



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO BACHARELADO EM DIREITO**

ANDREZA LOPES LEÃO

ESTRATÉGIA REDE CEGONHA: uma análise da humanização da assistência à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica no município de Santarém/PA.

**Santarém-PA
2021**



Universidade Federal do Oeste do Pará - Ufopa
Instituto de Ciências da Sociedade - ICS
Programa De Ciências Jurídicas – PCJ
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Andreza Lopes Leão

ESTRATÉGIA REDE CEGONHA: UMA ANÁLISE DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM/PA.

Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Direito com objetivo de obter aprovação na disciplina de TCC, e obtenção de grau de Bacharelado em Direito na Universidade Federal do oeste do Pará.

Conceito: 10 (dez)

Santarém, PA, 11 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento
Orientador(a)
Presidente

André Freire Azevedo
Examinador(a)

Marla Cecyane Mesquita dos Santos
Examinador(a)

Email: pcj.sec@hotmail.com e pcj@ufopa.edu.br

Ata de TCC Andreza.pdf

Documento número #4f80f5b6-2aa1-4998-b347-b351f9493cf0

Hash do documento original (SHA256): 66b6ecbcb99c9c3b27958f6db8e6baf4fb79543bafcf3134b778b920f1b541

Assinaturas



MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS

CPF: 661.748.642-00

Assinou em 27 out 2021 às 20:10:37

Emitido por Clicksign Gestão de documentos S.A.

Log

- 27 out 2021, 20:10:00 Operador com email marlamesquita@yahoo.com.br na Conta 51f139e5-0705-4dd5-897e-39f09442062f criou este documento número 4f80f5b6-2aa1-4998-b347-b351f9493cf0. Data limite para assinatura do documento: 26 de novembro de 2021 (20:08). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 27 out 2021, 20:10:10 Operador com email marlamesquita@yahoo.com.br na Conta 51f139e5-0705-4dd5-897e-39f09442062f adicionou à Lista de Assinatura: marlamesquita@yahoo.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS e CPF 661.748.642-00.
- 27 out 2021, 20:10:37 MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS assinou. Pontos de autenticação: email marlamesquita@yahoo.com.br (via token). CPF informado: 661.748.642-00. IP: 187.24.115.157. Componente de assinatura versão 1.156.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 27 out 2021, 20:10:37 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 4f80f5b6-2aa1-4998-b347-b351f9493cf0.



Para validar este documento assinado, acesse <https://validador.clicksign.com> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número 4f80f5b6-2aa1-4998-b347-b351f9493cf0, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign disponível em www.clicksign.com.



Emitido em 11/10/2021

ATA Nº s/n/2021 - ICS (11.01.08)
(Nº do Documento: 84)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 10:27)
ANDRE FREIRE AZEVEDO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
ICS (11.01.08)
Matrícula: 2384518

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 10:51)
EMANUELE NASCIMENTO DE OLIVEIRA
SACRAMENTO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
ICS (11.01.08)
Matrícula: 2375301

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 11:44)
ANDREZA LOPES LEAO
DISCENTE
Matrícula: 201600454

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufopa.edu.br/documentos/> informando seu número: **84**, ano: **2021**, tipo: **ATA**, data de emissão: **28/10/2021** e o código de verificação: **c1af11c975**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

-
- L437e Leão, Andreza Lopes
Estratégia Rede Cegonha: uma análise de humanização da assistência à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica no município de Santarém/PA. / Andreza Lopes Leão – Santarém, 2021
82 p. : il.
Inclui bibliografias.
- Orientadora: Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Bacharelado em Direito.
1. políticas públicas. 2. Rede cegonha. 3. assistência à gestante. 4. violência obstétrica.
I. Sacramento, Emanuele Nascimento de Oliveira, *orient.* II. Título.
- CDD: 23 ed. 362.198098115

ANDREZA LOPES LEÃO

ESTRATÉGIA REDE CEGONHA: uma análise da humanização da assistência à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica no município de Santarém/PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Ciências Jurídicas, para a obtenção do grau de Bacharel em Direito; Universidade Federal do Oeste do Pará; Instituto Ciências da Sociedade.
Orientadora: Prof^ª. Ma. Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento.

Conceito:

Data de Aprovação: ___/___/___

Prof^ª. Ma. Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento – Orientadora
Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)

Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)

Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)

A Deus e aos meus familiares pelo apoio,
paciência e incentivo.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por ter me concedido a vida e oportunidade de concluir mais essa etapa da vida acadêmica, aos colaboradores e profissionais que concederam os dados que proporcionaram a realização dessa investigação científica, à orientadora Prof^a. Emanuelle Nascimento de Oliveira Sacramento pela paciência e dedicação com seus orientandos, bem como aos meus familiares e amigos que sempre me ajudaram nessa caminhada.

RESUMO

A pesquisa em apreço busca analisar a assistência à gestante no contexto da política pública “Estratégia Rede Cegonha” no município de Santarém/PA. Atualmente, a sociedade tem se preocupado em realizar estudos e debates sobre a assistência à gestante e ao seu bebê diante da difusão de informações sobre violência obstétrica, bem como de conceitos relacionado ao parto humanizado. Assim, esse estudo, ante a evidente busca de informações pela sociedade, tem por objetivo investigar em que medida a implementação da estratégia rede cegonha em Santarém/PA proporciona a humanização da assistência à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica. Assim, tem-se como objeto de análise a humanização da assistência à gestante. Esse estudo pretende analisar, nesse sentido, as seguintes hipóteses: se a ausência de centros especializados para atendimentos às gestantes e seus bebês no município de Santarém configuram um elemento potencializador para a ocorrência de violência obstétrica. Investiga-se também se o corpo de profissionais atuantes na área de atenção ao parto e nascimento está pautado em um modelo clássico orientado pela prática de medicalização do parto dificultando o emprego de uma assistência humanizada à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica, bem como se a implementação da Rede Cegonha em Santarém/PA proporciona a humanização da assistência à gestante. Portanto, essa análise científica tem como objetivo analisar a estrutura da Rede Cegonha no município de Santarém/PA e verificar em que estágio de implementação/implantação se encontra a fim de identificar se existem desafios para a sua concretização. Como metodologia de pesquisa que oportunize a investigação científica em apreço, utilizar-se-á a revisão bibliográfica, o levantamento de dados de órgãos públicos, bem como a realização de entrevista-semi estruturada com profissionais atuantes na assistência à gestante no município de Santarém/PA com recorte na rede pública de atendimento realizada no Hospital Municipal. Por meio da realização da pesquisa conclui-se que a estratégia Rede Cegonha não está consolidada em todos os aspectos previstos na sua portaria de instituição nº 1.459/2011, contudo a atual estrutura em certa medida contribui para a assistência humanizada e enfrentamento à violência obstétrica.

