo. Deverá ser feito um diagnóstico da situação da rede, a qual chamou de “situação geral intergestora”, na relação federativa, no mapa sanitário inicial, que deverá ser projetado de forma ideal, e esse caminho deve ser considerado o plano diretor da região e virar efeito concreto para que todos possam constatar. Estados e municípios farão investimentos, mas a maior parte será do Ministério da Saúde. Segundo o secretário, deverão ser construídas maternidades, respeitando-se a questão local, ampliando os serviços onde eles forem necessários, pois há grande estímulo para a melhoria das questões objetivas. Para não dizer que só fazemos mais do mesmo, salientou ele, mesmo que só precise fazer

mais do mesmo em muitos casos, o Ministério financiará 100% das casas de gestantes, bebês e puérperas, tanto para investimento quanto para custeio definitivo, consolidando e valorizando várias experiências exitosas pelo País afora. Estas casas são absolutamente necessárias, não são apenas uma figuração na rede, mas um instrumento potente para qualificar o cuidado. Nesses espaços, a mulher não ficará apenas para amamentar, mas será acolhida a gestante que mora a centenas de quilômetros da maternidade e a criança que precisa engordar e, para isso, ocupa um leito hospitalar. A casa resgata o ambiente mais familiar, fora do contexto hospitalar, porém com apoio adequado e seguro. As experiências existentes são positivas, ressaltou. Quando o bebê fica retido, a mãe precisa de uma atenção especial. A gravidez de risco também precisa de um cuidado mais vigilante. Muitas vezes, ela pode antecipar a ida para essa casa ficando em lugares especiais, como acontece em Belo Horizonte (MG) ou em regiões de difícil acesso. O marido se assegura de que ela esteja lá e, depois do nascimento, se ela precisar, terá um cuidado diferenciado, com tecnologia de alta complexidade de impacto. Helvécio afirmou que é uma intenção do MS espalhar esta tecnologia, sendo colocado como condição que cada maternidade de referência esteja na Rede Cegonha, assegurando atendimento efetivo e humanizado.

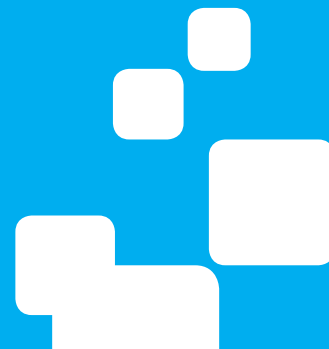
Sobre a atenção ao recém-nascido, continuou Helvécio, outra tecnologia simples está sendo proposta, já tendo sido experimentada por muitos municípios e com sucesso: o cuidado na primeira semana. A alta da maternidade não pode encerrar o cuidado. O MS propõe o acompanhamento sistemático da criança, para nos dias seguintes ao parto também haver cuidado especial com o bebê. Fez menção especial ao teste do pezinho, ressaltando o importante cuidado com as doenças detectáveis pelo referido teste. Como é do conhecimento de todos os gestores e profissionais de saúde, é fundamental o cuidado desde a gravidez, depois na primeira infância, com relação a doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares. Algumas doenças começam no útero e passam pela primeira infância. A prevenção contra a obesidade começa nessa fase, com uma alimentação bem orientada, sendo isso muito importante para as gerações do futuro, para pensarmos no País e a população brasileira com menos carga de risco cardiovascular.

Outra discussão importante foi apontada pelo secretário quando lembrou as dificuldades com composição de quadros profissionais. Citou que se isso tudo acontecer sem gente para atender o público, sem gente bem informada, não será possível atingir os resultados esperados. Informou que a *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* (SGTES) discutiu recentemente com o Ministério da Educação (MEC) e as entidades médicas a necessidade de mais médicos e enfermeiros, profissionais necessários para qualificar a rede, para ampliação do SUS. É importante a formação adequada e, para tanto, o MS estará

lançando uma série de políticas, como a fixação de profissionais de saúde em regiões remotas de alta vulnerabilidade, periferias das grandes cidades, inclusive no Sul e no Sudeste. Já existe o apoio do MEC nesse sentido. Será utilizado o aparato do Telessaúde, progressivamente, não só nas universidades, mas também na rede municipal. Informou que a presidente já definiu banda larga para todas as unidades básicas de saúde, como já foi feito para a educação.

Helvécio ressaltou a importância da participação dos comitês de mortalidade materna, comitês públicos com participação da sociedade, Ministério Público, pastorais, sindicatos e movimentos sociais, núcleos hospitalares de vigilância, entre outros, na implantação e efetivação da Rede Cegonha. Garantiu que o MS está preparando todo um aparato para implantar a certificação de qualidade, a divulgação dos investimentos e o monitoramento público dos indicadores. Disse que a Ouvidoria Nacional está acompanhando várias experiências municipais por telefone, ligando para as pessoas para saber como foram atendidas, se foram bem tratadas, se fizeram os exames de rotina. É perfeitamente possível acompanhar a realização do exame de mamografia na idade certa, monitorar mulheres com 40 ou 50 anos de forma sistemática, também divulgando os resultados. Informou, ainda, que o componente pré-natal estará implantado progressivamente até 2014 nos estados e nos municípios, quando 100% das gestantes serão colocadas nesse círculo virtuoso de cuidado no pré-natal. Na questão do parto serão abordadas a vinculação e a suficiência de leitos, começando com prioridade absoluta na Amazônia Legal e no Nordeste, fazendo eixo pelas demais regiões metropolitanas, conforme orientação da presidente. Progressivamente serão contempladas as regiões metropolitanas e o seu entorno, sabendo que, onde tiver possibilidade de construir redes, o MS estará montando e remontando quantas vezes isso for necessário. Segundo levantamento feito pelo Ministério com os estados e os municípios, há cerca de 300 regiões que polarizam 100% das ações. Será tomado o devido cuidado para não perpetuar uma situação já existente de direitos diferentes dos cidadãos e das cidadãs brasileiras, pois quem está nos grandes centros, mesmo com problemas, tem muito mais acesso do que quem está nos municípios pequenos. Intervir nessa polaridade é uma missão que o Ministério assumirá com os gestores estaduais e municipais. Os 300 polos deverão ter redes seguras e de qualidade e com mesmo acesso para os 5.364 municípios. É a realidade brasileira, cujo plano de investimentos possui um mapa com tinturas diferentes. Pelos planos do governo, será elaborado um plano nacional até 2022, em um esforço de planejamento de longo prazo, com a marca dos 200 anos de independência. Para tanto, o MS está garantindo que os 9,4 bilhões a mais, do que já existe no sistema, será disponibilizado até 2016 para que se tenham todas as redes efetivadas na lógica da Rede Cegonha, nos seus vários componentes. Finalizou, afirmando que a questão da pactuação dos recursos será fechada com os estados e os municípios após o necessário diagnóstico e a definição de prioridades.

2 Plano de Qualificação das Maternidades: estratégia para redução da mortalidade infantil e materna



Maria Gerlúvia²

Figura 3 – Dário Pasche – coordenador do PQM – ação do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal



Foto: Guilherme Kardel.

O Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) apresenta-se como uma experiência significativa do Ministério da Saúde que colaborou com a presidenta Dilma e o ministro Alexandre Padilha na proposta de organização de uma rede de cuidados perinatais, chamada de estratégia

² Apoiadora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais.

Rede Cegonha. O objeto do PQM, embora o nome esteja focado nas maternidades, não se reduz a elas, pois inclui a ideia da constituição de redes perinatais para a Amazônia e o Nordeste brasileiro para promover a construção de uma maternidade segura e humanizada a partir de uma experiência coletiva em um dado território.

O PQM nasce de duas constatações bastante importantes: primeiro, a necessidade da superação do padrão de morbimortalidade perinatal, considerando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sobretudo as mortes maternas e neonatais, índices e padrões absolutamente incompatíveis com o atual estágio de desenvolvimento econômico e tecnológico do Brasil no campo da Saúde, país rico, uma das maiores economias do mundo.

A experiência brasileira da constituição do SUS, nestes mais de 20 anos, tem permitido um conjunto de importantes acúmulos em vários campos, também no campo materno e infantil, uma expressão que na Política Nacional de Humanização denominamos de “o SUS que dá certo”. Em que pesem os desafios, as contradições e os problemas, o Brasil possui um conjunto de construções coletivas descentralizadas em seus territórios que já dão pistas e caminhos de como superar esses desafios.

Outro elemento importante dessa emergência foi a elaboração, em decorrência de análises técnicas e políticas, do “Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Infantil: Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal”, que são duas grandiosas regiões brasileiras que contemplam a maior parte do território nacional e onde se observa, em que pesem as desigualdades intrarregionais do Sul, do Sudeste e do Centro-Oeste, interferência nos indicadores de maior peso para a saúde pública.

O Pacto de Redução da Mortalidade Infantil foi firmado entre 19 entes federativos, capitaneado pelos então presidente Lula, ministro Temporão, governadores e secretários estaduais da Saúde, que reúne dois grandes movimentos: primeiro, o investimento para a qualificação dos serviços de saúde, com aporte de recursos para reformas, equipamentos, criação de serviços novos entre outros, já constatando, porém, que investimentos apenas nessa direção seriam absolutamente insuficientes para reverter o grave quadro de morbimortalidade que o Brasil enfrenta no campo materno e infantil, ou seja, apenas investimentos em tecnologias duras³ não possibilitariam superarmos essa realidade.

³ As tecnologias na área da Saúde foram agrupadas por Mehry et al. (1997) em três categorias, a saber: a) tecnologia dura: representada pelos materiais concretos, como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) tecnologia leve-dura: que inclui os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo das clínicas médica, odontológica, epidemiológica, entre outras; e c) tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. Acreditamos que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir da Enfermagem, embora nem sempre de modo transparente.

No Brasil, conhece-se como ‘paradoxo perinatal’ o fato de não faltar tecnologias, *expertises* e serviços, embora se registre a existência de alguns vazios assistenciais que evidenciem a melhoria nos indicadores de mortalidade materna. O problema situa-se também em um outro campo, que traz para a morte materna infantil, sobretudo a neonatal, um componente de complexidade muito grande. Não adianta colocar serviços apenas, porque há a necessidade de qualificar as práticas do cuidado.

Foi nesse contexto que se elaborou o Plano de Qualificação das Maternidades, como investimento para a modificação das práticas de gestão e de atenção às mulheres e às crianças nos serviços de saúde, ou seja, colocar novos leitos de UTI, construir maternidades desprovidas desse sentido de alteração das práticas, principalmente se só estão fazendo mais do mesmo, é absolutamente insuficiente para programas democráticos. Todo esse campo de investimentos para a mudança de práticas envolve tecnologias para a formação de compromisso e de contratualizações de ações e tarefas a partir da introdução de novos valores no cuidado, de novos valores na gestão e de alteração nas dinâmicas de gestão do trabalho e na conformação de redes perinatais.

O PQM tem, então, dois grandes componentes que apontam para a necessidade de intervir no cotidiano do trabalho, de maneira muito qualificada, em um campo muito difícil de atuar, que é mexer nas práticas clínicas e nas práticas de gestão dos profissionais, sendo isso um desafio que implica mudanças de valores e mudanças subjetivas no trabalho. Para isso, demandam-se tecnologia e ação, e não é uma tecnologia muitas vezes apropriada por boa parte dos serviços.

Sobre os pressupostos éticos e políticos que embasam o PQM, o Plano começou em 2010. Na atenção obstétrica e neonatal, alguns pressupostos são fundamentais: em primeiro lugar, o fomento e a aceitação da autonomia da mulher e da família como um valor. No Brasil, as tecnologias biomédicas reduziram significativamente o papel da mulher da família durante o processo de gestação, parto e nascimento, no cuidado da mulher e no cuidado da criança. Cuidar da mulher e da criança é dar à gestante o direito de escolhas quanto ao tipo de parto e à forma do parto, permitindo sua participação ativa, a escolha do local do parto em todo esse processo da gravidez e do nascimento, como eventos da vida. Temos de enfrentar essa temática e, certamente, enfrentar as grandes dificuldades para os avanços na humanização do parto, que é o tema da *desmedicalização* da vida. Já existem serviços funcionando, exemplos de como deve ser um serviço muito parecido com a sua casa, com a presença do filho, do companheiro ou de outro membro da família.

Para o PQM, o parto e o nascimento são temas da vida que devem ser apropriados pela sociedade e pela família até com certa radicalidade

nessa aposta, fazendo-se entender que esses eventos devem ser conduzidos na esfera privada da família.

Outro elemento fundamental é a organização do processo de trabalho nas maternidades e em todos os equipamentos da rede, de maneira que favoreçam a produção de relações das equipes profissionais com as mulheres e sua rede social e afetiva, para que esse processo de trabalho seja produtor de bons encontros, ampliando a potência da vida. Esse encontro dos trabalhadores de saúde ou das equipes de saúde com a família é um encontro que reserva outro tipo de entrada, outro tipo de habitação dessa relação, sem que haja aparato, soberba e sem a indicação prescritiva que, muitas vezes, antecipa-se aos fatos e coloca a tecnologia médica, a tecnologia do campo da Saúde, sobre aquilo que se coloca nesse plano, que é o desejo e o tempo subjetivo dessa mulher e, certamente, a adequação de ambiência e inclusão das boas práticas que favoreçam uma adequada evolução do parto e da preparação para o parto natural, com intervenções em tempo oportuno dos profissionais da Saúde. Considera-se que no Brasil já se sabe quais são as boas práticas desde a década de 1980.

O PQM apresenta uma nova possibilidade como questão metodológica, trazendo novos valores éticos para o cuidado, para a relação entre trabalhadores e usuários, para que estas se efetivem como práticas concretas, como uma prática social no campo da Saúde. Este Plano quer dar um salto, quer fazer certo giro metodológico que nos permita fazer com que essa discursividade passe efetivamente a virar prática social, e não apenas um discurso, mas que as nossas práticas de cuidado e de atenção possam ser avaliadas e monitoradas em qualquer época.

Outro componente do plano, que é um pressuposto ético-político, diz respeito à conformação de redes perinatais, com uma forte tônica na atenção pré-natal de qualidade. O Brasil tem conseguido ampliar muitas possibilidades por conta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém – ao se analisarem os indicadores de qualidade nesse campo – percebe-se o quanto se precisa avançar, ainda.

A Rede Cegonha está baseada fortemente na ideia da qualificação do pré-natal, para que esse PN seja uma experiência significativa para a mulher. Tem-se uma tendência em reduzir o parto e o nascimento a um fenômeno biológico. Para quem experimenta isso como mulher na sua rede social, certamente esses fenômenos da gravidez, do parto e do nascimento são fenômenos que têm significados e devem ser valorizados, sem os quais não se tem efetividade nas práticas. Tem-se que entender e priorizar o pré-natal para que se possa cuidar dessas mulheres para além dos aspectos biológicos e fisiológicos, tendo-se a maternidade como uma experiência radical na vida da mulher, da família e de suas redes sociais.

No Brasil, existe uma lei sobre o direito da gestante à vinculação à maternidade onde receberá assistência pelo Sistema Único de Saúde. Obviamente, isso deveria ser garantido,⁴ pois todos sabem que garantir a vinculação da atenção básica com o local onde essa mulher fará o parto não deve ser apenas uma normativa burocrática, pois se deve garantir também a referência e a contrarreferência e, ainda, a proposta de construção de contratos microsanitários que garantam efetivamente, de forma inequívoca, quem faz o que na produção do cuidado. Quando se fala em vinculação da mulher às maternidades, isso no plano é um acerto que pode ser muito bem entendido; porém, substantivamente, a vinculação ao local do parto significa que as equipes de saúde troquem informações sanitárias que serão capazes de construir esses contratos terapêuticos para cada uma dessas mulheres.

Outro pressuposto se refere à ideia de que uma Rede de Cuidados não é de geração espontânea, porque a tal rede é um processo crítico que necessita de intervenção técnica e política, e o Plano de Qualificação das Maternidades está muito embasado na construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos, espaços que envolvam não só atores da Saúde, mas também redes e movimentos sociais, gestores, entidades, trabalhadores, a sociedade civil organizada, a sociedade civil desorganizada, para que se possa envolver a população de maneira que nos permita um espaço rico para problematizar a maternidade e os desafios da saúde materna e infantil.

Para a produção de consensos técnicos e políticos sobre como serão feitos planos para se enfrentar os desafios apontados, será preciso que os serviços comecem a fazer uma cooperação lateral – porque, às vezes, se tem no mesmo território duas maternidades e uma não conhece a outra – para que se faça acompanhamento e avaliação do impacto das medidas tomadas, e essas avaliações certamente exigirão mudanças na configuração da rede perinatal em muitos territórios brasileiros, pois isso significa, inclusive, colocar em questão a permanência de determinados serviços que fazem parto, mas que não garantem qualidade e que não adotam boas práticas. Isso significa reconfiguração dessa rede, que pode, em alguma medida, fechar serviços, abrir novos etc. A adoção de boas práticas que favoreçam o parto e o nascimento seguros e humanizados é um item absolutamente fundamental, sendo necessário garantir nesse processo a participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, entendendo-se que esta não é uma tarefa apenas do campo da Saúde, mas de toda a sociedade brasileira.

A construção metodológica do PQM reafirma isso diante de um fenômeno muito complexo, que é a morbidade severa ou grave no campo materno e infantil e a morte materna ou infantil, que depende

⁴ Lei nº 11.634, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

de elementos macroestruturantes, com a qualidade de vida. Portanto, depende da capacidade da sociedade de distribuir com equidade de renda e de justiça social, mas em que pese a determinação da qualidade de vida desses fenômenos, existem tarefas que cabem ao campo da Saúde e aos trabalhadores e gestores da Saúde.

O desafio que está sendo colocado é como se transforma a prática de trabalho, a prática concreta, a prática social, aquilo que já é consensual, embora haja dissenso em algumas coisas, é difícil encontrar alguém que diga que a mulher não deva exercer sua autonomia, que existem pessoas contrárias às práticas que contam com evidências científicas.

Portanto, em que pese que no Brasil, desde 1985, exista um consenso, nestes últimos 25 anos, a gente pouco avançou, e a pergunta que se faz é: como fazer para avançar? Ideias de peso normativo dos órgãos internacionais, do Ministério da Saúde dos países, têm mudado pouco essa realidade. Não adianta se fazer mais do mesmo: tem-se que, talvez, ratificar nossas discursividades, colocar um problema adicional a isso: como é que se faz para que as práticas saiam do discurso, o que envolve a todos numa problemática metodológica que se trata de como se faz. Há um modo certo de fazer para que se possa avançar?

O Plano de Qualificação das Maternidades coloca o seguinte: em primeiro lugar, é necessário que se promova uma mudança na gestão e no modelo de atenção ao parto. Na elaboração do PQM, elegeram-se, nas regiões da Amazônia Legal e no Nordeste, 26 maternidades, mediante critérios técnicos como: realizar mais de mil partos por ano, possuir leitos de UTI neonatal, ser referência no estado ou na região para parto de alto risco. Além disso, essas maternidades foram validadas pelos gestores estaduais ou municipais. Essas maternidades somadas realizam mais de 110, 120 mil partos ao ano nessas regiões. Foi contratualizado que essas mudanças de gestão deveriam ser acompanhadas de articulação e fomento às redes de cuidados perinatais, o que significou trabalhar com a compreensão de integração de pontos de atenção da rede SUS, por meio da organização desses dispositivos, os fóruns perinatais, que têm as mais diversas denominações, podendo se chamar comitê ou grupo de trabalho, mas são fóruns plurais que se organizam no território para problematizar a saúde materna e infantil, ou seja, são espaços de compromisso e produção de consensos.

Para cada uma das maternidades eleitas constitui-se uma figura, um trabalhador de saúde, com uma função muito sensível: de ser alguém que apoia as equipes de gestão e as equipes que cuidam da mulher e da criança na mudança de suas práticas de gestão e de cuidado. Essa função de apoiar equipes, apoiar os serviços de saúde, para que eles façam mudanças, é um dispositivo que, no SUS, no Brasil, é inovador. Sabe-se que fazer formação é importante, difundir materiais técnicos

é também muito importante, mas tão importante como formar é a necessidade de termos sujeitos e pessoas que ajudem as equipes a problematizar seus cotidianos e a tomar medidas centrípetas. Esta não é uma mudança trivial, não é uma mudança simples, é mudança que tem que ser produzida com as pessoas, entendendo-se que a produção de mudanças com as pessoas se impõe para além dos atos normativos, dos atos legais.

É necessário promover a capacidade para que as pessoas se modifiquem e se repositionem no trabalho. Caso contrário, haverá a necessidade de se ter, para cada médico, enfermeiro, técnico, alguém que supervisione o trabalho deles e que, na ausência desse alguém, não se fará então aquilo que é a boa prática. Portanto, a construção consensual de que aquela prática é a melhor é a grande ideia da Rede Cegonha.

Os apoiadores e os supervisores foram convidados pelo Ministério da Saúde. Para cada uma das maternidades selecionadas, foi elaborado um plano de trabalho e este foi um consenso com suas direções e equipes técnicas. O plano de trabalho contém três orientações, eixos estruturantes, com capacidade de produzir grandes mudanças nas práticas do cuidado e nas práticas de gestão, sendo primeiro a necessidade da construção de outra experimentação de gestão nas organizações de saúde, introduzindo o que, no Brasil, é característico do SUS: a gestão democrática e participativa, que impõe esforço da revisão de certos modos de se fazer a gestão, apontando para a construção dos espaços coletivos, a cogestão. Por trás dessa ideia se assume o pressuposto de que as práticas de gestão são indissociáveis das práticas de cuidado, ou seja, uma forma mais radical que vem dizer que não se mudará as práticas de cuidado se não mudarem as práticas de gestão.

No Brasil, persiste a prática de separar, no âmbito da Saúde, de um lado, o campo do cuidado e, do outro, o campo da gestão; de um lado, atenção primária, do outro, os hospitais (atenção especializada); de um lado, a função médica, de outro, os outros trabalhadores da Saúde. Superar essas dicotomias é fundamental para o cuidado com as pessoas, daí a importância do tema da cogestão.

Se quisermos implantar efetivamente a Rede Cegonha, haveremos de mudar a forma de organização tradicional, burocrática, hierarquizada e institucionalizada em nossas maternidades.

O segundo eixo absolutamente fundamental é o acolhimento. Entende-se o acolhimento como uma diretriz ética que se funda com o contrato ético entre o usuário e o trabalhador da Saúde. Significa assumir uma atitude em cada um de nós e cultivá-la, compreendendo que aquilo que o outro traz nesse encontro – que pode vir mediante demandas ou uma necessidade de saúde – é significativo para ele. A ética está em acolher aquilo que o outro

traz. Os trabalhadores de saúde são especialistas em acolher demandas, mas têm dificuldades em acolher necessidades de saúde. Portanto, o tema do acolhimento no PQM e para a Rede Cegonha é fundamental e deve ser cultivado como uma atitude que perpassa toda nossa discricção pessoal e coletiva dentro do serviço de saúde.

Houve avanços em dois grandes componentes na diretriz do acolhimento: primeiro, a capacidade do serviço em acolher essa mulher em rede, o que significa articulação e criação de redes potentes e capazes de ser cuidadoras dessas mulheres e dessas crianças. Em segundo lugar, a necessidade de acolher essa mulher classificando os riscos. No Brasil, um dos grandes desafios do SUS é promover a articulação dos serviços de saúde em rede, por existir uma série de fragmentações, mas é necessário que, ao se acolher a mulher no serviço de saúde, que se faça classificação de risco. Percebe-se que o Brasil avançou muito nesse sentido. Hoje, alguns serviços já classificam os riscos, colocando cores nessa classificação, como: prioridade máxima (vermelha) – emergência; prioridade I (laranja) – muito urgente; prioridade II (amarelo) – urgente; prioridade III (verde) – pouco urgente; prioridade IV (azul) – não urgente. Essa tecnologia salva vidas nas portas da emergência das maternidades, evita sofrimentos e sequelas.

Outra diretriz do PQM, a terceira, é garantir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de internação e do cuidado. Em que pese que isso seja lei no Brasil,⁵ são raras as maternidades brasileiras públicas e privadas que garantem esse direito à mulher. Não se quer apenas garantir o direito ao acompanhante como um direito de cidadania, pois há evidências científicas de que o acompanhante é um elemento de proteção dessa mulher contra as más práticas adotadas nas maternidades, e isso está no PQM. Essa necessidade do acompanhante problematiza a ambiência das maternidades, porque, muitas vezes, o argumento que se usa para não se ter acompanhante é o de que não há espaço, não se tem acomodação e isso não pode ser motivo para evitar usar um dispositivo que protege a mulher.

O Ministério da Saúde tem feito parceria com alguns serviços estratégicos na disseminação de boas práticas e na formação dos trabalhadores e dirigentes da Saúde. Foram realizados também ministérios em centros matriciadores (que envolveram, sobretudo, o tema da assistência e da atenção neonatal), como o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (Imip), o Instituto Nacional Fernandes Figueira (IFF), do Rio de Janeiro, e o Hospital Universitário da USP de Ribeirão Preto.

Os centros matriciadores que acolheram esses profissionais nos ministérios foram a cada uma das maternidades para desenvolver um plano de aplicação e disseminação das boas práticas.

⁵ Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O que é a função de apoio? O apoiador não é consultor nem supervisor: é um mobilizador de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas. Dispara o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. É uma tecnologia absolutamente inovadora. Não há mudança no PQM que não passe pelo fomento dos espaços coletivos mediante a construção de rodas de conversas, como estratégia de grupos de trabalho, de colegiados, para a reconstrução ou construção de boas práticas da atenção obstétrica e neonatal. É uma atividade coletiva que propõe a junção do trabalho disperso nas variadas profissões existentes. Permite a ampliação do espaço de diálogo, de reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão, favorecendo a produção de consensos entre trabalhadores e equipes de gestores, permitindo a construção de novas práticas e propiciando a responsabilização pelos processos de mudança.

O processo de mudança tem de acontecer com todos, sobretudo com os trabalhadores da Saúde, sem os quais não se consegue conquistar corações e mentes nessa tarefa. Os apoiadores têm uma ação *in loco*, quando promovem reuniões, oficinas, grupos de trabalho, fazem palestras, organizam reuniões, discussões de caso, acompanham visitas técnicas, organizam e participam de fóruns, videoconferências e o retorno das ações aos centros matriciadores e, ainda, conduzem discussões sobre protocolos para a inclusão de boas práticas, entre outras. Os apoiadores têm reuniões frequentes com seus supervisores, participam de redes sociais, fazem uma série de trocas e cooperações entre si e participam de reuniões avaliativas e de acompanhamento promovidas pelo Ministério da Saúde.

O PQM tem todo um cuidado de acompanhar o desenvolvimento de suas atividades. No Brasil, a cultura de acompanhamento e avaliação ainda acontece de forma muito tímida: são feitas proposições para as mudanças, mas se tem dificuldade em verificar se aquilo que se propôs mudou alguma coisa. O PQM foi construído com toda uma lógica de acompanhamento avaliativo que implica olhar longitudinalmente esse plano, permite olhar singularmente para cada maternidade e em cada maternidade olhar singularmente se os componentes X e Y avançaram ou não.

No primeiro ano, construiu-se um processo de monitoramento quadrimestral, com objetivo de construir as condições políticas e institucionais para se fazer as mudanças. As mudanças devem acontecer a partir de certa normatividade técnica, com boas práticas, com evidências científicas. Não se pode banalizar o cuidado, mas é necessário construir as condições efetivamente políticas para a condução das mudanças, sob o risco de não se conseguir fazer as mudanças que se quer. No segundo quadrimestre, foi possível fazer experimentações,

classificações de riscos, inclusão do acompanhante etc. e, no terceiro quadrimestre, consolidar essas mudanças.

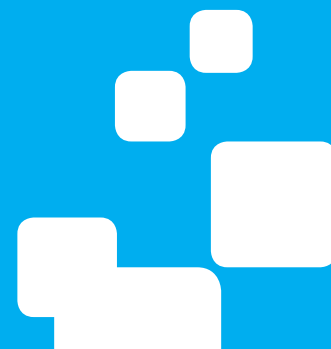
O PQM, em dez meses de trabalho, produziu mais de 900 encontros nas maternidades, o que significa um processo muito ativo de movimentação nas equipes de saúde. Gente que nunca se sentou junto começou a se sentar, a conversar, a problematizar, a colocar em discussão as suas práticas e apontar as possibilidades de mudanças.

No início do primeiro semestre de 2010, das 21 maternidades, só duas ou três cumpriam a Lei do Acompanhante. No final do semestre, conseguiu-se incluir o acompanhante em dez delas. Produziu-se uma série de discussões coletivas sobre mudanças de ambiência nas maternidades. Porém, é importante observar que as reformas e as ampliações que se fazem deverão estar conciliadas com as mudanças nos processos de trabalho. Podem-se ter as melhores condições, mas não se muda a realidade para quem trabalha e para as mulheres que estão sendo cuidadas.

É necessário ter uma avaliação muito crítica nesse tema da ambiência. Não se deve fracionar o cuidado com a mulher, seja nas portas de entrada, nas realizações dos fluxos do acolhimento, nas adequações com inclusão dos quartos PPP (de pré-parto, parto e pós-parto), mas assumindo que o parto e o nascimento constituem um conjunto de processos fisiológicos e subjetivos que, quando separados, induzem os profissionais às más práticas e se faz violação dos direitos. O MS tem ampliado e fortalecido uma rede de parceiros, de profissionais e de instituições ligadas ao parto e ao nascimento que é muito importante para o Brasil. O que ora se propõe é integrar o PQM ao conjunto de ações e investimentos da Rede Cegonha, cuja matriz metodológica está calcada na experimentação deste Plano. O Ministério da Saúde assume a Rede Cegonha como um importante objetivo, que é o cuidado perinatal. Por fim, fica o desafio para que se verifiquem, de uma forma mais sistemática, os impactos que o Plano de Qualificação das Maternidades tem fornecido para a melhoria de vida e a satisfação dos trabalhadores e das usuárias do Sistema Único de Saúde.

3 SUS que dá certo:

Exp. BH., Exp. Sofia Feldman.,
Exp. Mãe Curitibana,
Curumim + debate



19/4/2011

O secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Magalhães, saudou os presentes e anunciou os trabalhos do dia com uma mesa de debates que ressalta as experiências exitosas na atenção à saúde da mulher e da criança. Citou que a Rede Cegonha se baseou em muitas experiências de diversos municípios pelo País afora. Experiências localizadas e sem nenhuma intenção de inovar completamente, mas dando um sentido de rede e transformando a política. Informou que seriam apresentadas três experiências que foram fontes inspiradoras para a conformação conceitual da Rede Cegonha e passou a palavra para Gisele Maciel, obstetra da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para que ela falasse sobre a experiência do município.

Figura 4 – Mesa de apresentação de experiências exitosas na atenção à saúde da mulher e da criança



Foto: Guilherme Kardel.

Rede Perinatal de Belo Horizonte

Gisele Maciel saudou os presentes e anunciou que sua apresentação versaria sobre a Rede de Atenção à Mulher e à Criança em BH. Para contextualizar, ela informou que Belo Horizonte (MG) estava com 2,5 milhões de habitantes, que a região metropolitana, chamada de Grande BH, é a terceira maior conglomeração urbana do Brasil, com quase 5 milhões de habitantes, e que possui uma rede assistencial integral e qualificada de atenção à saúde da mulher e da criança. Falou que as redes de atenção devem ser articuladas, com acolhimento, garantia de acesso, com responsabilização, maternidade como referência, resolutividade, promoção, prevenção e cuidado com a vida. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de BH preconiza que a assistência à mulher e à criança seja baseada sempre no modelo humanístico, com atenção ao parto e ao nascimento, sempre feita por equipe interdisciplinar. Essa é uma premissa de Belo Horizonte e ainda não está instituída em todas as maternidades, mas existe uma mudança, um avanço realmente de conceito. A rede assistencial tem cerca de 150 unidades básicas de saúde, de atenção primária, distribuídas em nove distritos sanitários, e possui sete maternidades que atendem ao SUS de Belo Horizonte.

O mais importante, segundo Gisele Maciel, é falar da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, um fórum gestor interinstitucional, interdepartamental, com participação da sociedade civil, que desde 1999 foi constituída por setores da Secretaria de Saúde que são estratégicos: atenção à mulher, atenção à criança, regulação, supervisão hospitalar, controle e avaliação, epidemiologia e vigilância sanitária. É composta também por outros atores, como a Sociedade Brasileira de Enfermagem Obstétrica, o Conselho Regional de Enfermagem (CRE), o Conselho Regional de Medicina (CRM), a Promotoria de Saúde, a Rede Feminista e as ONGs envolvidas com a questão materna e infantil. É uma comissão permanente, deliberativa, propositiva, com ações instituídas, implantadas, implementadas, orientadas e monitoradas, todas referentes à mulher e à criança em Belo Horizonte. Na Comissão Perinatal, grandes avanços podem ser observados, pois desde 1999 a Secretaria conduz o foco para a atenção primária com a perspectiva de abrangência perinatal, instituindo o planejamento familiar em toda a rede. A partir de 1999, voltou à questão dos cuidados com a atenção. Na época, eram 16 maternidades e, ao longo desse tempo, nove maternidades foram fechadas, porque elas não estavam condizentes com os resultados e a qualidade que a Secretaria procura. Das 16 maternidades, hoje existem sete e os indicadores melhoraram com grandes avanços. O primeiro resultado foi a redução da mortalidade infantil em Belo Horizonte, principalmente a neonatal, que, em 1994, tinha um índice de 34/1.000 e, em 2009, registrou 11,5/1.000. Foi uma redução importante, uma redução significativa, e isso demonstra uma qualidade para a assistência, principalmente do parto e do nascimento.

Comentou também que conseguiram uma redução significativa dos índices de cesariana, ao contrário do que tem acontecido no Brasil, uma vez que esta redução no SUS é um grande desafio. Conseguiram reorganizar e qualificar o serviço em Belo Horizonte, após um movimento permanente de modernização, de empoderamento da mulher pelo movimento do parto normal. Esse movimento conta com voluntários e tem estandes nas principais feiras, praças e *shoppings* de Belo Horizonte, para onde vão muitas crianças e mães. São estandes itinerantes, dos quais participam profissionais de saúde, alunos de atuação em Enfermagem, Obstetrícia e Psicologia e também voluntários, mulheres, gestantes, não gestantes, enfim, vários atores que participam e são multiplicadores. Estas pessoas fazem um trabalho de empoderamento e informação para as mulheres, esclarecendo quais são as melhores práticas assistenciais e quais são os direitos da mulher e da criança. Ligado a esse movimento de parto normal, existe também o projeto “Doulas”, em parceria com o hospital Sofia Feldman, com cerca de 500 mulheres inscritas, tendo sido capacitadas 300. Hoje, o projeto conta com 112 doulas, que atuam voluntariamente em seis das sete maternidades de Belo Horizonte. O município acumula os avanços mais importantes da regionalização dessa experiência, com a melhoria da oferta de serviços e dos profissionais. Eles têm um mapa de vinculação definido no qual as sete maternidades são referências para nove distritos e 150 unidades básicas de saúde. Explicou que isso foi construído com um olhar para a capacidade da maternidade, o número de pacientes vivos da região e a malha viária, porque a maternidade deve ter um acesso fácil para as gestantes nesse mapa de vinculação.

A vinculação, completou Gisele Maciel, é em relação à responsabilidade da maternidade no tocante à área geográfica. A paciente mulher pode ter seu parto em qualquer maternidade, sendo livre a escolha dela. Conseguiram também uma integração maior da maternidade do distrito sanitário com as unidades de saúde. A Comissão Perinatal conseguiu instituir diversas condições para regionais e maternidades, segundo as quais os distritos fazem um policiamento dessas ações. A Comissão reúne-se periodicamente com as principais maternidades, fazendo um trabalho de qualificação e monitoramento ligado ao repasse de verbas para a maternidade. Outra proposta citada como inovadora foi o monitoramento de maternidades pelo supervisor hospitalar, tendo iniciado em 2006. Hoje, os supervisores vão às maternidades em dias aleatórios sorteados e há um rodízio entre os supervisores que, durante as visitas, entrevistam parturientes, avaliam o prontuário, avaliam a consulta, veem se o programa já está instituído em todas as maternidades, se está preenchido corretamente o partograma, avaliam se o parto foi vertical, se houve o contato pele a pele, se há o uso de técnicas não farmacológicas para evitar dor, se houve técnica farmacológica, se foi oferecido jantar e se foi oferecido líquido no trabalho de parto. O supervisor utiliza um instrumento de avaliação, no qual vai marcando os

tópicos, e depois vai para a Secretaria, e isso fica protocolado. Depois, esses profissionais se reúnem periodicamente, a cada trimestre, com a maternidade e apresentam os resultados desse monitoramento.

Hoje, o pré-natal é feito sempre via central de marcação, não demorando mais de 15 dias para ser marcado, com priorização do alto risco. Gisele Maciel afirmou também que eles tinham um problema com a marcação do pré-natal distante do domicílio das gestantes, que acabavam faltando às consultas e isso acabava gerando um problema de busca ativa da gestante. Hoje, a central de marcação já prioriza o pré-natal de alto risco próximo ao domicílio da gestante. Se ela falta, a unidade básica de saúde faz a busca ativa. Afirmou que eles ainda têm problemas com alguns distritos que não fazem a busca ativa das pacientes que estão com o pré-natal de risco, mas que grande parte tem instituído a prática nos seus serviços. Belo Horizonte possui o pacto de redução da mortalidade materna, que envolve outras maternidades públicas e privadas, devidamente assinado e com prazo para ser cumprido, incluindo questões referentes à ambiência. Há uma preocupação do gestor local de toda e qualquer maternidade, que sabe que deve cumprir as recomendações e exigências contidas na RDC 36. Não só as maternidades que passam por reformas, mas todas vão ter que instituir todas as modificações para atender à RDC 36. A questão do acompanhante nas maternidades públicas não é problema, é de livre acesso. A Secretaria avalia qual maternidade incentiva a permanência do acompanhante em relação às maternidades privadas. Hoje, isso é uma exigência, independentemente do tipo de infraestrutura que a unidade possa ter, do tipo de acomodação... A maternidade privada deve permitir um livre acesso ao acompanhante 24 horas por dia. Segundo Gisele Maciel, a ação mais importante é a Comissão Perinatal, que tem ampla participação da sociedade, é estratégica, e todas as medidas, todas as condutas, tudo tem que ser validado na referida Comissão. Eles possuem alguns fóruns para os técnicos de obstetrícia, mas todas as propostas, todas as recomendações têm de ser validadas na Comissão Perinatal. Outro grande avanço foi a classificação de risco nos Protocolos de Urgência de Obstetrícia, que são pioneiros no Brasil. As unidades de trabalho primário trabalham com o Sistema de Manchester,⁶ no qual foi construído um protocolo específico para a mulher, para o atendimento à mulher gestante ou com urgência ginecológica, realizando a classificação de risco, como já foi difundido por várias cidades no Brasil, sistema que representou um avanço, sendo discutido e pactuado por todas as maternidades e validado na Comissão Perinatal.

⁶ Nota: Protocolo/Sistema de Manchester: trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester (Inglaterra) em 1997 e amplamente divulgada em vários países da Europa e adotada pelo Estado de Minas Gerais em todos os pontos de atenção do sistema. O Protocolo de Manchester é um método de identificação rápida dos pacientes que recorrem ao serviço de urgência que permite atender em primeiro lugar os casos mais graves, realizando o acolhimento com classificação de risco. O processo é informatizado, por meio de um software, para facilitar a comunicação e a integração da Rede Regional de Atenção às Urgências.