Palavras-Chave: Políticas Públicas; Rede Cegonha; Assistência à gestante; violência obstétrica.

ABSTRACT

This research has the main objective to analyze the assistance to pregnant women in the context of the public policy “Strategy Rede Cegonha” in the city of Santarém/PA. Currently, society has been concerned with conducting studies and debates about care for pregnant women and their babies in view of the dissemination of information about obstetric violence, as well as concepts related to humanized childbirth. therefore, this study, in view of society's evident search for information, aims to investigate to what extent the implementation of the stork network strategy in Santarém/PA provides for the humanization of care for pregnant women and the confrontation of obstetric violence. Thus, the humanization of care for pregnant women is the object of analysis. It's intended to analyze whether the absence of specialized centers for the care of pregnant women and their babies in the municipality of Santarém configures an element that enhances the occurrence of obstetric violence, if the body of professionals working in the area of care during delivery and birth is based on a classic model oriented by the practice of medicalization of childbirth, hindering the use of humanized care for pregnant women and coping with obstetric violence, as well as whether the implementation of Rede Cegonha in Santarém/PA provides humanization of care for pregnant women and coping with obstetric violence. Therefore, this scientific analysis aims to analyze the structure of the Rede Cegonha in the municipality of Santarém/PA, verify what is the stage of implementation/implementation and identify if there're challenges for its implementation. As a research methodology applied for the scientific investigation in question, bibliographic review, data collection from public agencies will be used, as well as a semi-structured interview with professionals working in care for pregnant women in the city of Santarém/PA with focus in the public service network held at the Municipal Hospital.

By conducting the research, it is concluded that the Rede Cegonha strategy is not consolidated in all aspects provided for in its institution ordinance No. 1459/2011, however the current structure to some extent contributes to humanized care and combating obstetric violence.

Keywords: public policy; Rede Cegonha; pregnant woman assistance; obstetric violence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Razão da Mortalidade Materna do ano de 2009 a 2018.....	34
Tabela 2- Componente Pré-natal.....	37
Tabela 3- Componente Parto e Nascimento.....	38
Tabela 4- Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.....	39
Tabela 5- Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.....	39
Tabela 6- Tipos de Parto e Causa de morte neonatal	54
Tabela 7- Número de óbitos fetais- anos de 2020 a 2016.....	56
Tabela 8- Número de óbitos fetais- anos de 2019 a 2016.....	56

LISTA DE SIGLAS

CASAI	Casa de Saúde Indígena
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HMS	Hospital Municipal de Santarém
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPPA	Ministério Público do Estado do Pará
NOAS	Norma Operacional de Assistência
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Mulher
PNASIH	Política Nacional de Atenção Integral do Homem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
MPE	Ministério Público Estadual
MPPA	Ministério Público do Estado do Pará
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado da Saúde do Pará
SUS	Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I-.....	16
1.1. Relação entre Direito e Políticas Públicas.....	16
1.2. O estudo das Políticas Públicas sob a ótica do Direito.....	19
1.3. Políticas Públicas de Saúde.....	24
CAPÍTULO II-	30
2.1. Rede Cegonha: uma política pública de saúde de assistência à Gestante	31
2.1.1. Análise histórica da assistência à gestante no Brasil.....	31
2.1.2. Análise do contexto da assistência à gestante nos dias atuais no Brasil.....	33
2.1.3. Rede Cegonha: instrumentos normativos.....	36
2.1.4. Componentes da Rede Cegonha.....	37
2.2. Modelos de Assistência à Gestante.....	40
2.2.1. Classificação dos modelos de Assistência à gestante.....	40
2.2.2. Assistência à gestante no Brasil.....	43
2.2.3. Modelo de Assistência Humanizada.....	47
2.2.4. Análise da Estratégia Rede Cegonha como política pública sob a ótica do Direito.....	49
CAPÍTULO III-	51
3.1. Contextualização da estratégia Rede Cegonha no Município de Santarém.....	52
3.2. Levantamento de dados junto ao MPPA (Ministério Público do Estado do Pará no Município de Santarém).....	53
3.3. Entrevistas com gestores e profissionais atuantes na Estratégia Rede Cegonha.....	59
3.4. Estratégia Rede Cegonha em Santarém/PA: assistência à gestante e violência obstétrica.....	71
CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE.....	81

INTRODUÇÃO

O Brasil possui um ordenamento jurídico pautado na proteção da dignidade da pessoa humana conforme prevê o art. 1º, inc. III, da CF/88. Nesse sentido, a estrutura político-administrativa do Estado se empenha em promover ao máximo esse fundamento por meio da concretização dos direitos que estão previstos na carta constitucional brasileira.

A Constituição Federal de 1988 foi promulgada em um contexto histórico muito específico como uma medida de interromper um período marcado pelas violações de direitos e pela violência institucional que caracterizou a Ditadura Militar (AARÃO, 2014). Como consequência ou mesmo como medida de reescrever a história, a Constituição de 1988 em seu texto prevê uma série de direitos e garantias, sendo em razão disso denominada “Constituição Cidadã” (PAIM, 2013).

Nesse sentido, o Estado passou a ter uma postura mais prestacional (positiva) e, não apenas de não interferir na ingerência individual do cidadão. Assim, os direitos de segunda geração (sociais) tais como saúde, educação, lazer, moradia, passaram a fazer parte do rol de direitos constitucionais.

Dentre os direitos sociais, podemos citar o direito à saúde, o qual está previsto no art. 196 da Constituição Federal, o qual prevê que esse direito será garantido e concretizado por meio de políticas sociais e econômicas. Importa mencionar que uma marcante característica desse direito é a universalidade. E com vistas a atender esse mandamento constitucional foi editada a Lei nº 8.080 de 1990, a qual, em síntese, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A supramencionada lei, por conseguinte, traz em seu texto os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu art. 5º, dentre os quais estão: a formulação de política de saúde destinada a promover no âmbito econômico e social, o acesso universal e igualitário ao sistema de maneira a reduzir os riscos de doença e outros agravos.

Portanto, dentro da estrutura do SUS, há a formulação de diversas políticas voltadas ao tratamento de determinada temática, dentre elas, podemos citar a Estratégia Rede Cegonha, a qual foi instituída pela Portaria nº 1.459/2011, com o objetivo de proporcionar uma rede de assistência à gestante de maneira interligada com vistas a reduzir os índices de mortalidade, promover assistência humanizada, ampliar o campo de assistência e universalizá-la.