Informou que eles fazem periodicamente oficinas de humanização com as maternidades e todas as maternidades têm grupos de humanização com cerca de dez componentes cada uma. A Secretaria publicou uma portaria de notificação compulsória de morte materna, definindo que é dever da instituição informar o caso em um prazo de até 24 horas ou esta fica sujeita a multa. A instituição então manda um resumo e relata o caso e o Comitê de Investigação imediatamente inicia suas ações. Todos os casos são avaliados, investigados e o Comitê de Investigação tem outro caráter, o de promover mudanças. Após a investigação do caso, entra-se em contato com a instituição, a Corregedoria faz uma visita e a instituição apresenta o caso, identificando quais são as falhas e as demandas. Citou como exemplo de ação efetivada a adoção do teste rápido de gravidez na urgência/emergência e explicou que essas demandas são validadas previamente na Comissão. Com estas e outras ações, eles conseguiram uma redução dos indicadores, sobretudo do que se refere à mortalidade materna. Mas, apesar deste avanço, Belo Horizonte tem um problema de aumento do índice de prematuridade, sendo o baixo peso muitas vezes associado à questão da cesariana desnecessária, principalmente no setor derivado, o que se configura como um desafio para a cidade. Outro problema apontado foi o alto índice de mães adolescentes, que teve uma certa redução, mas ainda se apresenta como um desafio, necessitando de uma política de gestão. Gisele Maciel salientou que eles estavam trabalhando com vários fatores, por exemplo, Programa de Saúde da Escola. Informou também que houve uma redução do índice de cesariana no SUS de Belo Horizonte, que hoje está com um índice de 26,7 (sendo preconizados 25%), e que houve uma redução da taxa de mortalidade pré-natal. Destacou o termo de compromisso ou contrato de gestão, assinado pelas maternidades que se comprometem a cumprir o que for pactuado. Falou ainda que BH possui hoje uma maternidade municipal, cuja atenção e modelo assistencial foram discutidos na Comissão Perinatal com representantes do CRM, da Sociedade Brasileira de Enfermagem Obstétrica e da Sociedade Mineira de Ginecologia. A maternidade foi concebida em parceria com a Secretaria de Estado, a Secretaria Municipal e a UFMG e possui um programa humanístico multidisciplinar, em que todos trabalham no mesmo espaço: médicos, enfermeiros, residentes da graduação de Ginecologia e Obstetrícia. Os residentes, ao saírem da maternidade, vão para o segundo ano numa maternidade tradicional e, segundo Gisele Maciel, já foi percebida uma mudança com relação aos indicadores assistenciais de humanização da maternidade tradicional, que fica ligada a uma instituição de ensino. Citou que ainda existem grandes desafios para qualificar o pré-natal, como a questão da rotatividade profissional, e que é importante cuidar da saúde sexual reprodutiva, da questão do aborto seguro e do aconselhamento pré-concepcional para a mulher, uma novidade importante.

Continuando, Gisele Maciel afirmou que é preciso seccionar a situação do município naquela região metropolitana, que é necessário trabalhar

com intersectorialidade e reduzir as cesarianas desnecessárias no setor privado, principalmente reduzir a prematuridade. Apresentou fotos da nova maternidade, de abrangência metropolitana, que funciona no hospital geral, mas afirmou que existia um espaço com seis quartos PPPs, todos com banheira, um ambiente humanizado, um ambiente adequado, com o parto assistido por enfermeiros e por médicos no mesmo espaço, com a presença do acompanhante em todos os lugares. Apresentou a cartilha da gestante, informando que eles não utilizam mais o cartão do pré-natal. Disse que a cartilha da gestante possui todas as informações sobre o parto, os direitos da gestante e o acompanhamento pré-natal e pós-parto. Finalizando, salientou que o mais importante é não se conformar com os indicadores, estar vigilante sempre, oferecendo à mulher uma assistência qualificada, uma assistência digna, incluindo a participação social, que é extremamente importante, visto que a sociedade deve participar de todas as ações, de todas as intervenções que possam ser feitas. A mulher tem o direito de decidir não só sobre o parto, mas também sobre o que é melhor para ela e o seu bebê.

Hospital Sofia Feldman – BH

Em seguida, o secretário Helvécio Magalhães passou a palavra a Ivo Lopes, diretor do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte, para que ele falasse sobre o trabalho desenvolvido naquela maternidade, considerada referência na assistência humanizada à mulher e à criança.

Após saudar os presentes e agradecer ao convite, Ivo Lopes afirmou que, na questão brasileira da assistência à saúde, já são percebidos avanços e agora, com a Rede Cegonha, será potencializado tudo aquilo que já foi feito. Salientou que temos a obrigação e o dever de tratar o cidadão com transparência, para tentar melhorar os serviços e para não esquecer da assistência adequada à gestação de risco, a assistência ao parto normal no nosso dia a dia. Explicou que o Hospital Sofia Feldman está aberto à rede, com atendimento às emergências obstétricas, e que não há negação de vagas, pois esse foi um compromisso estabelecido pelos gestores hospitalares. Tal compromisso é assumido 24 horas por dia, não podendo ser deixado na mão de plantonista. A diretoria, os chefes de serviços, a neonatologia, enfim, a maternidade tem esse compromisso e tem que ser cobrada, pois todos são responsáveis por isso. Ivo Lopes afirmou que a rede SUS está melhorando e a esperança agora está na Rede Cegonha, para que esses compromissos sejam mais pactuados e mais observados. O Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, é uma instituição filantrópica que, por decisão de sua comunidade, atende 100% do SUS. Garantiu que não tem nada contra os convênios e nada contra o particular, mas tem tudo a favor do Sistema Único de Saúde e a Rede Cegonha. Os problemas de uma maternidade de referência, como o Hospital Sofia Feldman, são os mesmos no País como um todo, que

possui as cidades pobres e suas maternidades de referência. Segundo Ivo Lopes, as maternidades têm de buscar alternativas gerenciais para que sejam referências. Elas não devem se tornar referências somente pelos recursos do Ministério da Saúde e do Estado, mas para cumprir o dever perante a população e as mulheres deste País. A maternidade possui plano de risco, mais tecnologia, recursos humanos, recursos econômicos, e esses recursos econômicos muitas vezes são maiores do que os de alguns municípios. Cerca de 60% dos municípios mineiros com pelo menos 10 mil habitantes têm recursos somente para assegurar a atenção básica, sem condições de dar a necessária atenção às gestações que apresentarem algum risco. Segundo Ivo Lopes, essas maternidades de referência têm a obrigação de fortalecer as redes. Transportar a criança ainda no útero materno é melhor do que ela ser transportada pelo Samu numa emergência. Quem não tem condição de cuidar dessa gestação ou do parto de risco não vai ter condição de cuidar do recém-nascido de 800 gramas ou 1.000 gramas. Portanto, aquele município de até 20 mil habitantes não tem funcionários capacitados para isso. São bons profissionais porque estão naquele município, mas a capacitação deles fica um pouco a desejar.

Continuando, Ivo Lopes afirmou que os gestores têm a obrigação de assegurar o transporte, a medicação e o parto seguro. Segundo seu relato, nos municípios vizinhos, às vezes demora o transporte, às vezes a localidade tem uma ambulância e não tem motorista, às vezes tem ambulância e motorista e não tem médico lá na hora. Em alguns casos, um médico é o único que atende dois ou três municípios, então, a maternidade de referência tem que já orientar para que a gestante venha com as condições adequadas de transporte. Essa questão dos municípios, independentemente da atuação das centrais de regulação, é uma questão de humanização. É uma dupla ação, com os cuidados básicos daqueles que estão perto e a responsabilidade de quem é referência. Se a Secretaria determina que a maternidade tem vinculação com aquela cidade, não se pode permitir que plantonistas sobrepujem as centrais de regulação, pois os leitos não são dos hospitais, os leitos são do Sistema Único de Saúde daquela cidade e devem ser regulados pela Central de Regulação. Para Ivo Lopes, esta integração entre os serviços é fundamental, pois o Hospital Sofia Feldman atende, além da região de saúde em BH, toda a região metropolitana e 200 municípios de Minas Gerais. Cerca de 40% dos partos do Sofia são do interior do estado, com muitos casos de gestação múltipla e cerca de 60% dos casos da neonatologia são de crianças fora de Belo Horizonte. Isso mostra a importância de se ter uma rede organizada.

Em sua opinião, se o Brasil quer diminuir a mortalidade neonatal e a mortalidade materna, as mulheres têm de parir onde existem condições de se atender as suas necessidades. Se o município de até 10 mil habitantes não tem vagas, não importa a condição da maternidade

de referência: ela tem que receber a mulher. Na construção do SUS, ao longo do tempo, apareceram diversos exemplos, como o “Mãe Curitibana”, o “Mãe Coruja” de Pernambuco e o “Mãe de Minas”, que está agora deslanchado pelo governo estadual, com o programa das casas de apoio. As casas de apoio são fundamentais, indispensáveis numa maternidade de referência. O hospital não precisa ficar cheio de puérperas com as crianças, pois muitas delas precisam do leito hospitalar, mas grande parte não precisa. Então, foram criadas as *Casas de Sofias*. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), toda criança tem direito a acompanhante e os bebês que estão na UTI neonatal também têm direito. E, para garantir esse direito, segundo Ivo Lopes, temos que pensar com equidade, pois é muito maior a necessidade ali naquele ambiente, porque a mãe vai fortalecer um vínculo entre ela e o seu filho. Se ela está lá por 24 horas acompanhando e participando da assistência ao seu filho, muitas delas entendem de sutura, de monitor e de outras coisas mais e cobram do corpo assistencial a assistência adequada, como a decisão de lavar as mãos entre o manuseio de uma criança e outra. A presença da mãe fortalece a rede e também favorece o aleitamento materno, favorece o projeto Mãe Canguru.

As mães que moram em Belo Horizonte ou em torno do hospital geralmente ficam com a família. A casa atende mais pacientes do interior. Quando ela se desloca para a maternidade de referência, já está agoniada com a questão do seu filho e precisa estar ao lado dele, para a construção do vínculo entre mãe e filho. Quando ela vai para casa, continuou Ivo Lopes, ela adquire confiança em lidar com um bebê de 600 gramas, de 800, de 1.000 gramas. Ela vai para casa com essa confiança que adquiriu durante as 24 horas em que esteve ao lado dele. O custo dessa mãe não significa 1% da diária do CTI. É muito baixo e acessível e, no caso particular do Sofia, este custo está inserido na diária da UTI. A casa oferece, ainda, terapias integrativas, oficinas terapêuticas e uma equipe multiprofissional, que conta com apoio entre as próprias mulheres voluntárias da comunidade, além de salão de beleza para cuidar da autoestima dessas mulheres no pós-parto. Umas cuidam das outras, com o apoio das voluntárias. A Casa da Gestante teve a honra de contar com a participação do filho da Dra. Zilda Arns, que fez a inauguração. A Casa da Gestante abriga gestantes de risco e amplia as vagas na maternidade e na UTI neonatal, porque ajuda a evitar a prematuridade. É de responsabilidade da equipe da maternidade por 24 horas. Não precisa haver muitos médicos, porque existem enfermeiros que cuidam durante o dia e um médico que faz o cuidado horizontal, como diarista, seguindo os protocolos estabelecidos. As mulheres ficam mais satisfeitas e suportam melhor aquela separação um pouco mais prolongada, por amor. Segundo Ivo Lopes, o custo da Casa da Gestante é 50% mais baixo do que a diária da paciente na maternidade. A maternidade tem ganhos econômicos e ganhos clínicos.

A Casa da Gestante abriga mulheres em trabalho de parto prematuro. Essas mulheres são encaminhadas para fazer cesariana com 29 ou 30 semanas. Em alguns casos, a bolsa se rompe. Se a mulher for mantida na Casa da Gestante, dentro daquele protocolo estabelecido até 34 semanas, é possível que ela tenha um bebê mais estável, que vai ficar na neonatologia por um ou dois dias. Assim, a maternidade deixa de ocupar um leito de UTI neonatal por 30 dias. O hospital também dispõe da internação domiciliar, com assistência a gestantes do distrito sanitário de Belo Horizonte, que ficam nas suas próprias casas. Há também a casa para as crianças que moram no interior. Crianças que antes ocupavam um leito de UCI somente para ganho de peso, mas que estão estáveis e podem ficar na casa. Isso também proporciona redução de custos. No Sofia, também há o Centro de Parto Normal, que realiza uma média de 90 partos por mês com uso intensivo de métodos não farmacológicos de alívio da dor, com apoio maior da família, e é também um centro de capacitação das enfermeiras obstetras. Conforme afirmou Ivo Lopes, médicos hoje estão sendo capacitados nas suas residências somente em maternidade de alto risco, que possuem pouca demanda de parto normal e saem de lá só sabendo fazer cesarianas. No Centro de Parto Normal, o problema da gestação de risco também é considerado e, com o manejo clínico adequado, as enfermeiras obstetras têm a capacidade de atender e, quando necessário, com o apoio do médico.

Continuando, Ivo Lopes afirmou que não existe humanização da atenção e da gestão sem que se pense nos trabalhadores, sem que se estabeleça uma humanização por dentro, sem que se consiga uma relação nos plantões nas 24 horas por dia com os trabalhadores. É preciso olhar para o trabalhador se o gestor quiser assegurar a humanização da assistência, e a direção colegiada ajuda muito neste aspecto. Lembrou que, na maternidade, 100% das usuárias são mulheres e 80% dos trabalhadores são mulheres. Então, a gestão do trabalho tem que se lembrar dessa questão de gênero, o que motivou a implantação da creche para as funcionárias. Após o parto, depois com quatro ou seis meses de licença, a mulher tem de voltar a trabalhar e aí é necessário separar a criança da mãe. Para que isso não aconteça, o Sofia dispõe da creche e as chefias têm que autorizar a funcionária a ir até lá sempre que isso for necessário. A creche recebe crianças até os 3 ou 4 anos, quando já saem para frequentar a primeira escola com maior segurança, proporcionando uma satisfação muito grande para a trabalhadora. Isso faz a sua produção, a sua produtividade aumentar, pois a mãe está sempre lá assistindo o seu filho. O Hospital Sofia Feldman também possui uma academia, a qual o trabalhador pode frequentar no horário de trabalho. Segundo o diretor do hospital, o trabalhador precisa de cuidado. É necessário combater o sedentarismo na área da Saúde, combater a obesidade.

Finalizando sua apresentação, Ivo Lopes falou sobre a questão do acompanhante, informando que no Sofia ele entra, apoia a mulher e faz

o controle social. Afirmou que se um médico ou enfermeiro conversa diferente com uma mulher ou com um acompanhante, principalmente se for o marido da mulher, então essa conversa muda um pouco. Comentou ainda sobre o Projeto da Doula Comunitária, cujas integrantes atuam com voluntárias na maternidade 24 horas por dia. Elas não são trabalhadoras do hospital: elas vão até lá para apoiar uma mulher como elas na comunidade. Em seguida, falou da necessidade da diária de UCI para assegurar o custeio do acompanhante, visto que o bebê não vai para uma UCI sem a mãe como acompanhante. Afirmou que a UCI da neonatologia tem que ter acompanhante, que é necessário perder um pouco de espaço, pactuar com as vigilâncias sanitárias, para colocar a cadeira de acompanhante. A maternidade deve ser amiga da família, com a intervenção da comunidade feita por intermédio do apoiador social. Esses projetos são feitos 24 horas por dia entre as próprias comunidades no entorno do hospital. O apoiador social é um ouvidor da comunidade no hospital, fazendo auditoria todos os dias. Informou que o hospital possui as portas abertas para o projeto socializante, no qual aquelas pessoas que têm penas leves para cumprir possam cumpri-las dentro do hospital. Finalizando, Ivo Lopes salientou que o hospital tem de ter o seu conselho de saúde atuante, trazer a comunidade para dentro do hospital, “derrubar os muros que nós construímos, como os castelos medievais, para que ninguém entre lá dentro, e confiar na nossa comunidade ativa e participando”.

Programa Mãe Curitibana

Dando prosseguimento ao debate, o secretário Helvécio Magalhães elogiou a participação do Dr. Ivo Lopes, por ter conseguido mostrar a rica experiência do Hospital Sofia Feldman, e passou a palavra a Eliane Chomatas, secretária municipal de Saúde de Curitiba, para falar sobre uma experiência de referência no País, que é a Mãe Curitibana, uma das inspiradoras da Rede Cegonha também.

Eliane Chomatas saudou os presentes e agradeceu o convite do Ministério da Saúde e da Opas. Informou que a Rede Municipal de Saúde de Curitiba, cuja população era de 1.746.000 habitantes na época, possui 111 unidades básicas de saúde, sendo 55 de saúde da família. O projeto Mãe Curitibana foi implantado em 1999 e a motivação foi basicamente pela questão da indignação. A indignação pelo fato de que o município possui uma rede grande de serviços de maternidade e ainda assim haver o conhecimento de que a população de gestantes percorria diversos caminhos na hora do parto sem que se tivesse realmente a certeza de onde as mães vieram realmente. Então, nasceu o “Mãe Curitibana” em 1999. Falou que as avaliações em 1998 e 1997 sobre a qualidade da assistência materna nas maternidades foram um elemento importante para que eles tivessem um diagnóstico e pudessem voltar para a questão,

para o serviço. Explicou que, na época, 30% das gestantes procuravam o serviço na hora do parto e ficavam rodando pela cidade sem ter acesso a uma maternidade. O princípio do programa da Mãe Curitibana é a responsabilização da equipe da casa de saúde para a mãe e o filho. Todo pré-natal de alto risco é feito nas unidades de saúde. Não se tinha o pré-natal de baixo risco nos hospitais, nas maternidades. Isso fazia também que as entidades formadoras precisassem buscar a rede como local de formação dos seus estudantes, porque senão os estudantes não teriam como aprender parto, pré-natal de baixo risco. O estágio e o aprendizado são realizados pelos alunos na rede municipal e a responsabilização dos serviços é pelo atendimento integral de gestantes.

Eles trabalham com os princípios de humanização, segurança e qualidade. Ou seja, a mulher, mesmo na questão do planejamento familiar, tem uma assistência adequada para que ela possa escolher o melhor momento para o seu filho, para ganhar um pré-natal de segurança e um atendimento também ao parto de qualidade. Trabalham com três componentes: planejamento familiar, pré-natal e saúde infantil. O programa Mãe Curitibana é complementado por programas como Mulher Curitibana. As questões de trabalho e violência da mulher são abordadas pelo programa Mulher de Verdade e Mãe Adolescente, que dão importância à saúde da mulher. Para a devida elaboração segura destas políticas, foram construídas diretrizes clínicas pela equipe técnica da secretaria, em parceria com a sociedade científica, com entidades formadoras e com profissionais da rede.

Eliane Chomatas disse que as diretrizes do Mãe Curitibana não são estáticas, pois o protocolo é revisto periodicamente, estando já na 5ª versão, com atualizações necessárias. Possuem diversos materiais, que estão disponíveis no *site* da Secretaria. Possuem o protocolo de urgências obstétricas, uma demanda do próprio Núcleo de Maternidades, que procurou a Secretaria para a construção do protocolo. Comentou que muitas maternidades possuíam grande rotatividade dos residentes. Estes tinham uma dificuldade maior de incrementar e manter as bolsas práticas e, com isso, as maternidades vieram a solicitar que houvesse em todas as maternidades uma logística que viesse a ser utilizada inclusive nas maternidades primárias. Em Curitiba, se o profissional solicita que a gestante tenha acesso a determinados exames, há que se ter disponibilidade para o serviço solicitado, para exames sem burocracia. Os profissionais têm acesso a tudo o que o sistema está preconizando, mesmo a medicamentos. Tudo o que foi colocado no protocolo está 100% disponível para a clientela. Todos os exames são documentados e a gestante tem a oportunidade de acompanhamento.

Uma das questões importantes é o acolhimento na unidade de saúde para captação precoce antes do 4º mês. A maior parte das gestantes não consegue acessar os serviços antes do 4º mês e a gestante é vinculada na primeira consulta a uma maternidade de referência. No

planejamento desta ação eles trabalharam com área de abrangência. Pelo fato de não se ter como quantificar quantas crianças nasceram no interior, não se sabe também quantas gestantes são esperadas naquela área de abrangência no próximo ano, ou seja, se deve ou não ser feito um incremento de 10% a mais. As gestações muitas vezes não vão até o término e, por isso, é necessário fazer esse planejamento para saber qual é a necessidade de cada área de abrangência e qual é a previsão do número de partos. Também é possível calcular quantas gestantes de risco eles vão ter em cada área de abrangência e, com isso, vai se organizando melhor a questão do sistema, evidenciando se a gestante tem alguma expansão, alguma questão daquela maternidade para estar vinculada. Se por algum motivo a gestante não quer se vincular a uma determinada maternidade, a gestante é mudada para outra, sem nenhum problema.