Diante disso, a Rede Cegonha tem como princípios norteadores os mesmo do SUS, os quais são: universalidade, equidade e integralidade. Como observado acima, o

principal objetivo dessa política pública é garantir a assistência humanizada e de qualidade às mulheres e às crianças nos períodos da gestação, parto e nascimento.

O problema de pesquisa que norteia essa investigação surgiu por meio da minha atuação como pesquisadora no Projeto de Pesquisa e Extensão “Nascer em Santarém”. Contudo, a temática foi construída ao longo dos estudos na universidade, pois na graduação tive a oportunidade de ter contato com a Clínica de Direitos Humanos e em algumas das reuniões surgiu a temática do estudo das políticas públicas no universo da ciência jurídica como um dos textos base no curso de formação em direitos humanos pautado nas investigações da pesquisadora Maria Paula Dallari Bucci.

Diante disso, em conjunto acadêmicos de outros cursos de gestão e economia, pude pesquisar sobre políticas públicas e educação. E como participante do projeto Nascer em Santarém, manifestei interesse em estudar a temática das políticas públicas e direito sob a orientação da Profa. Ms. Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento, a qual sugeriu que pudssemos investigar uma política pública de assistência à gestante de maneira específica: A Rede Cegonha, pois diversos princípios dessa política eram pautas das falas das gestantes atendidas pelo projeto e em rodas de conversa, como: direito ao acompanhante, estrutura de atendimento, assistência humanizada, dentre outras.

Dessa forma, o projeto “Nascer em Santarém” não apenas me proporcionou promover a realização dessa pesquisa de conclusão de curso, mas também a evolução como ser humano a fim de desenvolver ainda mais a sensibilidade para com a temática dos direitos das mulheres, em especial, as que se encontram em fase de gestação. Assim, torna-se necessária a produção de informações e estudos dessa natureza para apresentar retorno à sociedade e impactá-la de maneira positiva. Resta evidente, portanto, a experiência impactante que é o desenvolvimento de pesquisa e execução de atividades de extensão do seu da Universidade Pública, mais especificamente, na Universidade Federal do Oeste do Pará.

Nesse cenário, esse estudo se propõe a analisar a Estratégia da Rede Cegonha na Rede de Saúde Pública no município de Santarém de maneira a delimitar e destacar as principais características da política pública da Rede Cegonha no contexto o município de Santarém/PA a fim de se verificar em que medida essa política promove o combate ou não da violência obstétrica e a humanização da assistência.

Assim, como objeto de pesquisa, a investigação científica em apreço, analisa a humanização da assistência à gestante com recorte especial no município de Santarém/PA e enfoque na atuação dos profissionais no Hospital Municipal de Santarém.

E, por conseguinte, pretende analisar as seguintes hipóteses: a) se a ausência de centros especializados para atendimentos às gestantes e seus bebês no município de Santarém/PA configuram um elemento potencializador para a ocorrência de violência obstétrica; b) se o corpo de profissionais atuantes na área de atenção ao parto e nascimento se pauta em um modelo clássico orientado pela prática de medicalização do parto dificultando o emprego da assistência humanizada e enfrentamento da violência obstétrica; c) se a implementação da Rede Cegonha em Santarém/PA proporciona a humanização da assistência e enfrentamento da violência obstétrica.

Diante disso, essa investigação científica tem por objetivo analisar a estrutura da Rede Cegonha no município de Santarém/PA, verificar em que estágio de implementação/implantação a política pública se encontra e identificar se existem desafios para a sua concretização e apontar quais são.

É importante pontuar que apesar de a estratégia Rede Cegonha ser implantada em centros de atendimento da rede particular, a presente investigação se detém a analisar a estrutura de atendimento pública do Hospital Municipal de Santarém, ou seja, a rede pública de atendimento.

Para tanto, o estudo está pautado na seguinte estrutura. O capítulo 1 versará sobre a análise do conceito de políticas públicas e qual a sua relação com o estudo de direito a fim de melhor estruturar a metodologia a ser empregada utilizando marco teórico especializado e voltado para a compreensão das políticas públicas sob a ótica do direito. E será finalizado com o estudo das políticas públicas de saúde com enfoque na assistência à gestante e ao bebê.

A seguir, no capítulo 2, será estudada a “Rede Cegonha” como política de saúde de assistência à gestante, com a preocupação de oportunizar a análise histórica da evolução dessas políticas públicas e do contexto atual da assistência no Brasil. Haverá também a exposição dos instrumentos normativos que pautam a estrutura da política pública com enfoque nos princípios e componentes que pautam a assistência humanizada. Assim, serão também apresentados os modelos de assistência que são adotados em vários países com enfoque no modelo adotado pelo Brasil. A finalização desse capítulo contará com a análise da Rede Cegonha como política pública sob a ótica do Direito.

Por fim, durante o capítulo 3, far-se-á uma análise dessa política pública com o recorte em Santarém/PA, mais especificamente, na assistência prestada no Hospital Municipal, por meio da análise de procedimentos de acompanhamento do Ministério Público do Estado e relatos de profissionais atuantes e gestão da estratégia Rede Cegonha, a qual

como será vista a seguir está diretamente relacionada à política de assistência da Saúde da Mulher.

Como metodologia de pesquisa será utilizada o levantamento de dados bibliográficos de produções literárias, de informações contidas em procedimentos orientados e instruídos pelo Ministério Público do Estado do Pará localizado na cidade de Santarém. Ademais, será utilizada a realização de entrevistas semi-estruturadas por meio de gravação pessoal registrada em áudio com consentimento registrado em termo esclarecido e de concessão de áudio.

Portanto, por meio das informações a serem colhidas e apresentadas a seguir, objetiva-se observar a estrutura da Rede Cegonha no Município de Santarém e observar em que medida ela auxilia na assistência humanizada à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica.

CAPÍTULO I

1.1. Relação entre Direito e Políticas Públicas

Para que possamos compreender o objeto de pesquisa desse estudo, é importante, de forma primária, traçar algumas noções a fim de estabelecer em que medida as políticas públicas se relacionam com o campo de estudo do direito.

Importa destacar, nesse sentido, que essas duas ciências são campos diversos do conhecimento que utilizam lentes diferentes de abordagem, não em uma relação de continência, mas de comunicação e multidisciplinariedade com vistas a produzir conhecimento (BUCCI, 2019, p. 792-797).

Assim, antes de conceituar e delimitar cada campo do conhecimento supramencionado é importante que se compreenda a importância do estudo do direito e das políticas públicas em conjunto.