A unidade, então, já no pré-natal, identifica as gestantes com risco e, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo, realiza o que deve ser feito e qual é o fluxo. A Secretaria trabalha com a dinâmica de que a responsabilidade pela gestante é da unidade de saúde, independentemente se está fazendo o pré-natal de baixo risco ou o acompanhamento numa maternidade de alto risco. A unidade básica responsável pela gestante (mais perto de sua residência) tem de saber se ela está tomando medicamentos indicados, se ela está com algum problema, se ela teve alguma outra doença. Quando encaminham uma gestante para acompanhamento de alto risco, isto não desfaz a responsabilidade da unidade, ao contrário: esta passa a ter mais responsabilidade, porque a gestante tem uma condição maior de risco. Este é o fluxo pactuado: vincular a gestante a uma unidade de baixa complexidade e, correndo o risco, a uma maternidade de alta complexidade. Se no decorrer da gestação houver alguma intercorrência de alta complexidade, simplesmente muda-se a vinculação sem nenhum problema. A maternidade é responsável pela gestante. Ninguém liga perguntando se existem vagas e ela vai atender também na hora do parto. A unidade tem a responsabilidade de acolher a gestante. A unidade de saúde Mãe Curitibana possui ecografia com *doppler* e todas as questões necessárias para a saúde da mulher. Como o sistema é integral, o programa também estabelece um radar com a responsabilidade da unidade de saúde. São realizadas oficinas com a gestante, com palestras, troca de experiências... Em 2009, foi instituído o programa Pai Adolescente, que possibilita também a participação do parceiro na questão do acompanhamento do parto e de todos os momentos do pré-natal. Segundo Eliane Chomatas, cada profissional vai usando da criatividade e colocando seu olho para criar dentro dessas situações.

Outro aspecto importante ressaltado pela representante de Curitiba foi a participação do Conselho Municipal de Saúde. Ela informou que eles

possuem conselho local de saúde em cada unidade de saúde, apontando este fato como uma questão de muita relevância. O conselho participa ativamente das principais reuniões e teve participação na construção do programa. Além disso, faz pesquisas periódicas de satisfação, inclusive no momento do parto. É importante o controle social, pois eles fazem uma seleção natural das maternidades. No início, trabalhavam com 12 maternidades; hoje, trabalham com seis. O controle social, com a participação da comunidade, avalia a qualidade do leito, propõe os testes de qualidade, e o próprio controle social faz uma seleção natural, pois a própria comunidade começa a selecionar e a Secretaria teve de retirar algumas maternidades da rede. Hoje, todas as maternidades são hospitais da Rede da Criança e a Secretaria conferiu uma qualificação para os serviços que são muito melhores. Outra questão importante do programa refere-se às visitas periódicas à maternidade. As unidades de saúde vinculadas à maternidade monitoram a carteirinha da gestante quando não vem preenchida realmente pela área de pré-natal ou a solicitação na unidade de saúde não foi feita para a gestante por algum motivo ou se houve algum problema no atendimento na maternidade. E, assim, segundo Eliane Chomatas, eles vão resolvendo as questões, os problemas.

Eles possuem também um sistema informatizado que permite uma integração com as unidades da rede básica, possibilitando à gestante, no momento da procura, o agendamento da consulta. A unidade de saúde disponibiliza a agenda do hospital. A primeira quebra de paradigma ocorreu com a agenda aberta nos serviços hospitalares. Após o parto, a maternidade agenda e a unidade enxerga o agendamento de mãe e filho, com enfermeiro, na unidade de saúde, com acolhimento e todo o acompanhamento. Se a mãe não chega à unidade de saúde, é verificado se ela já teve alta. Com isso, rapidamente já começa todo o acompanhamento, todo o planejamento familiar, já acontece o agendamento das consultas e ela já é inscrita no programa da criança para a continuidade do cuidado. Eliane Chomatas disse que eles classificam todas as crianças com risco ao nascer. São realizadas visitas e é incentivado o aleitamento materno exclusivo. Salientou, ainda, que existe um programa, em parceria com a Secretaria de Educação, para que nas creches seja estimulado o aleitamento materno. Os cuidadores da creche são treinados para o aleitamento e para o cuidado com o bebê.

Na saúde da criança, eles trabalham com material informativo e com a caderneta de vacina. Recentemente, eles publicaram um material contendo informações sobre o acompanhamento da criança até 10 anos, seu desenvolvimento, seu crescimento, sua educação e sua alimentação. O teste do pezinho de rotina já é feito há muitos anos, assim como a triagem neonatal. Em relação ao planejamento familiar, eles trabalham muito com priorização de mulheres em situação de risco. Identificam mulheres que passaram por cirurgias cardíacas e trabalham muito com

as sociedades científicas para orientar a comunidade no planejamento familiar, para que possa estar diminuindo os indicadores da maternidade. Fazem a vigilância e a busca ativa das adolescentes, das menores de 16 anos, e também a maternidade permanece vigilante na questão da vida. O alicerce da construção do programa Mãe Curitibana foi a parceria com sociedades científicas, universidades, hospitais, a sociedade civil, entre outras, com reuniões periódicas e de muito fortalecimento na missão dos comitês de mortalidade, valorizando a qualidade da investigação infantil. A investigação é feita com as unidades de saúde. O Mãe Curitibana é um programa-sentinela que proporciona o avanço da assistência materna e infantil ligada ao SUS. Segundo Eliane Chomatas, o programa possui grande visibilidade, é citado em campanhas políticas e já virou um programa da coletividade.

Continuando a sua exposição, ela informou que eles conseguiram melhorar o índice de aleitamento materno exclusivo e o índice de contaminação pelo HIV, fazendo inclusive o teste rápido nas maternidades privadas, diminuindo a transmissão vertical do HIV. A gravidez na adolescência é de 14,2% na faixa etária de 9 a 19 anos. Em Curitiba, quando surgiu o Programa de Redução da Mortalidade Infantil, a meta era reduzir o percentual para pelo menos um dígito, e eles alcançaram o resultado ainda em 2008, com o índice de 9,8, o qual tem se mantido. Para se ter uma ideia do impacto, em 1980, morreram 1.444 crianças, cuja taxa de mortalidade foi de 42,7. Em 2010, morreram 225 crianças de uma mortalidade de 8,97. Em 2009 e 2010, foi repetido o mesmo indicador. Ressaltou que uma situação que merece atenção especial em Curitiba é a questão da mortalidade neonatal, tendo fechado em 2010 uma taxa de 6,92 de mortalidade neonatal e 2,05 de mortalidade pós-neonatal. Registrou que essas taxas estão em ordem crescente e que, apesar dos esforços, não é uma situação simples de trabalhar, mas acredita que o modelo atual é um avanço. Trabalham partindo do princípio, com resgate de valores, uma visão importante na questão da família, a questão da diminuição da violência, colocando realmente o parceiro como membro importante da família, incluindo a mãe, o filho e o parceiro, constituindo, enfim, a família. O parceiro está presente na primeira consulta. É feita a coleta do parceiro (coleta para sífilis e HIV), eles participam das oficinas e da visita à maternidade.

Finalizando, informou que gostaria de ressaltar três coisas importantes. Primeiro, que eles estão começando. Em segundo lugar, que é importante conversar quando se tem coisas novas. E, em terceiro, a certeza de que precisamos continuar. Destacou que também é importante garantir a continuidade do processo, cuidar para que ele não seja interrompido na maternidade, mas passar da interrupção a um caminho novo, como uma escada em que se sobe cada degrau de uma vez, o que nos leva realmente a produzir mais. Concluiu agradecendo aos presentes e

informou que há material disponível sobre o tema no *site* da Secretaria e se colocou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Projeto Curumim

Dando continuidade, Helvécio Magalhães convidou Paula Viana, coordenadora da ONG Curumim, para apresentar o referido projeto.

Paula Viana saudou os presentes e, agradecendo o convite, ressaltou ser uma imensa honra participar e dividir a mesa com pessoas que são referências para a Rede Nacional de Humanização de Parto e Nascimento (Reuna). Informou que gostaria de começar sua fala ressaltando a seguinte frase: “Sou Geraldina Dias da Silva, tenho 55 anos, sou parteira desde 1994. No ano em que comecei a ser parteira, já passaram 60 crianças pelas minhas mãos”. É assim que começam os encontros e cursos para as parteiras tradicionais que o Curumim promove desde 1989, que foi o ano de sua fundação. Ao longo daqueles 22 anos, passaram pelo Curumim mais de 3 mil parteiras tradicionais, entre elas parteiras de quilombos, que são mulheres valentes, são jovens como dona Geraldina ou até mais jovens ainda ou são idosas. Elas são convidadas a conversar, a aprender, a ensinar, a trocar experiências sobre a importância de ser parteira tradicional no Brasil. São milhares de mulheres que carregam conhecimentos populares entregues de geração a geração sobre saúde reprodutiva nos cantos mais devastados do País, nas florestas, nos cenários dos sertões, são mulheres ribeirinhas, do litoral, são mulheres da cidade. Desse encontro, quando elas participam pela primeira vez, se mostram muito tímidas, muito desconfiadas e, muitas vezes, com medo mesmo, medo de serem tratadas como são no dia a dia delas, porque elas normalmente são maltratadas, discriminadas, marginalizadas. Depois, elas ficam, relaxam e começam a ensinar o que elas sabem e saem muito felizes por terem conhecido mais parteiras, por terem podido conhecer a realidade de outras parteiras, como enfrentar as adversidades do seu ofício.

Após os cursos, continuou Paula Viana, as parteiras saem felizes por terem recebido materiais novos para elas, que foi elaborado em 2000 pelo Ministério da Saúde. Saem realizadas, felizes por terem sido reconhecidas, valorizadas e por terem ouvido falar em convívio e, principalmente, por se identificarem com as outras parteiras. Ainda que cada parteira tenha um histórico diferente para contar e tenha também muita coisa em comum com as outras, em relação à tradição, à formação delas com essas mulheres, com as suas mães, as suas avós, também existe muita coisa em comum em relação às dificuldades que elas enfrentam no cotidiano do exercício do seu trabalho. O Curumim é uma organização feminista, porque trabalha com parteiras. Basicamente, elas são movidas por duas questões. A primeira, trabalhar como parteira

é trabalhar pela autonomia reprodutiva das mulheres, é trabalhar pelo direito inclusive reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, de que a mulher escolha quando quer ter um filho e com quem ter esse filho, quem vai estar no momento na hora do seu parto, como é ter e parir, e a parteira representa isso. Ela nos ensina a respeitar esse tempo que a mulher tem e que cada bebê e mulher são diferentes. Outra questão é a defesa do SUS. Trabalhar como parteira é estar defendendo o nosso Sistema Único de Saúde, é estar defendendo os princípios que o regem e a sua integralidade. Paula Viana ressaltou que o movimento feminista colaborou com esse conceito na construção do SUS. O movimento trabalha articulado, em rede, fazendo parte da articulação de mulheres brasileiras. O movimento foi fundador da Rede Nacional Feminista de Saúde, trabalhando os direitos sexuais e reprodutivos, representados então pela sua secretária-executiva, Télia Negrão. Citou que o movimento integra as jornadas brasileiras pelo direito a um aborto seguro e que hoje constitui a secretaria-executiva nacional e elas também são fundadoras da Rede Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Comentou que elas possuem um trabalho voltado para o programa de jovens e adolescentes, com formação política de direitos públicos relacionados à juventude, e têm uma ação também voltada para o acompanhamento da atenção à saúde reprodutiva, ao parto, à gravidez e ao acompanhamento ao pós-parto. Na esfera da saúde materna, o grupo Curumim tem focado as suas atividades em regiões muito isoladas nas quais a parteira tradicional é altamente valorizada pelas comunidades.

Segundo Paula Viana, os moradores de municípios de regiões ribeirinhas, por exemplo, precisam percorrer grandes distâncias em pequenas embarcações e, em alguns casos, levam mais de 20 horas de deslocamento ao centro de atendimento mais próximo. Muitas localidades são desassistidas pelo sistema normal de saúde e, em muitas localidades, as parteiras são responsáveis por 100% dos partos que ocorrem no município. No caso do Pará, por exemplo, há um município onde 96% dos partos são assistidos por parteiras. Outros 4%, às vezes, ficam no município, quando uma enfermeira fica, vai até lá ou o médico ou, então, se desloca para um município que está a quatro horas de barco da localidade. A formação da parteira tradicional não acontece normalmente em um dos cursos dos curumins ou por intermédio do pessoal de Ceres, de Goiás, que também já realiza cursos para as parteiras. Essa formação das parteiras se dá na vida, é na natureza, as gerações anteriores são as que detêm um conhecimento e o repassam. A escolha de ser parteira tem raiz na história da mulher, da tradição familiar que ela tem. As mães levam os conhecimentos antigos às suas filhas, às suas sobrinhas, às suas netas e as inserem nessa odisséia secular de guardar esses costumes, que são ancestrais. O reconhecimento da prática da parteira tradicional com a própria comunidade aparece no apelo feito aos conhecimentos e aos serviços dela. “Chamaram, pediram

ajuda e eu ajudei”. Esta é a explicação mais ouvida entre as parteiras para justificar o seu trabalho. Não importa se a mulher esteja parindo ou abortando: as parteiras entendem muito bem o que é ética, o que é responsabilidade, o que é organização e nos ensinam também. Todas as parteiras também encontram dificuldades no exercício do seu trabalho. O problema mais alarmante que mencionam é a falta de material. Em geral, as parteiras não têm balança, não têm tesoura, não têm luvas, não têm nada. “Sempre se tem que dar um jeito, não existe reconhecimento para o trabalho da gente, as nossas aldeias não têm nada, só Deus nos protege”.

Outro problema citado geralmente é que os hospitais ficam distantes das comunidades onde moram e, às vezes, em caso de emergência, nem existe transporte para o hospital. “Na noite passada, carregando uma mulher parturiente com a rede até a rua principal, escorregando na lama causada pela chuva, é assim que a gente vive”. O perfil da parteira tradicional que surge das apresentações e conversas, nos encontros, é resumidamente assim: uma mulher tradicional, uma mulher solidária e sempre disposta a ajudar outras mulheres, formada nas ciências da vida dos antepassados da natureza e condenada a um trabalho numa situação extremamente difícil e mal paga para fazer frente a ela. Então, o conceito de parteira tradicional assumido pelo Ministério da Saúde é que é uma mulher que presta assistência ao parto domiciliar numa determinada comunidade, sendo reconhecida por essa comunidade como parteira. O conceito de parteira tradicional para os curumins exige uma reflexão, considerando-se que, no Brasil, existe uma diversidade cultural imensa: temos mais de 200 etnias e uma diversidade de línguas que formam o País. Então, são homens e mulheres que, muitas vezes, estão na situação de gente que dá uma de parteira, mas muitas vezes não se reconhecem como tal, pois afirmam que só ajudam os médicos na hora do parto. Então, segundo Paula Viana, de acordo com cada região em que se esteja trabalhando, é necessário respeitar o entendimento local.

A realidade de um parto domiciliar assistido por parteiras ocorre em situação de exclusão e de isolamento, desarticulada pelo SUS e, como consequência, não se dispõe de dados que expressem o real sentido das parteiras e informações consistentes sobre o número de partos realizados por elas. Em seguida, Paula Viana apresentou um quadro de 2009, ressaltando Pernambuco, Amazonas e Acre como alguns dos estados do Brasil que têm um banco de dados que permite começar a traçar o perfil da parteira. Apresentou o banco de dados de Pernambuco, da Secretaria Estadual de Saúde, que envia frequentemente a relação de quantas parteiras ainda não fizeram cursos, quantas parteiras ainda não têm o material, quantas parteiras receberam e precisam receber o material novamente que já está antigo etc. Então, a própria coordenação de saúde local tem a possibilidade de, pelo seu programa de parteiras tradicionais, poder monitorar os municípios, e o Curumim pode, então,

fazer um trabalho mais regular. Segundo informou, desde 1992, o Estado de Pernambuco tem o seu próprio programa de parteiras tradicionais. Ressaltou que a grande maioria das parteiras não recebe capacitação de forma geral no Brasil, não tem acesso a material didático e não é remunerada pelo seu trabalho. Depois, vendo uma página do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Paula Viana assinalou que, de 1994 a 2007, foram registrados mais de 37 mil partos por auxiliares ao ano. Já pela página do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que modifica o dado como procedimento de assistência ao parto, sendo exposta a parteira, em média, são mais de 38 mil partos assistidos por parteiras ao ano. Em seguida, Paula Viana apresentou outro quadro demonstrativo do perfil das parteiras, destacando as parteiras ativas, as parteiras não ativas, a informação de onde essas parteiras estão atuando, se na zona rural ou na zona urbana etc. Apresentou também informações de 2000 a 2008, com números de partos em domicílio: 30.949 partos domiciliares, que não necessariamente são assistidos. Infelizmente, segundo Paula Viana, as crianças e as mulheres que são assistidas por parteiras nem sempre recebem o tratamento adequado e eficiente do Sistema Único de Saúde. É comum mulheres relatarem que os bebês não tiveram o direito de fazer o teste do pezinho e o direito do registro de nascimento porque nasceram em casa, além de uma série de outros cuidados que estão inseridos no âmbito da atenção à saúde da mulher e da criança. Essas mulheres e essas crianças que são assistidas estão de forma marginalizada. Para discutir e avaliar a situação, com o serviço de saúde presente, o Curumim faz pequenos grupos com parteiras para fazer o diagnóstico de saúde global, por intermédio de mapas, como foi demonstrado, ou seja, uma das metodologias de trabalho que se utiliza.

Continuando, Paula Viana ressaltou que as percepções das parteiras sobre as peculiaridades e sobre os problemas no serviço de saúde são importantes e merecem destaque. Os sistemas de saúde tradicionais, aqueles que vieram sem lideranças, de pajés, de rezadoras, de benzedeiras, são bastante fortes e existem apesar de todas as ameaças. Segundo Paula Viana, o sistema de saúde público está funcionando inadequadamente, pois existe pouca cooperação entre os dois sistemas e um não entende o outro ou não conversa com o outro. Disse que, em primeiro lugar, o atendimento geralmente é deficiente tanto qualitativa quanto quantitativamente. Em muitas localidades, o médico só aparece uma vez por semana ou apenas uma vez por mês. Quando ele aparece, formam-se filas: é impossível atender a quantidade de mulheres e de crianças que ficam para atendimento. Infelizmente, existem relatos de que muitos profissionais de saúde agem com preconceito com essas populações, até com racismo. Em segundo lugar, o sistema de saúde sofre também, pois tem uma infraestrutura inadequada para atender as mulheres e as crianças nesses lugares mais isolados. Algumas vezes, as localidades não têm posto de saúde e as enfermeiras atendem em

escolas improvisadas e em casas de outras mulheres, muitas vezes casas de parteiras, que servem até como posto de saúde, sem remédios, enfim, nenhuma infraestrutura. Em terceiro lugar, o sistema de encaminhamento para os hospitais, por exemplo, no caso de alguma doença grave ou um parto problemático, funciona com deficiência, sobretudo em relação à falta de transporte. Essas dificuldades também obstam o trabalho da parteira tradicional. Nesse cenário, o aprimoramento da atenção à saúde materna e neonatal requer a aproximação e a doação do sistema oficial de saúde para as parteiras tradicionais, assegurando também uma maior capacitação delas. De 2000 a 2010, o movimento contou com o apoio do Ministério da Saúde, por meio de um convênio com o Unicef, a Comissão Internacional da Saúde das Mulheres, nos Estados Unidos, a Coordenadoria de Serviço do Sesi, as secretarias estaduais, as gerências regionais de saúde, organizações não governamentais, enfim, esses projetos fortaleceram o projeto “Trabalhando com Parteiras Tradicionais”. O trabalho foi desenvolvido em 16 estados, 247 municípios e, com esses convênios, alcançaram 1.341 parteiras tradicionais (incluindo quilombos, indígenas) e 1.092 profissionais da área da Saúde, principalmente da Estratégia Saúde da Família, agentes comunitários e dos seis Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O Curumim foi a vários lugares e produziu, em parceria com o Poder Executivo, alguns materiais, como o livro e o manual do trabalho das parteiras tradicionais. Paula Viana informou também que o livro da parteira está sendo revisado agora, com repercussão para a questão da mulher e da saúde da criança, trabalho este realizado com o apoio da Universidade do Maranhão e com o auxílio de alguns pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria. Ressaltou ainda que, além de alcançarem números expressivos em relação a parteiras e profissionais, conseguiram também estabelecer parcerias entre gestões estaduais e municipais. A ideia do Curumim sempre foi a de tornar cada estado autônomo. O Curumim é muito pequeno, está lá em Recife, trabalha em parceria e com muita satisfação em Minas Gerais, tem o apoio do Hospital Sofia Feldman, que trabalha com parteiras tradicionais. O Estado do Acre tem também a sua equipe, que trabalha na forma e de acordo com a sua realidade.