Tal fato se justifica em razão de a Constituição Brasileira de 1988 ter uma característica muito marcante, que é a garantia e prestação de direitos fundamentais. Nesse sentido, o estudo das políticas públicas se tornou importante na medida em que se concretizem os direitos contidos na carta constitucional, é necessário que o Estado o promova utilizando mecanismos específicos (por exemplo, a criação de leis) e esses mecanismos são viabilizados pelas políticas públicas (CLUNE, 1993, p. 02).

Nesse caminho, a importância do estudo das políticas públicas resta evidenciada na medida em que ele auxilia a compreensão da maneira como são concretizados os direitos contidos em diversas leis, em especial, os fundamentais descritos na CF/88.

Assim, é importante, portanto, que se conceitue política, no entanto, essa não é uma tarefa fácil, pois, conforme preleciona SCHMITTER (1965, p. 47), o termo “política” possui várias acepções, visto que pode ser analisado pela ótica de ser uma instituição, de recursos, processo (atividade) e função (consequências para a sociedade).

A primeira forma de análise quanto instituição se pauta na ideia de estrutura do Estado e Governo, é importante observar, nesse sentido, que essa acepção se ampliou de maneira a abranger também partidos políticos e outros agentes que, apesar de não integrarem a estrutura formal do Estado, também exercem pressão sobre essa instituição (SCHMITTER, 1965, p. 48).

Por outro lado, a política quando observada sob a ótica de recursos contempla o contexto do trânsito de poder, influência ou autoridade, de maneira que o poder é

compreendido como a dominação por meio do monopólio da força ou violência, principalmente a força física. A influência está ligada à noção de relação entre os atores políticos e a forma como eles se relacionam entre si. Por fim, a política como autoridade traduz o fato de que grupos que estão no poder detêm certas prerrogativas para que sejam executadas ações (SCHMITTER, 1965, p. 49-51).

A terceira ótica apresentada pelo autor refere-se à política como processo baseado sobre a formulação de decisões acerca de como agir diante das demandas coletivas. Ou seja, trata da maneira como os agentes que detêm o poder se relacionam com os anseios sociais e suas escolhas para concretizá-los (SCHMITTER, 1965, p. 52-54).

O prisma da política como função traduz a noção dos objetivos da política como um instrumento social, a qual se revela como um instrumento de administração de conflitos das mais diversas forças com diferentes interesses que existem na sociedade (SCHMITTER, 1965, p. 54-57).

E, conforme será visualizado no tópico 1.3 deste capítulo, a política e seus arranjos têm importantes efeitos não somente para a elaboração das políticas públicas, mas também para a sua aplicação e efetivação.

Importa mencionar que os conceitos acima cuidam da análise do termo “político” com base nos estudos provenientes da ciência política. No mesmo sentido entende SECCHI, ao apresentar política como um instrumento que viabiliza o exercício do poder na medida em que garante a obtenção e manutenção de recursos, há também uma segunda acepção que está mais relacionada à ideia de mecanismos, que têm por objetivo instrumentalizar decisões e ação (SECCHI, 2010, p. 1).

Contrapondo aos dois autores acima citados, Robert H. Salisbury entende que a política pode ser analisada não somente por um prisma de cada vez, mas sim por meio de três óticas: como decisão de atores governamentais, como decisão política em um sentido mais amplo e como uma forma de se portar para atingir um determinado objetivo orientado para a concretização de um propósito específico (SALISBURY, 1995).

A noção de política apresentada pelo supramencionado autor é compreendida como acertada na medida em que contempla os mais diversos aspectos da política, seja sob o prisma dos indivíduos, das decisões ou mesmo maneira como ela é instrumentalizada para atingir determinados objetivos traçados por seus atores.

Desse modo, diante da análise dos conceitos mencionados, é possível concluir que a política é um instrumento de ação de agentes que visam atingir determinados objetivos a fim de concretizá-los por meio de articulações.

Acrescenta ainda, Stella Theodoulou, a compreensão do termo política e de sua construção (conforme acima mencionado) se mostra importante para que se entenda o modo de ser das políticas públicas (THEODOULOU, 1995b).

Desse modo, o termo política subsidia um aparato técnico importante para a compreensão das políticas públicas. Assim, quando analisamos o termo políticas públicas, parte da essência do termo política permanece, o qual é acrescido de algumas particularidades. Nesse sentido, para grande parte dos autores a política pública é compreendida como um mecanismo para a execução de direitos expressos na Constituição.

De maneira geral, ela atua por meio de programas e ações de acordo com os princípios e propósitos que estruturam o Estado (KERSTENETZKY, 2014, p. 02).

Leonardo Secchi, por sua vez, também utiliza a mesma matriz de raciocínio ao afirmar que política pública é uma diretriz estabelecida com a finalidade de resolver um problema público (SECCHI, 2010, p. 2-8). E quando ele elabora esse conceito, verifica-se que há uma preocupação com o aspecto da sociedade como grupo na medida em que a situação objeto de resolução atinge um grande número de pessoas.

Nesse caminho, há ainda quem atribua características diversas as políticas públicas, como por exemplo, Célia Lessa Kerstenetzky (2014, p. 02), a qual apresenta o termo “política pública social” o definindo como conjunto de ações e programas promovidos pelo governo com a finalidade de reduzir condições de pobreza e outros problemas sociais. Acrescenta ainda que a política pública teria como noção a explicação do porquê de sua existência que está relacionada com a contextualização de sua consequência e finalidades para a sociedade (SOUZA, 2007, p. 71).

Atualmente, o termo políticas públicas, semanticamente, passou a agregar o sentido social em seu emprego, conforme afirma BUCCI (2019, p. 815). Nesse sentido, essa concepção está em consonância com o texto constitucional, visto que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a erradicação da pobreza e da marginalização, bem como a redução das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III, CF/88), além de prever diversos direitos sociais ao longo do texto constitucional.

A autora Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento (2012, p. 196), por sua vez, entende que o termo políticas públicas se pauta em um sentido muito específico de política relacionada ao conteúdo que é produto das decisões políticas e também na sua construção por meio da atuação dos gestores.

Por sua vez, BUCCI (2006, p. 39) analisa o conceito de políticas públicas sob a ótica de ser um programa de ação governamental que é resultado de um processo construtivo

que pode ser juridicamente regulamentado de maneira a dispor sobre matéria socialmente relevante que tem a participação de atividades do Estado e privadas com vistas à realização de objetivos e concretização de resultados.

Portanto, diante dos conceitos analisados, resta concluir que as políticas públicas nascem de um contexto problemático em que são elaborados mecanismos que possam promover a sua solução ou mesmo que seja um caminho para a compreensão do problema.