Finalizando, Paula Viana afirmou que o Curumim vem trabalhando dessa forma sistemática e que essa dinâmica tem alguns resultados interessantes: elas conseguiram, por exemplo, melhorar a notificação do parto domiciliar. Na região da Amazônia, estão trabalhando mais sistematicamente com as parteiras, com agentes comunitários e outros profissionais. Conseguiram melhorar a notificação, ampliaram o número de consultas de pré-natal, e isso é muito importante para todos os lugares onde visitam. Na região de Melgaço, no Pará, em 2000, ocorriam 86 partos no total listados no sistema. Já em 2003, 471; em 2005, 323; e em 2007 já registram mais de 400 partos notificados. Paula Viana comentou que, apesar de o Brasil trabalhar com parteira tradicional baseado em

marcos legais e políticos consistentes, na verdade, os estados e os municípios ainda não assumem o trabalho da parteira, e isso depende fundamentalmente de vontade política. Com a Rede Cegonha, espera-se que venha a melhorar essa relação com as parteiras tradicionais, principalmente porque a parteira é um elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Ela é uma parceira do serviço de saúde e não uma inimiga, e ela não ameaça nenhuma outra profissão. Segundo a palestrante, na rede de saúde reprodutiva a parteira tradicional é, sem dúvida alguma, uma parceira indispensável e cabe a este governo, chefiado hoje por uma mulher, fazer justiça para essas mulheres. Essas mulheres trabalham sem direito a aposentadoria, sem remuneração, não têm o reconhecimento do seu valor como agentes importantes tanto pela luta pela saúde da mulher e da criança, como também na preservação do nosso futuro, das nossas tradições. Em seguida, convidou os presentes a participar, no dia 5 de maio, da Marcha das Parteiras em Brasília e em algumas capitais também, como São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco. Garantiu que esta não é uma luta só em prol do reconhecimento da parteira tradicional, mas também da parteira de hoje. Citou que o curso da USP ainda não foi reconhecido e disse que o Curumim é um movimento que pede para que o Brasil assuma o seu modelo de assistência obstétrica e que realmente faça justiça às parteiras.

O secretário Helvécio Magalhães agradeceu a participação de Paula Viana e convidou a plenária para o debate.

Debate

Sandra Cavalcante, coordenadora estadual da mulher do Estado do Amazonas

Disse que o Estado do Amazonas vem trabalhando a questão das parteiras tradicionais e hoje já tem um banco de dados com o registro de mais de 900 parteiras tradicionais em uma parceria incansável com o Ministério da Saúde. Perguntou como a Rede Cegonha vai fortalecer a questão das parteiras tradicionais, que tipo de recurso será disponibilizado, pois possuem dois convênios federais, mas estão com uma grande dificuldade em receber os recursos. Propôs que os recursos sejam encaminhados fundo a fundo.

Altair Lira, representando a Federação de Anemia Falciforme

Perguntou se o exame de eletroforese de hemoglobina será incluído no rol dos exames da Rede Cegonha, já que o Ministério da Saúde mostra que gestantes que têm a doença falciforme têm uma taxa de mortalidade de 50%. Ponderou que é necessário colocar esse exame logo no início para que tal gestação seja considerada de alto risco. Citou

o exemplo de Belo Horizonte num projeto que é desenvolvido pelo CMOB. Sugeriu uma conexão com o hemocentro e ressaltou a questão da anemia falciforme como uma questão de equidade na Rede Cegonha, ressaltando que a mortalidade nas mulheres ocorre principalmente nas trincheiras indígenas e que a questão da equidade é fundamental nesse projeto.

Rosângela, Belo Horizonte

Solicitou que Ivo Lopes falasse um pouco mais sobre a questão do trabalho multidisciplinar com enfermeiras, obstetras e doulas, como é esse processo com as doulas, uma experiência riquíssima que Belo Horizonte tem tentado levar adiante e que é muito importante. Solicitou que Gisele Maciel falasse um pouco mais a respeito do trabalho que está sendo feito recentemente em Belo Horizonte em relação aos indicadores das maternidades e como isso tem sido feito. E, para a representante do Paraná, solicitou informações sobre o processo de humanização da assistência nas maternidades, como tem sido feito, se eles têm doulas e indagou questões com respeito à fixação de profissionais na atenção primária, como isso tem sido feito, pois é um grande desafio. Para o secretário Helvécio Magalhães, solicitou mais informações sobre o que a Rede Cegonha prevê em relação à valorização e à fixação de profissionais.

Gláucia Morelli, presidente da Confederação das Mulheres do Brasil, integrante do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e Combate à Mortalidade Materna

Afirmou que o ministro da Saúde e a ministra da Secretaria da Mulher conclamaram todos para algo que, às vezes, parece difícil, mas considera que é muito possível: construir uma forte união, uma imbatível parceria para superar a indignação de termos em nosso rico País a morte evitável de mulheres e crianças e o sofrimento para muitas famílias. A Confederação tem um trabalho importante nessa conclamação e atuará muito na mobilização e no monitoramento dessas iniciativas. Perguntou como a divulgação dessas ações vai chegar até a mulher ribeirinha, até a periferia de São Paulo, ao entorno de Brasília. Refletiu que será necessário entender um pouco mais como será o fluxo das ações e como esse monitoramento pode ser integrado.

Ana Cecília Sucupira, Projeto Trevo de Quatro Folhas, em Sobral (CE)

Perguntou a Ivo Lopes como é em Belo Horizonte, como se resolve a questão das mulheres que ficam na Casa da Gestante por um tempo prolongado, como é o apoio à família, quando essa mãe não tem o apoio familiar, e quem cuida das crianças e da casa. Lembrou que, em Sobral (CE), existe a “mãe social”.

Pablo Durán, assessor regional de saúde perinatal da Opas

Perguntou sobre a experiência dos palestrantes no sistema de registro das práticas, os processos e os resultados e se essa informação já chegou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no sentido de melhorar suas práticas.

Gláucia, Recife

Perguntou para Eliane Chomatas como é feito o controle social e, para Ivo Lopes, que sanções são feitas tanto para as maternidades como para os profissionais de saúde que não cumprem ou que repetem os mesmos erros ou que não querem mudar a sua prática.

Eliane Chomatas, Programa Mãe Curitibana

Respondendo à Rosângela de Belo Horizonte, ela informou que colocam a questão da humanização de forma geral, incluindo sempre o pai. Informou que registram grandes avanços com relação à humanização, já trabalham com a banheira, com alívio da dor, visita aberta dos pais, enfim, uma série de questões com relação à humanização. Citou que ainda precisam caminhar muito com relação à Rede, pois sempre existem coisas para melhorar, mas acredita que eles têm dado grandes passos com relação à sensibilização dos profissionais no que diz respeito à humanização. Em relação à fixação de profissionais, informou que, em Curitiba, os profissionais da Rede de Atenção Primária são captados por concurso público, são estatutários e que, por tal razão, logicamente possuem alguma rotatividade, mas também possuem profissionais de longa permanência. Outra questão importante é sobre a capacitação e a educação permanente, que são realizadas todos os anos, há 12 anos, com discussão de casos empíricos com os profissionais da rede, médicos, enfermeiros, buscando soluções para casos de mortalidade, identificando onde ocorreram falhas. Isso é feito de forma permanente todos os anos. Possuem também contratos de gestão, com uma remuneração variável dos profissionais baseada em resultados, implantada desde 2002. É uma prática importante na qual colocam no contrato de gestão alguns indicadores da remuneração variável dos profissionais, com a meta da equipe, entre outras questões. A Pablo Durán, respondeu sobre a situação dos sistemas de informação. Disse que todos os dados apresentados são extremamente medidos, não há mortalidade que escape dos registros, tudo é realmente investigado, e essas informações são trabalhadas com a rede e também com as maternidades privadas pelo plano de saúde. A mortalidade não é só uma questão do SUS, é necessário ampliar o universo para sensibilizarmos os outros setores que trabalham com a saúde. Uma questão importante na situação das sistematizações é que, se for mortalidade infantil, semanalmente são checados todos os dados de mortalidade infantil do município, acompanhados sistematicamente e comparando-se o mesmo período do ano anterior, para avaliar a

evolução das taxas. Isso faz com que sejam proativos, usando os dados para modificar o indicador no decorrer do ano, e não só no final, quando fecha o ano. Em relação à questão do protocolo e dos profissionais, quando se tem uma situação na qual não se seguiu o protocolo, uma situação realmente maior, encaminham o caso para o conselho da categoria profissional competente. Ponderou que, se o profissional tem tudo à mão, cabe realmente ao profissional desenvolver uma boa prática. Se realmente isso não acontece, o conselho local da categoria pode prover uma capacitação para essa equipe e, quando é algo maior, mais grave, encaminham a questão para os conselhos regionais.

Gisele Maciel, da Rede Perinatal de BH

Respondendo as perguntas feitas pela plenária, citou que, em Belo Horizonte, elas trabalham com a gestão visualizando a estratégia bem antes da estrutura, ou seja, é necessário entender o que querem para depois estruturar e, na hora da estruturação, é preciso avaliar o ambiente interno, quais são as forças, quais são as fraquezas e, no ambiente externo, ver quais são as ameaças e quais são as oportunidades. Na experiência de Belo Horizonte, o que tem de mais significativo é a participação da sociedade nesse processo. Inicialmente, entrou-se com uma oportunidade e, hoje, elas têm em comum uma força. Não é possível entender a gestão sem a participação efetiva do cliente. A sociedade civil é o nosso cliente, então, é importante entender tudo do que ela precisa e o que ela quer. Ela tem muito a dizer e muito a contribuir e, da mesma forma, é preciso prestar contas aos gestores. Existe um contrato de gestão com as maternidades que são prestadoras do SUS, com prestadores de serviços para essa sociedade e no contrato de gestão há um termo de compromisso. Compromisso de qualificação, de humanização, de assistência, com 12 indicadores da maternidade, como: índice de episiotomia, métodos farmacológicos para alívio da dor, posição durante o trabalho de parto, enfermagem inserida na assistência, doula na grade de plantão, índice de cesariana etc. Enfim, elas possuem metas e pontuam a maternidade, dizendo se ela atingiu até 50%, por exemplo. Ao final, tem-se uma pontuação e ela está ligada ao repasse de verbas. Este é um método de monitoramento, é um indicador. Possuem outros também, como ir ao local, conversar com a paciente, com a família, avaliar o prontuário no momento. Segundo Gisele Maciel, a gestão tem um dever, um compromisso de apresentar para a sociedade, para a clientela, quais são os resultados. Em Belo Horizonte, todas as estratégias e políticas são construídas coletivamente, e isso é de extrema importância para a participação no controle social. Devem-se levar em consideração a raça, o gênero, a diversidade de famílias, os diversos tipos de família. É necessário ouvir, entender, trabalhar com a evidência científica, mas também com o perfil e a demanda da população, para saber o que ela quer.

Ivo Lopes, do Hospital Sofia Feldman

Em resposta a Rosângela sobre a questão das doulas, ele informou que as mulheres foram para os hospitais e participaram ativamente para que fossem incorporadas nessa rotina envolvendo médicos e enfermeiros. Hoje, eles possuem 14 doulas. Já em resposta a Ana Cecília sobre a Casa da Gestante, informou que eles basicamente têm o apoio do estado. Para dar apoio a todas as famílias não é possível, mas conseguiram que os maridos venham nos finais de semana e tragam os filhos que ficaram em casa. A Casa da Gestante é para mulheres gestantes do interior e todas as casas têm registro.

Dando continuidade, o secretário Helvécio Magalhães salientou ser necessário fazer alguns comentários para alinhar todas as questões. Como foram experiências escolhidas evidentemente pelo seu conteúdo, todos estarão envolvidos de uma forma ou de outra com a implementação desse grandioso projeto nacional. Algumas questões que são muito importantes devem ser reafirmadas não nos custos, mas nas práticas. Primeiro, é a questão dos princípios. Todos falaram de praticar os princípios do SUS, como a universalidade, mas com foco em questões específicas, de equidade, integralidade, que são sempre uma busca permanente. Disse que será uma permanente marca nesta gestão do Ministério da Saúde a busca pela qualidade. Não só pela questão assistencial em si, mas pela legitimidade que isso pode dar progressivamente ao SUS e legitimidade perante a população. A experiência com as Casas de Sofia, referência para mais de 200 cidades, em um estado tão grande como Minas Gerais, que lida com a questão do acesso geográfico, é uma preocupação do Ministério. Informou que haverá um grupo de trabalho específico para tratar do tema das parteiras tradicionais, tendo sido colocado este item no projeto da Rede Cegonha. Haverá um recurso específico para o financiamento de capacitação. Concordou que deve haver um aprimoramento de formação para o acompanhamento dos componentes e exercitar a modalidade fundo a fundo como o grande eixo, tendo em vista o volume de recursos, R\$ 9,4 bilhões, que serão aplicados nos próximos quatro anos. Ponderou que é preciso agilidade neste processo. As duas experiências mais sistêmicas de Belo Horizonte e Curitiba são duas experiências exemplares. Com relação ao conjunto do Brasil, o País ainda mostra, apesar de tudo isso, taxas de mortalidade materna elevadas na média nacional e incompatíveis com o próprio desenvolvimento dos sistemas de saúde. Então, segundo o secretário, existem mais coisas envolvidas, não só a questão técnica ou política, mas é preciso se debruçar para enfrentá-las coletivamente, identificar lacunas de conhecimento, inclusive fora do setor específico da Saúde, no entendimento sobre essa problemática da morte materna. Refletiu que é necessário ser mais rigoroso em relação às penalidades, envolver as entidades correlatas, com as vias legais,

com o Conselho Nacional de Saúde, pois deve haver uma ação mais sistemática nesse sentido. É importante trabalhar com a ouvidoria para buscar resultado dentro do Sistema Nacional de Ouvidoria, resultados na identificação e para apoiar o gestor local nessa ideia de que ele não pode se conformar com a iniquidade, no caso da morte materna. Deve tratar cada caso como uma catástrofe humana e sanitária que precisa ser enfrentada, porque é possível reduzi-la progressivamente.

Helvécio Magalhães afirmou também que, dialogando com as duas experiências de Belo Horizonte e Curitiba, que têm um traço em comum, percebe que elas são sistêmicas, como uma mostra de que a política de saúde tem que se tornar cada vez mais de estado. São todas experiências que persistem, vão completar 20 anos e, do ponto de vista dos sistemas municipais de saúde, são 20 anos de uma mesma linha de gestão, mesmo com substituição de secretário. Comentou que a descontinuidade que permeia as mudanças de gestão, muitas vezes trocando o que o antecessor fez, pintando de cor diferente, é muito atrasada do ponto de vista do que o SUS propõe. Então, por defender o Ministério da Saúde a sua disposição independentemente de partido, de opção, de estar ou não na base de governo, deve apoiar essa postura persistentemente e, quando tiver que enfrentar uma troca de governo no meio do mandato, é para se ter todo o cuidado com os conselhos, com os parceiros. Por isso é importante que existam esses comitês que envolvem a sociedade civil para que o que for implantado não seja destruído nem na campanha nem em uma mudança eventual de gestão. Isso é um cuidado que deve ser tomado por todos aqueles que têm compromisso com o SUS, e as duas experiências são exemplos positivos desta articulação.

Na questão das parteiras, informou que, apesar das trincheiras indígenas, é necessário tomar uma série de iniciativas no caso da Amazônia, tendo em vista a característica de deslocamento por via fluvial. O Ministério irá apoiar uma série de iniciativas com os barcos, com o governo do Amazonas, cuja parceria já foi acertada. No Pará, em Santarém, eles já dispõem de uma equipe de saúde da família fluvial, que vai ser inaugurada formalmente agora. Haverá mamógrafo no barco que possa atender todas as populações ribeirinhas e uma série de iniciativas com o apoio da Marinha. Citou que há várias experiências positivas pelo Brasil afora, como no caso da Bahia, e que é importante haver uma Rede de Cuidado Integral que realize a atenção à saúde, mas com as particularidades necessárias de cada região. Citou como exemplo o teste do pezinho, refletindo que o cuidado não é só fazer o exame, como muitos organismos fazem, mas cuidar integralmente dessas crianças que têm diagnóstico específico. Informou que o Ministério partiu da lista de exames já consagrados e a iniciativa foi financiar 100% dos exames, mas vai ser possível dialogar sobre cada possibilidade de se estar incluindo novas questões e se aperfeiçoando na busca permanente da qualidade. Nesse sentido, ponderou sobre a questão da fixação dos

profissionais, que é um problema grave, principalmente com o profissional médico, seja da fixação, seja da qualidade desse profissional. Para se ter qualidade é preciso, além da formação, da coerência da graduação com o mundo do SUS. Está havendo uma aproximação muito benéfica do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação. Serão propostas alterações na regulação profissional, será definido o serviço civil obrigatório ou facultativo com peso na residência no Brasil. O pró-residência vai ser ampliado, o peso de ficar dois anos na atenção primária e nas emergências do SUS vai contar pontos para as residências no Brasil todo e que são financiadas pelo MEC. Segundo o secretário, esta ação representa um peso muito significativo, um caminho para a discussão da carreira no SUS em seus aspectos regionais e estaduais, que deve andar sob as diretrizes e apoiar as iniciativas e a ampliação radical das residências. Estas, por sua vez, serão ampliadas de acordo com o artigo 200 da Constituição, sobre quem vai definir quando, onde e em que especialidade do SUS. Para Helvécio Magalhães, esta é uma mudança importante na busca de uma sociedade igualitária. Para a sua consolidação, segundo ele, é necessário dialogar a questão técnica, da qualidade e do padrão do SUS que queremos. São formados por ano 16 mil médicos, o que será ampliado para 19 mil quase que imediatamente, mas é necessário cuidar da qualidade da educação e não abrir qualquer escola, mas que sejam previstos aspectos como carreira, condição de trabalho, até mesmo as experiências de vida. É preciso haver centros de saúde e unidades básicas decentes e amplas, assim como a autoestima dos profissionais e usuários. Sem isso não é possível haver Rede. Segundo Helvécio Magalhães, a Rede Cegonha deverá fazer diálogos com as demais redes que estão sendo priorizadas, como a de urgência e emergência, saúde mental, e com o Projeto Mãe, que é a qualificação da atenção primária. Esse processo deverá acontecer em parceria com os estados e municípios, que vão progressivamente mudar.

Finalizando, convidou os presentes para que ficassem confiantes para perseguir e financiar cada vez mais resultados, premiando quem faz mais por merecer e apoiando evidentemente quem não conseguiu os resultados. Este será um grande diferencial na política de financiamento do SUS, que já está sendo pactuada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Agradeceu mais uma vez a participação dos integrantes da mesa pela disponibilidade e qualidade da apresentação e a todos os que participaram do debate.

4 Parceiros Internacionais



Analia Cunha⁷

O simpósio é uma estratégia complementar do Ministério da Saúde para implementar a saúde integral de mulheres e crianças, com foco na redução da mortalidade infantil e materna, na saúde das mulheres no período reprodutivo (especialmente na gravidez, no parto e no pós-parto) e na criança até os 2 anos de idade.

É uma estratégia ousada, que vai de certa forma propor uma mudança de modelo, mudança em pontos da nossa atenção obstétrica e neonatal, propondo repensar o que estamos fazendo e o que precisamos fazer de diferente. Reduzir a mortalidade materna, garantir os direitos humanos de mulheres, homens, famílias e bebês é um desafio. De acordo com a debatedora, a coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde do Brasil, Esther Vilela, a nossa parte do serviço de saúde para ser implementada, que vai ao encontro da base daquele momento, é o fortalecimento do protagonismo, da autonomia, do direito das mulheres e de sua plena experiência desse período.

⁷ Apoiadora do Plano de Qualificação das Maternidades.

Figura 5 – Análise da mortalidade materna e iniciativa Maternidade Segura



Foto: Guilherme Kardel.

(MS): Fale um pouco sobre as questões da OMS. Além do 5º Objetivo do Milênio, que é a redução da mortalidade materna, existem outros problemas da saúde da mulher e do recém-nascido? Só existe o interesse na mortalidade materna ou há uma abordagem mais ampliada dos problemas de saúde que afetam mulheres e crianças? Como está isso atualmente?

Alfredo Fort (OMS):⁸ Normalmente, sempre nos deparamos com esse grande desafio, que é a redução da mortalidade materna. Há países como o Brasil onde há muitos esforços e que já estão rendendo frutos. Então, encontramos outras realidades, e isso é o que chamamos de *acesso universal à saúde reprodutiva*. Há segmentos da população aos quais ainda não chegaram esses serviços, mas chegarão. É possível que a mulher até chegue ao serviço, mas o que ela encontra lá? Gostaria de falar ainda sobre o “*near miss*”. Atualmente, estamos adicionando ao tema “mortalidade materna” aquelas mulheres que não morreram, que se salvaram. Este é um tema de grande importância. Então, a primeira coisa é ter acesso à saúde reprodutiva. Como vocês sabem, não é só falar de controle, apresentar a atenção pré-natal, pois existem coisas que precisamos fazer previamente, quando essa mulher, ainda menina, estiver em contato com a informação e a educação. Então, nessa educação sexual existe todo um aspecto que precisa ser considerado, que é uma vida sexual plena, livre de doenças, e aqui está o tema das

⁸ Cientista da OMS originário do Peru, onde completou seus estudos em Medicina. Fez mestrado e doutorado na escola de medicina local da Universidade de Londres e atualmente é gerente da OMS nas Américas.

doenças sexualmente transmissíveis. Outro tema é o planejamento familiar, a gravidez indesejada. Essa vida sexual precisa estar livre dos riscos de uma doença, mas também de uma gravidez que não se quer. Isso é um componente importante, existem outros. Às vezes, a atenção pré-natal é uma rotina, mas não existe aquele acompanhamento mais de perto, saber, por exemplo, como foi a preparação para um parto seguro. Às vezes, a mulher já deu à luz, foi tudo bem e “tchau”, e não deve ser assim, pois podem existir complicações e riscos, falta de conhecimento e acontecer de ela ter outro filho imediatamente. Existem dúvidas dela quanto a evitar outra gravidez e a respeito desse bebê, como são feitas a vacinação e a imunização, e não vamos nos esquecer do aleitamento materno, isso é muito importante. Na América Latina, os índices de aleitamento materno são baixíssimos.

(MS): Falando, então, um pouco sobre a questão que, para além da mortalidade materna, existe todo um conjunto de ações, de um olhar mais ampliado para toda a saúde dessa mulher, dessa família, enfim, dessas pessoas envolvidas, e falando também um pouco que quando falamos de saúde reprodutiva e sexual, sobre o que estamos falando? Seriam esses itens que o senhor acaba de colocar?

(OMS): Sim, um aspecto importantíssimo chama-se acesso, e por que acesso? Temos dificuldade de escolher um tipo de cobertura. Então, imediatamente estamos indo para um número de consultas, estamos vendo que há sempre alguma região onde há uma pequena quantidade de consultas de pré-natal. Então, este é o desafio: oferecer o acesso a uma consulta. Quantas consultas no mínimo foram feitas durante esses nove meses? Há uma recomendação de que se faça pelo menos quatro.

(MS): Falamos de acesso e agora vamos falar de qualidade, sem isso não há qualidade no serviço. Que exemplos você pode nos dar sobre melhoramento de qualidade nos serviços, por exemplo: boas práticas, redução de cesáreas desnecessárias, como ajustar as práticas para melhorar?

(OMS): Tudo depende do acesso. Agora estamos falando de qualidade, também com pesquisa e consulta aos dados. Vamos descobrir que existem alguns aspectos que são a gestação complicada, mães adolescentes, entre outros temas, iniciativas regionais, sobretudo aqui nas Américas, com o intuito de eliminar a sífilis, casos de sífilis congênita, e o que se mencionou nas práticas foi trabalhar muito e sistematicamente buscando aquelas pesquisas que não significam aquela evidência, mas evidências para melhores práticas. Então, temos que trabalhar. Às vezes existem práticas que não deveriam acontecer, pelo menos não rotineiramente. Existem também outros aspectos como a qualidade do serviço, um cuidado para se evitar uma hemorragia pós-parto, tudo isso, e chegamos ao tema da cesariana. Estou certo de que vocês o conhecem

melhor do que eu e no que se refere à América Latina já estamos falando de uma epidemia.

(MS): Falamos um pouco do que a Rede Cegonha propõe em termos de estratégias para melhorar a saúde das mulheres e crianças nesse período. Você falou em “Near Miss”, que faz parte daqueles eventos graves pelos quais uma mulher pode passar nesse momento. São casos graves em que a mulher poderia ter morrido. Qual é a importância de o Brasil trabalhar com esse dado?

(OMS): Este é um tema que, apesar de bastante conhecido, é necessário que se fale a respeito dessa prática, do parto por cesariana. Mas esse outro conceito é muito crítico. Hoje em dia, não estamos mais tão atentos às mortes. Existem mães que salvaram os filhos da morte, mas existe toda uma bagagem de conhecimento que não sabemos, mas que agora estamos procurando saber mais, pesquisar. Existe o que chamamos de boa sorte, mas existem boas práticas. Práticas que deveriam ser implementadas. Estamos nos empenhando atualmente em uma pesquisa que é sobre “em quais circunstâncias se encontra a rede de doulas”? Porque vamos ter lições. Existe já toda uma definição de regulamentação de como a doula vai trabalhar, em clínica, com manejo, laboratório, e vamos usar tudo isso num gráfico minucioso. Existe uma base para se trabalhar, evitando-se assim mortes ou do bebê ou da mãe. Temos também alguns indicadores com relação às doulas, como razão de resultado materno grave, índice de mortalidade. Estamos nesse processo no sentido de melhorar esse gráfico.

(MS): Qual é o papel da OMS na questão da promoção da saúde sexual e reprodutiva no mundo, em especial no Brasil? Como vamos trabalhar fatores amplos com o governo brasileiro com essa questão da mortalidade materna, da promoção da saúde sexual e reprodutiva das brasileiras?

(OMS): Este é o grande privilégio da OMS e da Opas. Na realidade, nós representamos todos os países do mundo que, como parceiros, então pensam em trabalhar juntos. A OMS tem essa missão, sempre pensando em fazer estudos multicêntricos, a fim de encontrar as melhores práticas. Vamos converter os resultados das pesquisas em diretrizes e normas, porque o que é muito importante é que cada provedor que for oferecer um serviço seja *standard* ou modelo, porque assim poderemos garantir algo padronizado. Caso contrário, pode haver grandes distorções. Alguns serviços são de boa qualidade e outros não são tão bons e, tendo um modelo, não corremos esse risco. São feitas pesquisas, divulgadas as evidências, contamos com a informatização para isso, de forma que podemos acompanhar pesquisas por todo o mundo. Então, esses são aspectos que se podem trabalhar com a OMS.

(MS): Falando um pouco sobre a Opas e as propostas nesse sentido, em que medida os serviços de saúde podem contribuir para a redução da mortalidade materna? Onde essas ações podem ser realizadas? Sabemos que a mortalidade materna e infantil é um fenômeno complexo, mas também que os serviços de saúde contribuem muito e são determinantes nesse processo. Que medidas podem ser tomadas? Como podemos enfrentar esse desafio?

Pablo Durán⁹(Opas): Certamente que o lugar dos serviços de saúde na diminuição da mortalidade materna deve ser observado, enfatizam-se ações específicas. Então, a pergunta que se poderia fazer é: “que fatores indicam o crescimento dessa mortalidade?” É verdade que muitas vezes não é fácil ignorar aquelas práticas que há tempos são evidentes e modificá-las, porque se definiu a importância do planejamento familiar na redução da mortalidade materna. No entanto, na América Latina, a cobertura de acesso aos serviços não tem sido eficaz. Muitas vezes, dentro dos serviços não se encontra esse acesso de cobertura. É claro que isso vem sendo melhorado nos países, não só quanto ao planejamento familiar, mas quanto ao controle perinatal e à boa atenção às mães. No entanto, é fundamental que todo um conjunto de intervenções, desde a concepção até o parto, seja abordado nos serviços de forma sistêmica. Outro ponto é o parto humanizado. Quanto ao parto natural, temos de valorizá-lo e pensar em que podemos favorecer o parto humanizado, a partir de um plano de ação completo, uma prática que seja incorporada aos serviços, evitando-se riscos para a mãe e para o bebê. O que pode ser mudado nos serviços é a questão da posição no parto. Na posição horizontal, o parto pode ter uma duração em média de 180 minutos, ao passo que em uma posição vertical esse tempo cai para 45 minutos, mas estamos amadurecendo essas ideias para que se melhore cada vez mais a qualidade desses serviços. No entanto, há evidências de que isso é uma prática comum nos serviços. Por outro lado, ainda não há evidências de que a episiotomia favoreça uma melhor condição para que o bebê possa nascer. Então, é preciso apostar em práticas saudáveis. A partir dos últimos estudos ou evidências científicas descritas na literatura, começamos a discutir essa prática. As práticas humanizadas elevam a qualidade do parto. A mãe poder estar acompanhada pelo pai da criança. A duração do parto, a posição da mãe no pré-parto e durante o parto também. Enfim, tudo isso influi de maneira positiva e, falando nas práticas que favorecem o parto humanizado, é bom se falar naquelas ações que vão ao encontro das boas práticas. Na Argentina, nós temos conseguido resultados satisfatórios dentro das intervenções que têm sido feitas.

(MS): O senhor falou das práticas que são benéficas para a mulher e que deveriam ser implementadas nas maternidades. O que mais seria necessário para os serviços de saúde diminuírem a mortalidade materna

⁹ Diretor, doutor em Medicina, pediatra, sanitarista, assessor regional de saúde perinatal da Opas.

e quais outros níveis do serviço de saúde compensariam o risco de se começar a implementar essas práticas ?

(Opas): Não só as evidências nos ajudariam a melhorar as práticas, mas o próprio contexto. Os recursos são fundamentais. Se considerarmos o tipo de atenção, é importante que se leve em conta o risco de se estruturar uma rede segundo aquilo que se pode resolver. Na Medicina, sem os recursos humanos, nada se pode fazer. É a organização, a disponibilidade de gente que favorece que os serviços sejam ofertados da melhor maneira possível. Claro que a atenção dada à mulher após o parto também é importantíssima. Os profissionais têm de estar aptos a oferecer esse atendimento. O problema é ter acesso a esses serviços, e esse problema deve ser solucionado, de modo a evitar as perdas.

(MS): E quando identificamos as necessidades dessa rede articulada? Qual seria a primeira abordagem para a identificação desses problemas? Como começaríamos a discutir isso?

(Opas): Isso se resume à gestão. Temos a evidência, temos o recurso, agora é a forma como isso será gerenciado. Temos experiências de êxito. Devemos estar atentos a elas, questionando a qualidade dos serviços, a disponibilidade dos recursos e colhendo e utilizando informações oportunas em prol do desenvolvimento dessa área.

(MS): Isso não se pode dizer como certo? Temos de acompanhar e olhar essas ações.

(Opas): Esse é um tema de diálogo e depende de decisão política. Requer que se articule aquilo que já estamos conversando. Isso implica fundamentalmente o diálogo entre a comunidade, a atenção, os recursos humanos e o gestor dos serviços. Então, à medida que se articula e se socializa, vamos conseguindo atingir os nossos objetivos.

(MS): Dra. Matilde Maddaleno nos apresentará a iniciativa da maternidade segura.

Matilde Maddaleno (Opas):¹⁰ Este simpósio é uma oportunidade excelente para avançarmos nesse tema aqui na América Latina. Estamos aqui para aprender com vocês, conhecer o que estão fazendo, compartilhar a experiência em atenção, mas também queremos que vocês conheçam o que estamos fazendo em nossos países. Vou enfatizar três pontos. Primeiro, estamos determinados a diminuir a mortalidade materna. Nós nos comprometemos a diminuir de 75% para 41% e sabemos que é necessário um grande esforço, pois ainda há 3 milhões de mulheres que não têm acesso a contraceptivos na região. Obtivemos avanços significativos relacionados ao planejamento familiar. Temos 1

¹⁰ Opas/OMS – EUA.

milhão de mulheres que não sabem o que é ter um parto com pessoal qualificado e cerca de 20% dessas mulheres já realizaram um aborto. Fica claro, então, que os problemas não são iguais para todas as mulheres. No entanto, há que se fazer um esforço para ofertar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. Outra questão: se eu sou violentada na rua, eu não posso tomar decisões em casa. Não adianta que esses serviços sejam ofertados, uma vez que a mulher não pode ter acesso a eles. A mulher precisa ter acesso a uma maternidade voluntária e segura. Não adianta existirem toda a ciência e toda a tecnologia se essa ciência e essa tecnologia não estão ao alcance de todas as mulheres. Este é um sonho da nossa iniciativa, que é a ciência gerar em um grupo de trabalho a redução da mortalidade materna e infantil. Que todos possam enxergar essa iniciativa por essa perspectiva. Essas são as ações que queremos mostrar.

(MS): Como tem sido essa experiência em outros países da região? Quem pode participar? Como fica essa questão?

(Opas): Essa iniciativa consiste em abarcar todos os países, todos os líderes, para que seja alcançado o Objetivo do Milênio número 5. O que temos visto é este objetivo sendo separado dos outros, e tais objetivos são inseparáveis. Esta iniciativa tem uma visão que vem na perspectiva dos direitos, para promover que as mulheres tenham direito a desfrutar plenamente dos serviços de saúde. O primeiro objetivo desta iniciativa é desenvolver um movimento social comunitário como o que está sendo feito aqui, um simpósio internacional para podermos interagir, trabalhar e finalmente fazer concursos de boas práticas, fazer que o que temos aprendido seja passado adiante, para todas as regiões, para que não fique somente conosco. Por isso, pensamos que todos os países podem colaborar.

MS: Quais são os componentes da iniciativa da maternidade segura e como eles se articulam com os componentes da Rede Cegonha, essa iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil?

Opas: São três componentes. Primeiro, estamos fazendo na região um concurso de boas práticas, mas não somente uma estratégia com relação aos serviços, mas também com relação às práticas das comunidades. Estamos convidando todos aqueles que tenham projetos dentro dos serviços para que postulem as boas práticas para que sejam mostradas. Segundo, estamos fazendo um concurso fotográfico para que seja colocado em imagens o que significa a saúde das mulheres e das crianças e, por último, o simpósio, no qual colocamos na mesa tudo aquilo que precisamos implementar. É isso o que significa a Rede Cegonha. Essa iniciativa tem sete prioridades de ação: 1ª: alcançar acesso universal ao serviço de saúde sexual e reprodutiva; 2ª: melhorar a atenção pré-natal; 3ª: diminuir a prática do aborto inseguro; 4ª: diminuir a mortalidade

materna; 5ª: melhorar o sistema de informação da região, pois não temos dados exatos de quantas mulheres morrem; 6ª: fortalecer a participação comunitária; e 7ª: que a mulher possa tomar decisões com respeito à sua própria vida com a participação dos homens. As prioridades de ação são muito similares às da Rede Cegonha.

(MS): Quem pode participar dessas iniciativas? São serviços, pessoas da área da Saúde, prefeituras?

(Opas): São 17 os países que têm participado da iniciativa, além de todas as agências internacionais, inclusive as Nações Unidas, o Unicef, a Secretaria de Saúde do México, que foi quem encabeçou a iniciativa no ano passado, os ministros se comprometeram com as questões do milênio, do planejamento familiar e estão apoiando essa iniciativa. Todos, pessoas ou instituições de governos, da sociedade civil, da comunidade que possam demonstrar boas práticas. Por exemplo: o líder comunitário pode mandar o resultado e como isso foi atingido, apontando para um crescimento, aprendendo como se organiza uma comunidade para que a mulher chegue segura na hora do parto, e os outros elementos são as universidades e os organismos científicos, para que se chegue ao objetivo da iniciativa usando a estatística e como se tem conseguido diminuir a mortalidade materna ou infantil.

(MS): No Brasil, que sentido particular tem essa iniciativa, esse concurso?

(Opas): Tem tudo a ver com o movimento da Rede Cegonha, principalmente a presidenta, que tem se mostrado muito forte em acolher essa iniciativa, uma vantagem de cunho político, porque precisamos captar recursos para que essas boas práticas sejam efetivamente colocadas em prática e quero parabenizar o esforço de vocês.

Debate: perguntas da plateia

(Plateia): Como vocês têm alcançado esses resultados?

Alfredo Fort (OMS): Isso tem a ver com o encontro entre o teórico e o prático. Às vezes, nós, provedores da saúde, sabemos o que temos que fazer, mas nem por isso não estamos temerosos. Então, acontece que, no que é produzido, se vê um excesso de intervenção. É por isso que a comunidade médica tem que difundir essa evidência, para que possamos atuar da maneira como pensamos, como achamos melhor. Se vacilarmos, o resultado disso pode incorrer em vários riscos. O problema é quando não existe uma certeza. Então, cada um vai acionar dependendo do que pensa. Agora também é certo que existe a estatística para que o profissional médico ou a parteira ou a enfermeira tenha como base uma evidência, o que vai permitir uma melhor decisão, e o que

dizem na parte judicial é que a maternidade segura deve ser trabalhada e não pode depender só de um sistema de saúde, mas tem que ir mais além, até a sociedade, incluindo o Judiciário. Uma evidência científica é necessária para que, quando se apresente um caso difícil, se coloque esse dado antes de mais nada. Pode até ser que o resultado tenha sido adverso, que essa pessoa acionou a evidência. Bem, acrescento um plano individual aos serviços, já que vivemos em uma época em que há muita informação e sempre muito dinâmica e na qual a preocupação é contextualizá-la. Com tanta exigência, creio que o profissional, guiado pelas normas, passa por essas evidências. Por isso, elas têm de ser continuamente revisadas, atualizadas, para que o sistema de saúde seja monitorado de forma correta. A articulação também é importante, pois aponta para uma melhoria cada vez mais crescente.

Matilde Maddaleno (Opas): É importante ressaltar que não se pode discutir evidência científica com uma pergunta. As evidências precisam de maior destaque, precisam ser acessadas facilmente, e a Rede Cegonha traz essa possibilidade. Este tema será uma grande oportunidade para o respeito aos direitos das mulheres, e é esperado que o setor médico também seja impactado por este simpósio.

(Plateia): Dr. Alfredo, já temos alguns estudos no Brasil, no Estado do Paraná, que evidenciam que a mortalidade materna, considerando-se alguns casos de *Near Miss*, acontece após os 42 dias. Gostaria que o senhor aprofundasse um pouco o tema de *Near Miss*. Dra. Matilde Maddaleno, gostaria que a senhora nos desse algumas linhas e estratégias da maternidade segura.

(Plateia): No Brasil, temos um problema muito sério: muitas faculdades de Medicina e Enfermagem continuam adotando no ensino um modelo assistencial com práticas danosas, não efetivas e que devem ser abandonadas. Conversamos com um professor de universidade e quando contamos a ele que existia avaliação baseada cientificamente, essa informação foi bastante surpreendente para ele. Outro professor me questionou em relação à implantação de práticas baseadas em evidências científicas. Quem ensinaria os professores? Como o ensino dessas práticas pode ser incentivado pelo governo para influenciar as instituições de ensino? Se não influenciarmos as instituições que formam médicos e enfermeiros, nós vamos estar, como diz uma expressão brasileira, enxugando gelo. Os profissionais continuam sendo formados em um modelo que gostaríamos que fosse abandonado. Como isso está se refletindo na América Latina?