E, apesar de a sociedade apresentar certo protagonismo tanto no sentido de demandar quanto no sentido de ser beneficiária das políticas adotadas, sua atuação somente passa a ser tema das políticas públicas quando se insere em um contexto em que envolve as escolhas estatais (BUCCI, 2019, p. 364).

De posse dos conceitos de política e de políticas públicas, é importante que se faça um recorte para o estudo sob a ótica da ciência jurídica que é o prisma de estudo utilizado na presente pesquisa. Nesse sentir, no tópico seguinte (1.2), far-se-á a análise das políticas públicas sob a ótica do Direito de maneira a evidenciar os aspectos metodológicos que devem ser adotados e empregados na investigação científica.

1.2. O estudo das Políticas Públicas sob a ótica do Direito

As políticas públicas são objeto de estudo de diversas áreas das ciências sociais. Esse fenômeno se estabeleceu no século XX e teve seu estudo sistemático iniciado pela ciência política norte-americana em meados de 1950. É digno de destaque que começou a ser objeto de análise da ciência jurídica somente a partir de 1990, então, são relativamente recentes as pesquisas desenvolvidas nessa temática (BUCCI, 2019, p.361).

No Brasil, a vertente de pesquisa que mais gerou produções foi a relacionada ao controle judicial das políticas públicas, em razão do protagonismo que recebeu o poder Judiciário no trato de questões sociais entre 1990 e 2000. A necessidade do controle judicial se deu em razão do período de redemocratização do País e das disposições que trouxe a CF/88 (BUCCI, 2019, p.371).

Nesse primeiro momento, o estudo se pautava mais em uma ótica de compreensão das demandas sociais analisando-se o aparelho estatal a fim de que as necessidades da sociedade fossem atendidas (BUCCI, 2019, p.361). Assim, diante de problemas da sociedade de grande complexidade tornou-se necessária a adoção de medidas mais bem pensadas com o auxílio de estudos de outras áreas, pois somente as normas jurídicas ou mecanismos tradicionais já não eram suficientes para promover uma solução. Nesse caminho, a

interdisciplinaridade dos campos de conhecimento recebeu importante destaque (BUCCI, 2019, p.362).

No campo de estudo jurídico, quando o pesquisador se propõe a realizar a análise e estudo de uma política pública, ele encontra desafios. Inicialmente, importa destacar que a falta ou ausência de intimidade de compreensão das demandas sociais é uma barreira importante de ser analisada, visto que, no campo jurídico, as demandas são de natureza subjetiva e individual. E, por isso, o estudante de direito tem dificuldade de identificar se aquela situação envolve ou não um contexto de políticas públicas (BUCCI, 2019, p. 362).

Ademais, a graduação, em geral, não prepara o estudante de direito para quando profissional lidar com demandas que fujam daquela ideia de direito subjetivo que, em caso de violação, há o ajuizamento de ação para ter o bem da vida assegurado. Ou seja, demandas que precisam de uma análise do contexto de atuação do Estado e, a análise das políticas públicas por meio das quais esse ente age são mais difíceis de ser analisadas pelos profissionais formados (BUCCI, 2019, p. 362).

Nesse sentido, em um primeiro momento, o pesquisador, ao iniciar seu estudo, deve analisar se de fato aquela temática deve ser abordada sob a ótica das políticas públicas (BUCCI; COUTINHO, 2017). Tal fato se justifica em razão de que, ao ser adotada a ótica das políticas públicas, o estudo não mais vai se deter aos métodos jurídicos tradicionais e isso não significa que um seja melhor que o outro, somente que se tratam de campos distintos de abordagem (BUCCI, 2019, p. 364).

Na pesquisa em apreço, a política pública da estratégia Rede Cegonha será avaliada sob o prisma das políticas públicas sendo considerados aspectos jurídicos que fornecem base a ela; essa maneira de estudo será aprofundada no tópico 2.2.4 do Capítulo 2, que trata da Análise da Estratégia Rede Cegonha como política pública sob a ótica do Direito.

Assim, têm-se como problemas que demandam a análise sob a ótica das políticas públicas aqueles que necessitam de uma abordagem mais ampla em razão da natureza da ação governamental envolvida (BUCCI, 2019, p. 364). É importante mencionar que adotar a ideia de ação governamental é muito restritivo (SECCHI, 2012), deve-se adotar, assim, uma noção mais fluida, partindo-se da ideia de problema público (BUCCI, 2019, p. 364).

Nesse caminho, a estratégia Rede Cegonha tem como uma de suas bases a melhoria na assistência à gestante e outros problemas que decorrem da assistência, demonstrando-se, portanto, como um problema público, esse tema será aprofundado no tópico 2.1, situado no Capítulo 2, que trata da Rede Cegonha como uma política pública de saúde de assistência à Gestante.

Com relação à atuação do Estado, Paul Sabatier (2007, p. 11) aponta que a razão das críticas à visão mais restrita exigindo a participação ou mesmo envolvimento do Estado para a caracterização das políticas públicas se dá pelo fato de alguns pesquisadores serem influenciados pela ciência política norte-americana, a qual é pautada na teoria política pluralista que não observa o Estado com a mesma importância e papel de centralidade quanto de países da Europa e países em desenvolvimento.

Assim, para além da compreensão da noção de Estado como ator principal de ações que promovem as políticas públicas, devem ser considerados também outros atores. No caso da Rede Cegonha, antes de ser institucionalizada como política de Estado, ela foi demandada por diversos entes da sociedade e nasceu de uma construção histórica da própria sociedade, esse aspecto pode ser observado no tópico 2.1.1, situado no Capítulo 2, o qual cuida da análise histórica da assistência à gestante no Brasil.

Ademais, a seguir quando estudarmos o tópico 2.2.4, Capítulo 2, restará evidente a importância da participação de agentes não governamentais no desenho institucional da Rede Cegonha.

Nesse sentido, segundo Maria Paula Dallari Bucci (2019, p. 365), em síntese, para o investigador identificar a necessidade de análise sob a ótica das políticas públicas, ele deve se questionar se é possível responder o seu problema de pesquisa com os instrumentos jurídicos, em caso de impossibilidade, essa se faz sim necessária.

Os instrumentos jurídicos que fundamentam a Rede Cegonha estão descritos no tópico 2.1.3, Capítulo 2, desta pesquisa. Contudo, apesar de essa política estar bem estruturada a nível nacional, para verificar se a estratégia rede cegonha proporciona uma assistência humanizada e, por conseguinte, auxilia no combate à violência obstétrica, é preciso que outros aspectos sejam analisados, como, por exemplo, a vivência dos profissionais atuantes na área, que será analisada no capítulo 3.