(OMS): O conceito de *Near Miss* é relativamente novo aqui, mas é também uma grande oportunidade, porque podemos aprender muito. Não só temos que observar o que aconteceu com a Rede nas circunstâncias de uma morte materna, mas agora já existe uma definição de por que

essa mulher teve que ingressar em uma UTI, por que essa mulher precisou receber uma transfusão de sangue, por que teve que fazer essa intervenção talvez até um pouco tardiamente, se o uso de antibióticos foi bom, se a mulher tivesse sido acompanhada mais previamente se essas intervenções teriam acontecido. Talvez não prestássemos muita atenção a isso no passado, mas agora vamos aprender com isso. O que aconteceu e o que se poderia ter sido feito para se evitar? Temos que nos atentar se há algum risco, alguma ameaça para a vida, se sim ou se não. Se a resposta for sim, então, esse caso já está se encaminhando para a intervenção. Agora já existem os algoritmos, que é uma maneira de ajudar o provedor, mas se entrarmos por esse caminho, teremos que fazer todo tipo de intervenção. Em segundo lugar, já estão sendo produzidos o que chamamos de novos indicadores e, com eles, veio uma expressão: “se não existe, não acontece”. Então, estudamos, encontramos e em todas as profissões nas quais foi detectado um problema, uma ameaça à vida, foi feita uma detecção sobre o que ocorreu. Colocaremos aqui as que sobreviveram já como uma indicação para uma melhoria no atendimento à população. É um conceito novo, mas trabalharemos cada vez mais visando à qualidade dos serviços em prol da mulher.

(Opas): É preciso repensar sobre o que está sendo feito para inibir o aborto inseguro.

(Plateia): Ressaltando um aspecto muito importante, que é a humanização do serviço, sabemos que no Brasil e em outros países as mulheres em situação de abortamento chegam aos serviços malfadadas: são julgadas e, a partir da decisão do médico, recebem o tratamento de acordo com a disponibilidade do serviço e do profissional de atendê-la na hora que puder, acarretando muitas vezes a interrupção feita de forma incorreta. Estamos implementando em alguns serviços ainda de maneira sentinela um levantamento do que acontece quando a mulher entra no serviço e as consequências da falta de qualidade nessa atenção. É muito importante que pensemos na retaguarda dos serviços.

(Opas): Em relação à formação dos recursos humanos, estamos de acordo de que é absolutamente essencial seu fortalecimento, mas há um dilema, uma defasagem na forma como se implementa. Isso tem que ser organizado. A definição de *Near Miss* é importante tanto na formação de médicos como de doulas e parteiras. Em muitas regiões onde o acesso aos médicos é difícil, é essencial a figura das parteiras, para que sejam incorporadas aos serviços. É essencial esse chamado à incorporação, a coerência na formação de recursos humanos. Ainda em relação ao aborto e à prevenção, ainda temos problemas, como o acesso a métodos contraceptivos. A contracepção de emergência não é de fácil acesso para as mulheres e esse é um desafio pertinente. Todas as mulheres devem ter acesso à contracepção de emergência quando necessitarem disso.

(MS): É importante a questão do tratamento humanizado e do aborto seguro, a questão da formação. Existe uma carga de culpabilização, uma questão de naturalizar mesmo os serviços. Por isso, a formação precisa ser muito enfatizada, para tirarmos essa culpabilidade. Violentar uma mulher no transcurso de um abortamento ou mesmo no momento do parto é uma prática ainda comum no Brasil. Existe uma carga de culpa na relação com a sexualidade, a expiação do prazer. O atendimento ao aborto seguro e o atendimento ao parto são semelhantes nos comportamentos carregados de moralismos.

(Plateia): Aprofundem as temáticas: redução do aborto inseguro, ampliação, melhoria da qualidade do acesso e planejamento reprodutivo.

(MS): Sobre a questão do aborto inseguro, da ampliação do acesso e da qualidade do planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha vem com alguns eventos: um deles é o acesso à contracepção de emergência. Por ser ação estratégica, o Ministério da Saúde compra centralizadamente os medicamentos contraceptivos, mas temos problemas. Apesar de o MS comprar e distribuir, sabemos de alguns estados e municípios onde o Lenogestrel, medicamento para a contracepção de emergência, fica trancado dentro de um armário. Existe a necessidade de orientação de todo o processo. Há um grupo de trabalho para a construção dos protocolos e das normas que tragam segurança e informação adequada para estados e municípios, para a utilização da contracepção de emergência da forma correta, em tempo oportuno. Há algumas discussões sobre a necessidade de receita médica em todo o acesso. Não é necessário! Estamos discutindo no MS a ampliação do leque de contraceptivos para as mulheres que assim desejarem, para que tenham mais opções na sua saúde reprodutiva, nas suas escolhas. A questão da saúde nas escolas também é uma das ações da Rede Cegonha, para preparar melhor as equipes para as ações de direitos sexuais e reprodutivos e ações de formação, para que haja um diálogo mais perto e mais acessível para as comunidades: essa é uma das ações previstas na Rede Cegonha sobre planejamento reprodutivo. Também está sendo pensada uma estratégia para a primeira compra do Isoprostol para as maternidades. Isso está sendo um processo difícil, mas estamos encaminhando a primeira compra e distribuição para as maternidades, por ser isso considerado uma boa prática, devido às mortes em cesáreas desnecessárias. Isso no Brasil está sendo uma batalha no sentido de vencer preconceitos e vencer vários entendimentos. Essa ação está adiantada e já foi discutida também com a Anvisa. Um dos componentes da Rede Cegonha é o planejamento reprodutivo, além do acesso e da qualidade desse acesso. Essa é uma preocupação, como também é uma preocupação o atendimento à mulher que chega à maternidade em processo de abortamento. A violência e a discriminação no caso de uma mulher em processo de abortamento também é uma preocupação da Rede Cegonha. O MS lançou manuais e a política de assistência

a essas mulheres também deverá ser incorporada e pertencente à Rede Cegonha.

(Plateia): O entendimento de que a saúde da mulher não é só a gravidez é fundamental. Gostaria que a Rede Cegonha fosse uma parte da atenção à saúde da mulher, pois as mulheres não são só barriga. Elas sofrem, têm sentimentos, enlouquecem, têm câncer, engordam, sofrem porque são violentadas todos os dias. Essa é uma questão que está no nosso cotidiano. Fico contente com o fato de o Ministério da Saúde também voltar o olhar para a mulher como um todo, com ação integral à saúde da mulher. Uma questão séria em nosso País é a necessidade de mudanças no aparelho formador de profissionais. Há poucos dias, um colega nosso extremamente sério foi caçado pelo Conselho Federal de Medicina porque encabeçou a luta pela Casa de Parto, uma luta muito grande para as mulheres, e foi caçado! As causas da gravidez indesejada também devem ser trabalhadas minuciosamente.

(Plateia): No Brasil, há quase 30 anos, discutimos a importância do modelo humanizado, a incorporação de evidências científicas na prática assistencial. No entanto, depois de mais de 20 anos, as mulheres ainda dão à luz na posição horizontal, sem direito à presença de um acompanhante. Quais são as estratégias da Rede Cegonha para a mudança do modelo assistencial?

(Plateia): Quais são as experiências dos outros países da América Latina de intervenções na questão referente ao entendimento da população de que a gravidez é algo tão humano que não precisa de médico nem de consulta? Não adianta ser qualificado, ter estrutura física e recursos humanos se a população entende dessa maneira. Com a dengue, gastam-se milhares de reais fazendo panfletos, pôsteres, propagandas nos meios de televisão e verificamos que a situação da população é exatamente a mesma.

(Plateia): São relevantes as discussões sobre mortalidade materna, gestação, mas é importante também considerarmos a carência da população, a demanda indefinida no nosso País em relação à reprodução assistida. Esse tema quase não é discutido. Então, gostaria de saber o que se está pensando para essa população.

(Plateia): Como resolver a questão da inserção da Enfermagem obstétrica, dos psicólogos, entre outros profissionais na assistência à mulher no projeto da Rede Cegonha?

(MS): Aproveitando essa pergunta e outros posicionamentos, inclusive dessa questão da mudança de poder e formação de outros profissionais, gostaria que nossos parceiros internacionais falassem um pouco da visão mais ampliada de outros países, da OMS e da Opa.

(Opas): Creio que a experiência chilena para incluir a política de recursos humanos tem ganhado cada vez mais força não só na formação de profissionais, mas há uma política de recursos humanos para que enfermeiras tenham uma inserção dentro do sistema de saúde. Então, não é simplesmente discutir o tema de formação das enfermeiras, mas sim da política de recursos humanos que se tem que inserir nos serviços. Isso é o que se tem feito no Chile.

(Opas): Há experiências que são muito boas na chamada “formação da capacitação para o serviço”. A capacitação não é algo exclusivamente de material escrito, mas existe um trabalho feito em serviço. Há uma série de capacitações e fundamentalmente uma capacitação realizada em serviços desde a recepção dos recém-nascidos, valorizando e corrigindo práticas à medida que profissionais vão sendo capacitados para que possam acompanhar outros serviços e para participar desse intercâmbio, dessa interação.

(OMS): Com relação à evidência científica, foi uma conclusão a que todos os estudos chegaram: que a grande maioria dos partos não precisa de um hospital grande e sofisticado para que eles sejam bem-sucedidos. Estamos falando do mundo inteiro, incluindo África e Ásia. O que tem de ocorrer é que, nas unidades de saúde, onde 85% dos partos ocorrerão dentro do esperado, sem complicações, estes sejam bem assistidos pelo profissional de Enfermagem. Em muitos países da América Latina, existem muitos profissionais médicos, mas para a evidência científica o que tem de haver é o acesso à emergência, e o parto ou o aborto é um tipo de emergência. Deve haver uma quantidade de profissionais de Enfermagem aptos a lidar com esse tipo de atendimento, pois se no momento houver uma complicação ou suspeita de complicação, o acesso ao atendimento necessário deve ser rápido. Todos os profissionais de saúde estão envolvidos nesse atendimento.

(Plateia): Uma das preocupações é que, nos municípios que possuem uma vida social melhor, nós baixamos a mortalidade infantil e materna até um certo fator, mas depois começam os problemas: as situações de mortalidade associadas ao uso de droga, a gravidez na adolescência e a assistência ao aborto. Esses municípios também precisam ser assessorados para lidar com essas questões.

(Plateia): Desde a Declaração de Fortaleza, em 1986, com a produção das evidências sobre as boas práticas da OMS, passaram-se 25 anos. Quais são as lições aprendidas pela OMS e pela Opas sobre as propostas daquele momento? Sabemos que os governantes assinaram um pacto de desenvolvimento do milênio e que até 2015 precisaremos de respostas. Em relação à mortalidade materna, estamos indo mal.

(Plateia): Que estratégias estão sendo realizadas para além das maternidades?

(Plateia): Como cada uma das pessoas dos organismos internacionais está avaliando os mecanismos de monitoramento para a redução da mortalidade materna e neonatal? Foi criado no Brasil um Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, dentro da perspectiva das metas do milênio. E como nós, mulheres, faremos para nos relacionar com os mecanismos e as estratégias do Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que é a preocupação da sociedade civil e da Comissão Nacional de Mortalidade Materna?

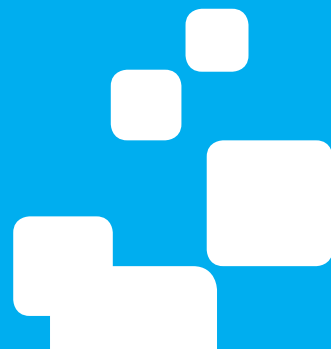
(Plateia): Embora as evidências científicas sejam conhecidas há anos, pouco foi mudado. Quais países da América Latina avançaram nesse aspecto? Nos países onde houve avanços, como foi esse processo? Quais países não avançaram e quais são as dificuldades para esses avanços? Como é a gestão de recursos humanos nos sistemas de saúde universais?

(Opas): Sobre a monitoração dos planos nacionais, a OMS acaba de constatar a má situação em que o setor de revisão se encontra, com todo o poder do grupo de trabalho. Em relação aos recursos, é fundamental que se saiba realmente quantos recursos estão sendo utilizados em prol da saúde da mulher e da criança. É muito importante que se faça essa pergunta, porque – por intermédio desses indicadores – podem-se compartilhar informações. Precisamos integrar intervenções e caminhos. A proposta é integrar usando um conceito de curso de vida saudável. O que significa isso? A imunização materna segura não somente tem que começar no momento da gravidez, mas começar com a garota, durante a infância e a adolescência, por intermédio de uma boa educação. Temos de ver como podemos melhorar isso em nossos países. E sobre a gravidez indesejada, se 50% das gravidezes são indesejadas, então, os jovens e os adolescentes estão sendo muito mal educados, e o mais importante é o acesso integral da jovem ao serviço, ao programa. Não é só na reprodução. Isso também tem a ver com saúde mental e deve fazer parte do pacote de serviços, que deve ser integral e integrado.

(Opas): É certo que uma das exigências desse tipo de assistência ocasiona, às vezes, a mudança de mentalidade de centenas de profissionais, mas é preciso que se faça uma discussão desse processo, da mobilização e de tudo o que envolve essa iniciativa, as experiências de êxito, ou seja, todas as ações que envolvem um projeto como este, como a exigência real da mudança de mentalidade no que diz respeito ao serviço integral. Entram aí novos conceitos que devem ser fortalecidos com o intuito de se alcançar o seu propósito.

(OMS): Em saúde, temos que aprender a conviver com outras disciplinas, e a Rede Cegonha vai oportunizar a difusão das evidências científicas não só entre os profissionais, mas também entre a população. Essa interação social, a participação da sociedade na construção dessa rede, pode assegurar que as promessas se tornem realidade. Esse é um dos compromissos dessa rede, não só de apresentar o projeto, mas ter essa contrapartida da comunidade.

5 Rede Cegonha: modo inovador e efetivo de construção coletiva das mudanças nas práticas de saúde



*Maria Angélica Carvalho Andrade*¹¹

Política Nacional de Humanização/ Ministério da Saúde

Resumo

Este capítulo apresenta um trabalho coletivo que é o resultado do envolvimento dos participantes do *Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança*, que ocorreu em Brasília (DF), nos dias 18 e 19 de abril de 2011, e sintetiza um momento de apresentação dos relatórios por grupos de trabalho e a construção de um plano “único” de ações consensuais a partir de três questões indutoras da discussão por grupos de trabalho sobre a estratégia para implementação da Rede Cegonha: 1) Quais são os principais componentes éticos e políticos da Rede Cegonha (relevância e pertinência dos componentes conceituais e metodológicos), considerando-se tanto o desafio de assegurar, para todas as mulheres e crianças, o parto e o nascimento seguros e humanizados, quanto à construção e à sustentação de redes perinatais que se efetivem como estratégias de defesa da vida? 2) Quais são os principais elementos organizadores e estruturantes da Rede Cegonha que permitam concebê-los como uma potente estratégia para a construção de um novo paradigma de cuidados maternos e infantis no Brasil? 3) Quais os principais componentes/estratégias de gestão e governança da Rede Cegonha, os quais sustentam a produção de

¹¹ Pediatra, doutora em Saúde Pública, supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e na Amazônia Legal/Ministério da Saúde.

consensos técnicos e políticos necessários para a produção de mudanças nas concepções sobre parto e nascimento e introdução de inovações nas práticas de gestão e atenção? Ressalta-se que esta experiência expressa a potência desse coletivo envolvido na construção da Rede Cegonha, entendida como uma audaciosa estratégia brasileira de mudança de paradigma na atenção obstétrica e infantil, para que esta atenção seja integral e resolutiva.

Palavras-chave: Humanização do parto e nascimento. Cuidado perinatal. Rede Cegonha.

Introdução

As mortes infantis e maternas são fenômenos multicausais e complexos, nos quais o componente de atenção à saúde participa decisivamente da produção desses eventos. Um número expressivo de mortes infantis e maternas é evitável por ações dos serviços de saúde, ou seja, por atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao pós-parto, incluídos os cuidados com a criança.

Nesse contexto, um grande desafio consiste na qualificação das práticas, assegurando modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e crianças, com foco na redução da mortalidade infantil, na saúde das mulheres no período reprodutivo e, em especial, na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto e à criança até 2 anos, promovendo mudanças nos procedimentos assistenciais e fortalecendo as redes perinatais.

Para lidar com esses desafios, a Rede Cegonha desponta como uma estratégia ousada de mudança do paradigma de atenção obstétrica e infantil, por meio da implementação de uma rede de cuidados que assegure: (a) às mulheres, o direito à gravidez, ao parto e ao puerpério seguros e humanizados, ao planejamento reprodutivo e à assistência ao abortamento legal e seguro; e (b) às crianças, o direito ao nascimento seguro e humanizado, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Este texto apresenta um trabalho coletivo que é o resultado do envolvimento dos participantes do *Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança*, que ocorreu em Brasília (DF), nos dias 18 e 19 de abril de 2011, e sintetiza um momento de apresentação dos relatórios por grupos de trabalho e a construção de um plano “único” de ações consensuais. As propostas aqui apresentadas foram expostas em plenária a partir de três questões indutoras da discussão por grupos de trabalho sobre a estratégia para implementação da Rede Cegonha.

1. Quais são os principais componentes éticos e políticos da Rede Cegonha (relevância e pertinência dos componentes conceituais e metodológicos), considerando-se tanto o desafio de assegurar, para todas as mulheres e crianças, o parto e o nascimento seguros e humanizados, quanto à construção e à sustentação de redes perinatais que se efetivem como estratégias de defesa da vida?

Os componentes éticos e políticos mais significativos, apontados pelo grupo, referem-se: (a) ao direito à vida digna, sem sofrimento e com qualidade, sinalizado pela defesa dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; (b) ao respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais; e (c) à garantia do acesso universal, da equidade, da integralidade e da participação social, assegurando a centralidade do cuidado ao usuário no sistema e a participação social. Nessa perspectiva dos direitos humanos, os participantes afirmaram a demanda por assegurar o exercício da autonomia feminina, “para que a voz das mulheres seja respeitada nos serviços de saúde”. Destacou-se também a importância de se garantir o acesso com equidade para mulheres negras e indígenas.

Considerando-se os desafios de assegurar para todas as mulheres e crianças o parto e o nascimento seguros e humanizados e a construção e sustentação de redes perinatais, destacaram-se a equidade no cuidado e na distribuição de recursos e a construção coletiva que possibilite a efetivação de acordos de modo a se produzir ações integrais de saúde de acordo e em função das necessidades da população.

Particularmente no que diz respeito aos componentes éticos e políticos enfatizados pelos participantes, é fundamental reconhecer como ideia-força o percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que afirma a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, a fim de assegurar a saúde como um direito de todos. Tais componentes da Rede Cegonha são reconhecidos, neste movimento cruzado com os princípios do SUS, como uma estratégia relevante capaz de assegurar os direitos conquistados nessa trajetória na prática cotidiana de cuidados maternos e infantis. Para os participantes do *Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança*, as estratégias/ações a serem pensadas para a Rede Cegonha devem ter esses componentes éticos e políticos como diretrizes.

2. Quais são os principais elementos organizadores e estruturantes da Rede Cegonha que permitam concebê-los como uma potente estratégia para a construção de um novo paradigma de cuidados maternos e infantis no Brasil?

O primeiro elemento organizador e estruturante da Rede Cegonha levantado pelos participantes refere-se à importância do reconhecimento

da problemática referente aos cuidados maternos e infantis e à decisão política de enfrentá-lo nos âmbitos federal, estaduais e municipais. Nesta perspectiva política, para o grupo, deve-se implementar uma agenda de decisões que efetive os acordos entre os entes federados, mas de modo a assegurar o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Nesse sentido, uma gestão mais compartilhada no cotidiano das práticas de saúde foi valorizada como construtora de mudanças no sentido de garantir o acesso, a integralidade das ações, as boas práticas e a solidariedade no cuidado.

Mas, além de vontade política, o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer provisão de condições concretas e método, sem os quais se corre o risco de se transformar a cogestão em apenas um exercício discursivo (BRASIL, 2010b). É nessa perspectiva que os participantes ressaltam a importância do financiamento solidário e de maior detalhamento dos investimentos e custos da Rede Cegonha, a fim de assegurar maior efetividade, eficiência e qualidade das ações.

Na busca da implementação da Rede Cegonha, o modelo organizativo proposto pelos participantes foi o de conformação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, considerando-se os determinantes sociais da saúde, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, de programação e de regulação, com o sentido de levar as ações e os serviços para o mais próximo possível de cada população e elevar, ao máximo, a capacidade de resposta de cada âmbito da atenção.

As dificuldades para a consolidação e a qualificação do processo de descentralização foram expressas e surgiram propostas de fortalecer as responsabilidades e os compromissos da gestão por meio do resgate do Pacto de Gestão, ressaltando-se os mecanismos de gestão, de financiamento e de controle social. Afirmou-se a importância de que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) se efetive como um processo permanente de programação dos municípios e estados, de forma a superar algumas limitações atuais à integralidade da atenção. Reafirmou-se a saúde como um direito universal, o que, segundo Brasil (2010c), indica que cada pessoa tem o direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide com a capacidade de se corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde.

A atenção básica também foi considerada estruturante para a operacionalização da Rede Cegonha. A centralidade dos serviços da atenção básica implica o reconhecimento de seu protagonismo na organização do sistema de atenção à saúde, garantindo a integralidade da atenção. Assim, no que se refere ao planejamento e à programação do cuidado com mulheres e crianças, a atenção básica foi considerada o espaço privilegiado para coordenar os fluxos das pessoas pelos diversos

serviços nas redes de atenção, de maneira a assegurar um modelo de atenção integral à saúde da mulher e da criança. É necessário, segundo os participantes, estabelecer um elenco de procedimentos que os municípios devem assegurar em seu território; porém, destaca-se que a atenção básica não se restringe à oferta desses procedimentos padronizados, mas a um conjunto de ações que contemplam a integralidade da atenção, incluindo apoio logístico (transporte sanitário, por exemplo) e ações de promoção e prevenção, tais como planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva e desenvolvimento infantil. Também foi ressaltada a importância de se assegurar a vinculação das gestantes, desde o pré-natal, à maternidade de referência para o parto, o nascimento e as intercorrências obstétricas.

Para os participantes, a construção de um novo paradigma de cuidados maternos e infantis deve estar embasada na reorganização do modelo de atenção e gestão, com a incorporação dos princípios, das diretrizes e dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), assegurando vínculo, acolhimento e responsabilização dos profissionais e das equipes. Os princípios (a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo e a autonomia do sujeito), as diretrizes (fomento de redes, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador) e os dispositivos (colegiado gestor, contrato de gestão, direito ao acompanhante, apoio matricial, projetos cogерidos de ambiência, acolhimento com classificação de risco) da PNH foram destacados como importantes elementos organizadores e estruturantes da Rede Cegonha.

Na perspectiva do acesso e da articulação das práticas de cuidado em redes de atenção, é necessário assegurar que a ampliação do acesso aos serviços e às ações integrais seja acompanhada de ampliação comunicativa (BRASIL, 2010d). De acordo com os participantes, para construir um novo paradigma de cuidados maternos e infantis, a Rede Cegonha deve disparar um movimento baseado no aumento do grau de comunicação e transformação dos modos de relação entre todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, reconhecendo que essa alteração nos modos de cuidar é inseparável dos modos de gerir e de se apropriar do trabalho. Ressalta-se que as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia de todos os sujeitos envolvidos e, nesse contexto, foi destacada a comunicação para o fortalecimento do protagonismo da mulher.

A definição de um modelo de atenção e gestão coerente com a constituição e o fortalecimento de redes solidárias também foi considerada estruturante para a constituição da Rede Cegonha. Os participantes reconhecem a complexidade envolvida na construção de

redes, o que exige planejamento e implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, assegurando a vinculação das gestantes do pré-natal ao parto e resultando em práticas de saúde mais resolutivas e de qualidade.

Além disso, o fomento de redes exige também o fortalecimento do trabalho em equipe e a capacidade de construção coletiva e compartilhada, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças, reconhecidos pelo grupo como cogestão.

A cogestão expressa, ao mesmo tempo, inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão (BRASIL, 2010b). Dentre os arranjos/dispositivos da PNH que asseguram à organização do espaço coletivo de gestão o componente que permita o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores, foi destacado, pela plenária, o colegiado gestor, de configuração multiprofissional, para atuar nos processos de trabalho da instituição. Os contratos de gestão também foram considerados espaços estratégicos de decisão política e de definição de prioridades no sentido de assegurar a ampliação do acesso, da qualificação e da humanização da atenção, além de valorização dos trabalhadores e sustentabilidade do processo de implementação da Rede Cegonha.

Outro importante dispositivo, destacado pelos participantes, para fomentar a participação ativa de usuários, familiares e redes sociais no cotidiano dos serviços de saúde foi o direito ao acompanhante em consultas, na realização de exames e em internações. Ressalta-se que o direito ao acompanhante nos serviços de saúde garante, de um lado, o exercício de um direito fundamental da pessoa, que é o de ser protegida por alguém de sua rede social e afetiva contra práticas indevidas que acarretam o descuidado, o descompromisso e a baixa produção de saúde. De outro lado, o acompanhante, quando efetivamente envolvido pela equipe, pode vir a ser aliado importante nos processos terapêuticos, ampliando a eficácia e a extensão da rede social no processo de corresponsabilização no cuidado. Com relação ao acompanhante no momento do parto e do nascimento, evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2008). É importante ainda ressaltar que o direito ao acompanhante de livre escolha no pré-parto, no parto e no pós-parto é uma conquista legal de todas as mulheres brasileiras, regulamentada pela Lei nº 11.108, sancionada em 7 de abril de 2005. Nesse contexto, para a plenária, cabe aos profissionais e gestores promover as condições necessárias para assegurar esse direito.

Entre os participantes, também houve consenso com relação à importância do acolhimento na organização e na estruturação da Rede Cegonha, entendido como um dispositivo de intervenção. Nesse sentido, foi ressaltada a importância de rever os processos de trabalho nas maternidades, de forma a garantir o acolhimento a todas as gestantes que chegam à admissão, assegurando a “vaga sempre”. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço (BRASIL, 2010a). Nessa perspectiva de restabelecer no cotidiano os princípios da universalidade e da equidade, foi identificado, pelos participantes, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do acesso e na implementação da produção de saúde em rede. Em função de riscos e vulnerabilidades, as mulheres em situação de abortamento foram exemplificadas como situações concretas do serviço que demandam a priorização do atendimento.

No processo de implementação da Rede Cegonha, os participantes ainda valorizaram a ambiência como importante espaço de encontro entre sujeitos e promotora da mudança no cuidado. Ressalta-se que a ambiência na saúde se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, além de propiciar a possibilidade do processo reflexivo, assegurando a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade (BRASIL, 2009). A mudança da ambiência foi entendida pelo grupo como promotora de novas práticas de cuidado (assegurando privacidade, conforto, respeito à fisiologia do parto, por exemplo). Afirmou-se a necessidade de novos espaços de cuidado para atender com dignidade as mulheres e seus familiares no processo do trabalho de parto e do nascimento.

A participação comunitária também foi reconhecida como uma potente estratégia para a construção de um novo paradigma de cuidados maternos e infantis no Brasil. Para além das instâncias legais de participação popular dispostas na Lei nº 8.142/90, os participantes apontam a necessidade de se estimular a criação de novos espaços coletivos de participação e controle social, assegurando a inclusão dos movimentos sociais.

O apoio institucional apresenta-se como uma nova postura, uma nova ética na relação entre equipes de saúde e agentes que vêm às

organizações para propor mudanças para ampliar a efetividade das práticas de saúde e produzir grupidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis. Nesse sentido, o apoio institucional foi valorizado como um elemento significativo para a implementação da Rede Cegonha.

No processo de trabalho em saúde, além do campo das práticas, os participantes deram ênfase ao campo da formação profissional e da gestão do trabalho como estruturantes para a Rede Cegonha, pois a qualidade da atenção está diretamente relacionada à formação profissional. Em plenária, a gestão coletiva dos processos de trabalho foi reconhecida como fundamental para transformar a organização dos serviços e as práticas de saúde. Os participantes reconhecem a complexidade envolvida no processo de transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nas ações de saúde e nas próprias pessoas. Propuseram-se a educação em serviço, a criação de espaços de cuidado (cuidar do cuidador) e a valorização do trabalho e do potencial inventivo dos trabalhadores da Saúde.

Afirmou-se a necessidade de reforçar o comprometimento das instituições de ensino com o SUS, com ênfase na integração entre o ensino e o serviço, na revisão de seu papel na formação de gestores e profissionais para o SUS (incluindo a formação de promotores públicos) e no desenvolvimento do controle social. Na formação/qualificação profissional, deverão ser trabalhados os elementos que conferem a integralidade da atenção, tais como: acolhimento, vínculo, responsabilização, desenvolvimento da autonomia e resolutividade, num contexto de compreensão da noção de clínica ampliada, de fortalecimento das boas práticas baseadas em evidência científica, do trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e da ação intersetorial. Para os participantes, o impacto sobre a saúde das mulheres e crianças será alcançado por meio da mudança na lógica da estrutura e do cuidado nas organizações de saúde, com maior compartilhamento de poder e saber e adoção das evidências científicas, por meio de diretrizes e protocolos técnicos menos prescritivos e mais negociados. Na plenária, foi ainda ressaltada a importância de espaços mais democráticos, da horizontalização do cuidado e de se definir uma equipe mínima para a atenção. Nesse contexto, levantou-se a importância de se discutir o modelo de atenção obstétrica, de se fortalecer o papel dos enfermeiros obstetras e das parteiras tradicionais nos cuidados maternos e infantis para a transformação das práticas. Foi dada ênfase à necessidade de ampliar a discussão sobre a carreira profissional no SUS, a fixação profissional e a reorientação da residência profissional de acordo com as vagas e necessidades do SUS. Nesse contexto formativo, para os participantes, faz-se ainda necessário um processo de mudanças e avanços nas contratualizações com os hospitais de ensino, filantrópicos e privados.

3. Quais são os principais componentes/estratégias de gestão e governança da Rede Cegonha, os quais sustentam a produção de consensos técnicos e políticos necessários para a produção de mudanças nas concepções sobre parto e nascimento e introdução de inovações nas práticas de gestão e atenção?

Considerou-se fundamental o exercício democrático como uma das principais estratégias de gestão da Rede Cegonha, em prol do bem comum, do direito à saúde dos indivíduos e da coletividade. A noção da gestão participativa é novamente ressaltada como uma importante ferramenta para assegurar um conjunto mínimo de serviços acessíveis a todos de forma equânime e para implementar as mudanças necessárias à introdução de inovações nas práticas de atenção e gestão.

Para os participantes, o controle social, realizado pela ação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, também deve ser fortalecido para operacionalizar as mudanças nas práticas de cuidado materno e infantil. Para além desses espaços legais de representação social, também devem ser estimuladas outras formas institucionalizadas de participação da comunidade, tais como os conselhos locais de saúde, as entidades de classe e os movimentos sociais organizados.

A função de apoio institucional foi reconhecida como uma importante e inovadora estratégia de gestão por sua potência na ampliação de canais de comunicação entre os profissionais do serviço de saúde e entre estes com atores da rede externa. A presença regular e persistente do apoiador institucional na organização e também nos processos de articulação com a rede permite incluir os diferentes atores na formulação de políticas institucionais, nas discussões sobre os processos de trabalho e na avaliação dos resultados e impactos na produção organizacional. Ressalta-se a importância da presença ativa do apoiador institucional na reflexão cotidiana sobre os processos de trabalho e na necessidade de empoderamento e autonomia dos profissionais de saúde na busca de implementação de um modelo mais humanizado de atenção e gestão e de construção do processo democrático no SUS.

Houve um significativo consenso em torno da necessidade de adotar novas estratégias de regulação do acesso assistencial, com foco tanto na produção direta das ações e dos serviços quanto sobre o sistema de saúde, objetivando garantir acesso equânime e cuidado integral. Nessa perspectiva, de acordo com a plenária, faz-se necessário desenvolver um conjunto de estratégias regulatórias para aumentar a eficiência, a eficácia e a efetividade da Rede Cegonha, por meio de ações de controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação. Essa regulação deve articular o fluxo contínuo do usuário nos diversos níveis de atenção, respaldado por responsabilidades dos gestores e profissionais em atender suas demandas de saúde. Considerou-se que é importante implementar

os complexos reguladores como uma das estratégias de regulação assistencial, a fim de assegurar a vinculação das gestantes do pré-natal à maternidade de referência, bem como à continuidade do cuidado numa perspectiva de rede coordenada de serviços. Esse processo de monitoramento deve ser permanente e orientado por indicadores e metas de desempenho e acompanhamento do nível de satisfação dos usuários.

Para enfrentar os desafios referentes às informações pertinentes ao desenvolvimento da regulação da atenção à saúde, foram propostas, em plenária, as atividades de reorganizar e aperfeiçoar os sistemas de informação, de forma integrada, para que se respaldem as ações de planejamento, de monitoramento e de avaliação, pautadas pelo cuidado integral. No contexto da gestão da informação, há ainda que se criar possibilidades de socializar as informações e vincular a liberação do recurso à alimentação adequada dos sistemas de informação numa perspectiva de rede.

Há ainda que se estabelecer contratos de gestão e compromissos com os gestores, os profissionais de saúde e os prestadores com base em metas qualitativas e quantitativas, em que a dimensão da subjetividade deve ser incluída na avaliação dos resultados. Nesse contexto, torna-se imprescindível a transparência das ações (divulgação dos indicadores e do uso de recursos), além da necessidade de se evitarem os conflitos de interesses. Também se discutiu em plenária a responsabilidade solidária dos gestores das três esferas de governo pela integralidade da atenção. Ressaltou-se a necessidade de que sejam estabelecidos o reconhecimento e a premiação pelas experiências exitosas, bem como sanções para gestores corruptos e punição por má gestão dos recursos públicos, assegurando-se o direito de defesa.

A implantação e o reforço dos comitês de mortalidade materna, fetal e infantil e as comissões ou fóruns perinatais regionais foram outros importantes componentes/estratégias de gestão e governança da Rede Cegonha citados pelos participantes. Ressalta-se o fórum perinatal como um importante espaço de fomento à discussão, à proposição, ao acompanhamento e à pactuação para a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil. Destacou-se ainda a importância da mídia no fortalecimento das usuárias e de suas famílias e na sustentação de consensos técnicos e políticos necessários para a produção de mudanças nas concepções sobre parto e nascimento e introdução de inovações nas práticas de gestão e atenção.

Finalmente, ressalta-se que esta experiência expressa a potência deste coletivo envolvido na construção da Rede Cegonha, entendida como uma audaciosa estratégia brasileira de mudança de paradigma na atenção obstétrica e infantil, para que esta atenção seja integral e resolutive.

Figuras 5a e 5b – Apresentações dos relatórios dos grupos e construção de um plano “único” de ações



Fotos: Guilherme Kardel.

Referências



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Ambiência**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010a.

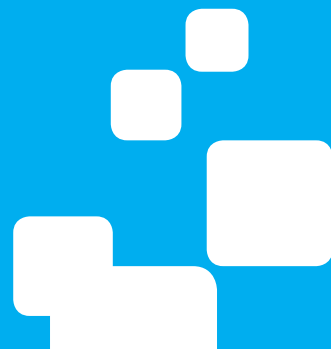
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília, 2008.

Anexo A – Resultados do trabalho coletivo no Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha



- Garantia da vida, dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, das gestantes, das puérperas e de suas famílias.
- Direito à vida digna sem sofrimento e com qualidade.
- Centralidade do usuário no sistema.
- Garantia de cuidado.
- Equidade na distribuição de recursos.
- Autonomia dos usuários.
- Acesso. Em estados onde não existem redes, como garantir a inclusão?
- Equidade para mulheres negras e indígenas – inclusão.
- Questão política: reconhecer como problema, decisão política.
- Cogestão.
- Garantir acesso.
- Pacto de gestão.
- Fortalecimento da atenção básica.
- Recurso financeiro – fundo gerido pelo gestor, com monitoramento e avaliação de recursos.
- Humanização – direitos.
- Inclusão dos movimentos sociais.
- Transparência – divulgação dos dados e uso de recursos.
- Evitar conflito de interesses.
- Parceria público-privada de interesse público.
- Coerência de modelos de atenção e gestão.
- Forma de construção – pactuação ascendente.

- Investimento – custeio.
- Redes.
- Não de forma isolada, mas sim planejada.
- PPI.
- Respeito às especificidades regionais.
- Colegiado de gestão.
- Contratualização quantitativa e qualitativa.
- Recurso – gestão por resultados.
- Atenção básica – pré-natal, puerpério, criança, planejamento familiar.
- Padronizar elenco de exames.
- Transporte sanitário.
- ACCR.
- Complexos reguladores.
- Matriciamento das maternidades.
- Saúde reprodutiva – adolescentes e homens.
- Atenção humanizada ao abortamento.
- Desenvolvimento infantil.
- Gênero – violência.
- Mulher protagonista.
- Formação em gestão do trabalho.
- Qualificação da instituição de ensino.
- Residência profissional – vagas e necessidades do SUS.
- Avaliação por desempenho.
- Fortalecimento do trabalho em equipe.
- Avaliação e monitoramento.
- Aperfeiçoamento do sistema de informação.
- Vincular o recurso à alimentação adequada dos sistemas.
- Participação + controle social maior do que no período perinatal.
- Novos espaços coletivos para participação social.
- Implantação e reforço dos comitês de mortalidade materna, fetal e infantil.
- Formação de promotores, Ministério Público.

- Apoio institucional.
- Apoiadores.
- Socialização da informação. Como?
- Adotar evidências científicas como diretrizes, protocolos com boas práticas baseadas em evidências científicas.
- Uso de tecnologia da informação.
- Você sabia...?
- Papéis, compromissos, definições claras na regionalização.
- Estrutura física.
- Investigação de óbitos – ação.
- Matriciamento.
- Vinculação das gestantes.
- Resgatar pacto de gestão e pela vida (aproveitar a oportunidade para esse resgate).
- Mídia – fortalecer usuárias e suas famílias.
- Hospitais de ensino – boas práticas.
- Contratualização – incluir a dimensão da subjetividade – violência, gênero, dar má notícia, luto da equipe.
- HPPS – contratualização dos hospitais filantrópicos e privados.
- Planejamento estratégico situacional. Ex.: PPA, mas não se materializa.
- Mudança na estrutura e na lógica, mais horizontal e menos prescritiva.
- Mudança da ambiência como promotora da mudança no cuidado.
- Novos espaços de cuidado.
- Equipe com enfermeiro obstetra.
- Definir equipes mínimas e de cuidado horizontal.
- Envolvimento de todos – comunicação e diálogo.
- Valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde.
- Cuidar do cuidador.
- Relação ensino-serviço.
- Gestão participativa.
- Apoio institucional.
- Conjunto mínimo de serviços acessíveis a todos.

- Planejamento, monitoramento e avaliação.
- Uso da informação e dos sistemas de informação.
- Acompanhamento dos usuários.
- Gestão de competências.
- Continuidade.
- Política de Estado e não de governo.
- Reconhecimento – premiação das experiências exitosas.
- Punição de má gestão, com direito de defesa.
- Intersetorialidade.
- Participação social.
- Respeito à diversidade regional.
- Gestão do cuidado ao RN.
- Três esferas de governo + movimentos sociais e entidades de classe.
- Determinantes sociais.
- Contratualização de metas.
- Comissões perinatais regionais – planos regionais.
- Monitoramento – acompanhamento.
- Respaldo legal.
- Processo de trabalho nas maternidades – acolhimento na admissão.
- Enfermeiras obstetras nas maternidades.
- Discutir modelo de atenção obstétrica.
- Discutir as questões das parteiras tradicionais.
- Sanções para corruptos.
- Espaço para Rede Cegonha na regulação.

ISBN 978-85-334-2221-6



9 788533 422216

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