Portanto, quando se tem por objetivo realizar pesquisas jurídicas, Maria Paula Dallari Bucci (2019, p. 801) apresenta que é importante analisar as características das políticas públicas na medida em que a análise científica não pode se pautar unicamente em elemento jurídicos de maneira restrita. Acrescenta, ainda, a autora que o estudo das políticas públicas e da ciência jurídica é em certa medida entrelaçado dada as influências que ambos os campos exercem sobre si pelas razões acima mencionadas. Contudo, um campo de estudo, sozinho, não consegue fornecer os dados e instrumentos necessários para que se promova o debate necessário para a pesquisa científica.

Assim, conforme CAILLOSSE (2000, p. 46), para que seja realizada uma análise de fato interdisciplinar é preciso que o estudioso considere as características políticas do direito e as jurídicas das políticas públicas. E, em síntese, quando falamos de políticas públicas e sua relação com o direito tem-se que essa é marcada pela comunicação e negociação (CLUNE, 1993, p. 09-13). É claro que haverá barreiras, visto que existe dificuldade para que um jurista analise conceitos da ciência política, por exemplo, e a recíproca também é verdadeira, mas deve-se atentar para a necessidade de análise de conceitos de outros campos (BUCCI, 2019, 366).

Nesse caminho, o capítulo 2 terá por base o estudo de noções relacionadas à assistência da gestante e seu bebê com base em autores também da área da saúde, visto que as produções sobre o tema são vastas e são de suma importância para a compreensão da atenção à saúde da gestante.

Outro aspecto que irá subsidiar a presente análise é o estudo e acesso ao ciclo das políticas públicas, a fim facilitar a observação do objeto. Segundo a descrição de Ripley (1995, p. 158) o ciclo das políticas públicas compreende as seguintes fases: estabelecimento da agenda, formulação das alternativas, decisão, implementação, monitoramento e avaliação.

A primeira fase se trata da compreensão da situação problema e inclusão dele na lista dos problemas a serem solucionados e analisados pelo governo. A segunda fase cuida da formulação de uma forma para resolução do problema, instituindo objetivos, geralmente sob a forma de lei. A terceira fase consiste na aprovação seguida da devida formalização do programa. A quarta fase, por sua vez, trata da execução do programa. E, por fim, a quinta fase cuida do acompanhamento, definição de ajustes, bem como da avaliação do programa (RIPLEY, 1995, p.158).

Paul Sabatier critica esse modelo na medida em que ele sugere erroneamente que a estruturação da política pública necessariamente segue os passos mencionados em relação de causalidade, bem como que nesse modelo se confere uma importância excessiva ao processo de elaboração da lei e sua existência (BUCCI, 2019, p. 368). Aponta, contudo, BUCCI (2019) que apesar de algumas fases serem suprimidas em algumas situações, a ideia de ciclo é muito acertada na medida em que está em constante renovação das etapas, assim como ocorre na realidade.

Nesse caminho, a fim de melhor delinear o estudo do Direito e Políticas Públicas (DPP), Maria Paula Dallari Bucci (2019, p. 187) apresenta um quadro de referência das políticas públicas formadas pelos seguintes elementos:

i) nome oficial do programa de ação; ii) gestão governamental; iii) base normativa; iv) desenho jurídico-institucional (v) agentes governamentais; vi) agentes não governamentais; vii) mecanismos jurídicos de articulação; viii) escala e público-alvo ; ix) dimensão econômico-financeira; x) estratégia de implantação; xi) funcionamento efetivo; xii) aspectos críticos do desenho jurídico-institucional (BUCCI, Maria Paula Dallari, 2019, p. 817).

O quadro acima mencionado encontra grande aplicação no campo das políticas públicas com relação às políticas públicas institucionalizadas e que tenham previsões jurídicas consolidadas, contudo, é de difícil aplicação em relação àquelas que não são. Esse quadro será utilizado como modelo para o estudo da política pública da estratégia Rede Cegonha, conforme poderá ser observado no tópico 2.2.4 do Capítulo 2.

Outro cuidado que é mencionado pela autora no que tange ao estudo da área do Direito e Políticas Públicas é a adequada fundamentação jurídica de maneira que a pesquisa deve estar pautada nas normas, decisões e documentos oficiais que servem de base para a política pública objeto da análise relacionando-os com os aspectos sociais que a tornaram necessárias e que envolvem sua aplicabilidade (BUCCI, 2019, p. 819).

Diante desse cenário, tem-se que é comum que uma política pública nasça como política de governo e, após, se consolida como política de Estado¹ de maneira independente da força política que a fez surgir (BUCCI, 2013). Importa destacar que a política pública não tem como objetivo apenas resolver o problema definitivamente, mas promover mecanismos para que esse problema seja debatido e soluções surjam do seio da própria sociedade por meio de atuações concretas (MASSA-ARZABE, 2006, p. 64).

Insta destacar que no estudo jurídico se torna cada vez mais importante a pesquisa sobre as políticas públicas, em especial, no Brasil, visto que a Constituição de 1988 demanda a materialização dos direitos nela consagrados (CLUNE, 1993, p. 19-22). Nesse sentido, a pesquisa no campo das políticas públicas encontrou solo fértil e foi provocada pela transição democrática no início dos anos 1980 e foi acentuada pela promulgação da Constituição de 1988 (BUCCI, 2019, p. 810), conforme foi mencionado no tópico 1.1, Capítulo 1, da presente pesquisa.

É exatamente nesse contexto que se insere o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8080/90, e a assistência social. E o Sistema único de Saúde, ao seu turno, terá o condão de prover uma série de políticas públicas subsidiárias que irão

¹ A política pública de Governo é aquela que nasce de um contexto de vontade de um grupo que está exercendo o poder durante um período e pode ter sua duração limitada a esse período. Ocorre que algumas políticas passam a ser de Estado na medida em que são inseridas por meio de mecanismo, como, por exemplo, a legislação e são realizadas independentemente do governo que está em atuação (LIMA et al. 2019, p. 69-82).

instrumentalizar e tornar concreto seus objetivos. Diante disso, tem-se que o SUS nasceu como uma política de Estado e não de governo na medida em que tem previsão constitucional, a qual garante o direito à saúde de maneira universal, igualitária e de qualidade (BUCCI, 2019, p. 820).

Portanto, toda a análise de políticas públicas com um recorte sob o olhar da ciência jurídica constitui uma base substancial para a presente pesquisa na medida em que ela subsidiará o estudo da Estrutura da Rede Cegonha no município de Santarém. Dessa maneira, no próximo tópico (1.3) começará a ser delineada a maneira como o SUS organiza a fim de estruturar as políticas públicas existentes com enfoque nas políticas que envolvem a assistência à gestante e ao bebê. E ele subsidiará a análise da estrutura da Estratégia Rede Cegonha (Capítulo 2, tópico 2.1) com base nos critérios de análise citados no tópico 1.2 do Capítulo 1.

Importa destacar, nesse caminho, que tendo sido analisado o conceito de políticas públicas e demonstrado o método de análise dessa pesquisa a seguir será analisada a estrutura do SUS e a maneira como ele se organiza no que tange à elaboração de políticas de saúde específicas para temas sensíveis na sociedade.

1.3. Políticas Públicas de Saúde

O Sistema Único de Saúde está disciplinado nos arts. 198 e 200 da Constituição, contudo, nem todos os seus aspectos e características estão descritos na carta constitucional. Ou seja, outros mecanismos são necessários para que o torne concreto, um deles é a Lei nº 8.080/90 que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e funcionamento dos serviços ligados à estrutura do SUS. Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Para além dessas disposições normativas, existem os decretos, portarias, resoluções, dentre outros, que disciplinam sobre temas específicos no que tange a operacionalização dessa política pública (BUCCI, 2019, p. 366). Desse modo, a Lei nº 8.080/90 em conjunto com a Lei nº 8.142/90 são denominadas de Lei orgânica de saúde (LOS)².

² É importante mencionar que nesse contexto de previsões normativas a Constituição Federal de 1988 tem um lugar privilegiado e merece ser observada ante as outras construções legislativas. Nesse sentido, também podem ser observadas as Leis, que são elaboradas e promulgadas pelo poder legislativo para, posteriormente, serem sancionadas pelo poder executivo. Os decretos, por sua vez, complementam a lei em situações que essa não deixou clara de maneira a regulamentá-la. As portarias, ao seu turno, são atos administrativos internos que visam determinar regras para organizar o funcionamento dos serviços. Por fim, as resoluções e deliberações tratam das diretrizes e regulamentos provenientes de discussões de órgãos colegiados, agências reguladoras, conselhos de classe e conselhos de saúde (SOLHA, 2014, p. 15).

Todas essas disposições seguem princípios que regem o sistema SUS, os quais nascem da noção de ética e solidariedade de onde irradiam uma série de princípios: universalidade, equidade, integralidade e participação social (SOLHA, 2014, p. 11). Esses princípios são entendidos como a filosofia do SUS e devem ser observados por todos os gestores e profissionais (SOLHA, 2014, p. 21). A seguir serão analisados cada um desses princípios:

- a) A universalidade é característica importante na medida em que o direito à saúde deve ser assegurado a todos os brasileiros de maneira que o Estado figure como agente provedor dos serviços. Assim, todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS sem distinção de origem e de forma igualitária (SOLHA, 2014, p. 22).
- b) Com relação à integralidade, entende-se que o SUS se estrutura de maneira a permitir a articulação entre o setor de saúde e os demais setores da sociedade a fim de fornecer uma ampla rede de atendimento (SOLHA, 2014, p. 23). Para além desse aspecto de estrutura, o conceito de integralidade abrange a ideia de que não basta cuidar da doença no sentido do ser biológico, mas também da pessoal e emocional (SOLHA, 2014, p. 24).
- c) A equidade, ao seu turno, está ligada à noção de igualdade, em especial, no sentido de avaliação de cada caso em concreto, priorizando ações que permitam a todos o acesso aos serviços de saúde (SOLHA, 2014, p. 25).
- d) Por fim, a participação social e o controle social em saúde estão previstos na Lei nº 8.142/90, eles são fruto do contexto de implementação do SUS, o qual é marcado pela noção de democracia e participação ativa. A mencionada lei prevê a realização de conferências e reuniões de conselhos de saúde a fim de que seja oportunizada a participação popular (SOLHA, 2014, p. 26). Os conselhos de saúde se organizam a nível: nacional, estadual, municipal e local -UBS, ambulatórios, hospitais, dentre outros- (SOLHA, 2014, p. 27), os quais tem papel primordial no que tange a formulação de políticas públicas e sua execução.
 - d') Ademais, quando observamos a atuação dos conselhos locais, é possível identificar, por exemplo, no caso da Estratégia Rede Cegonha, o acompanhamento de dados relativos à realização de consultas de pré-natal, no que tange observar, por exemplo, se as gestantes conseguem fazer o mínimo de 06 consultas na UBS, se as que precisam de atendimento intensivo estão sendo atendidas no ambulatório especial, se existem de

vagas na maternidade para a realização do parto, dentre outras situações que são extremamente importantes para a assistência adequada, as quais são avaliadas para a correção de possíveis falhas (SOLHA, 2014, p. 28).

d'') As Conferências de Saúde, por sua vez, ocorrem por meio de fóruns, os quais tem como pauta o debate de temas de natureza coletiva e promovem a participação de vários atores sociais a nível municipal, estadual e federal. Todas as impressões são registradas em relatórios e é realizada a votação dos temas debatidos pelos participantes. É digno de destaque o fato de que elas ocorrem desde o ano de 1937, e até o ano de 2014 já haviam sido realizadas 14 conferências nacionais. Insta destacar ainda a importância das conferências, pois foi nesse contexto de participação social que foi realizada a VIII Conferência (1986) em que foi oportunizada a criação do SUS e a promoção de debates sobre saúde que guiaram as políticas adotadas posteriormente (SOLHA, 2014, p. 29).

d''') A participação social tem um papel relevante na estrutura do SUS, em razão disso foi criada uma estrutura especial denominada de Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SEGEP) que tem como objetivo apoiar os gestores nos processos de intensificação do controle social por atores da sociedade, bem como na promoção de ações populares, de acompanhamento do SUS de maneira a promover uma gestão ética no que tange a execução dos serviços e ações (SOLHA, 2014, p. 29).

Diante da observância dos mencionados princípios resta evidente a preocupação do legislador em garantir amplitude do serviço a ser realizado de maneira eficaz e de maneira igual para todos os cidadãos.

É importante mencionar, nesse contexto, que a implantação do SUS não ocorreu de maneira gradual e uniforme em todas as localidades, as principais razões para tal fato são as diferenças regionais e diferença no que tange as vontades políticas. O município de São Paulo, por exemplo, somente aderiu ao SUS no ano 2000 e, adotou, assim como outros municípios, sistemas locais, de maneira que ocorreu uma série de transtornos de forma a impactar negativamente a saúde da população, pois a regulamentação do SUS deve ser seguida, a fim de seja assegurado o financiamento do governo federal (SOLHA, 2014, p. 12).

Para além do problema de implantação apontado, o SUS enfrentou outros desafios: o conflito de interesses partidários na medida em que a gestão sofre interferência das

vontades políticas locais; profissionais não comprometidos com seus princípios e diretrizes; falta de estrutura dos municípios; posicionamentos contrários do grupo empresário atuante no mercado de saúde; ausência de gestão voltada para o sistema público; desarticulação da rede; sucateamento; falta de financiamento; pouca participação social no que tange ao controle do sistema; dependência do serviço privado para prestação de serviços de saúde (SOLHA, 2014, p. 12).

Em contraste com esses desafios apontados, com o passar do tempo o sistema público de saúde investiu em estruturação e ampliação, conseguindo, em 2013, atender cerca de 2/3 da população de maneira a conseguir uma avaliação de bom/ótimo de um total de 90% dos atendido (SOLHA, 2014, p. 12).

Hoje, o SUS fornece uma série de serviços que possuem diferentes vertentes sempre com foco na saúde e nos princípios e diretrizes, os quais estão previstos na Lei nº 8.080/90. Cumpre mencionar que esses serviços estão sob a gestão da esfera estadual, federal e municipal de maneira a melhor executar as ações de acordo com as particularidades de cada local (SOLHA, 2014, p. 12)³.

Assim, conforme tratado no tópico 1.1, capítulo 1, a política pública quando aplicada em determinado local, deve considerar as suas particularidades, em especial, a composição dos entes sociais. E, conforme será analisado a seguir, no tópico 3.1, Capítulo 3, no caso da assistência à gestante, a política deve considerar a maneira como aquele seio social se organiza e quais os aspectos históricos dos modelos aplicados ao longo do tempo. E para além desses aspectos, os dados científicos relacionados ao programa delineado são de suma importância para a definição de estratégias de atuação conforme se verá no tópico 2.2.4 do Capítulo 2.

Dessa forma, para que essa estrutura que envolve o Sistema SUS seja possível, é necessária a formulação de diretrizes para conduzir a execução das ações em diferentes temas que regem a vida social, são as chamadas Políticas Públicas. Para que elas sejam elaboradas é necessário que se promova a discussão entre os mais diferentes atores da sociedade: Legislativo, Executivo, representantes da sociedade civil e demais setores produtivos (SOLHA, 2014, p. 71), pois conforme mencionado anteriormente (tópico 1.1, Capítulo 1) as

³ Os serviços que compõem o SUS, por conseguinte, são: instituições de pesquisa, institutos de controle de qualidade, laboratórios de controle de qualidade, laboratórios farmacêuticos oficiais, agências reguladoras, laboratório de análises clínicas, serviços (ou equipamentos) de assistência direta à saúde, bem como escolas técnicas do SUS. Há de se destacar que o SUS age em parceria com as Forças Armadas (Exército, Aeronáutica, Marinha) no que tange ao atendimento das famílias dos militares, bem como em ação de execução de atividades em conjunto perante a sociedade, seja em campanhas contra a dengue, atendimentos em comunidades ribeirinhas, dentre outras ações (SOLHA, 2014, p. 13-15).

políticas públicas são um resultado de posicionamentos de agentes que tem por fim compreender um determinado problema que preocupa a sociedade a fim de implementar medidas.

Diante disso, para cada problema, é criada uma estratégia para combatê-lo, por meio de estruturas. Diante disso, a partir de todas essas influências, as políticas públicas são elaboradas e, no caso do Brasil, ao se estudar o sistema de saúde brasileiro, é possível observar vários pontos históricos marcantes. Dentre eles, é digno de destaque que a partir do século XX começou um movimento ligado ao processo de implementação do SUS, portarias, leis, decretos, dentre outras expressões normativas foram elaboradas (SOLHA, 2014, p. 71). E, para a sua inserção foram pensadas e formuladas políticas voltadas para situações específicas dentre os temas de interesse da saúde brasileira. Dentre os principais, pode-se citar: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM), Política Nacional de Atenção Integral do Homem (PNASIH) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (SOLHA, 2014, p. 72), cada uma delas cuida de uma temática específica e, será dado destaque especial as que tenham ligação com o tema da assistência à gestante e seu bebê⁴.

⁴ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada por meio da portaria nº 2.488/2011 que instituiu a atenção básica e tem como objetivo estruturar a atenção básica a fim de desempenhar o papel de porta de entrada para a rede de atendimento em saúde e ser a principal referência para o usuário (SOLHA, 2014, p. 72).

Ao seu turno, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PHHOSP) foi instituída por meio da portaria nº 3.390/2013, ela tem o papel de estabelecer as diretrizes para que seja possível a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), importa mencionar que elas são aplicáveis tanto para os hospitais privados quanto para os hospitais públicos que tenham por escopo a prestação de serviços no âmbito de atendimento do SUS. Assim, essa política busca humanizar a assistência de maneira a regular o acesso de acordo com a necessidade de acordo com os critérios de urgência/emergência com base no quadro clínico do atendido. Nesse sentido, busca-se aperfeiçoar o atendimento e aumentar sua eficiência e eficácia (SOLHA, 2014, p. 74).

Outra política importante de ser mencionada é a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) por força da portaria nº 1.600/2011, a qual também é responsável por instituir a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. A mencionada rede promove ações de atendimento e prevenção por meio de serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dentre outros estabelecimentos que funcionam pelo período de 24 horas. Ou seja, todos os serviços ofertados devem ter a capacidade de fornecer um atendimento voltado para as emergências e urgências (SOLHA, 2014, p. 75).

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) é regulamentada pela portaria nº 687/2006, a qual “tem entre seus focos de atuação o enfrentamento dos fatores de risco por meio de ações intersetoriais e educação para a saúde” (SOLHA, 2014, p. 75). Há de se destacar que ela atua também por meio da elaboração de estratégias em temas como a alimentação saudável, prática de atividades físicas, prevenção e controle do tabagismo, redução do adoecimento e morte em decorrência do alcoolismo e uso de drogas, bem como acidentes de trânsito. Também há uma preocupação com relação à promoção da cultura de paz e não violência, assim como o conceito de desenvolvimento sustentável (SOLHA, 2014, p. 76).

Uma política que também merece destaque é a que promove o atendimento humanizado, chamada de Política Nacional de Humanização, a qual foi instituída por meio da Portaria nº 2.436/2017 e tem por objetivo colocar em prática os princípios do SUS aplicando-os no processo de agir e de cuidar (BRASIL, 2013, p. 4).

Cada política acima mencionada tem um objeto específico e tem instrumentos estruturantes próprios. Assim, diante das políticas estruturadas no SUS, é importante se aferir que para cada problema público são estruturados e elencados fatores preponderantes que irão guiar todas as ações com vistas a implementar a política no seio da sociedade.

No caso da pesquisa em apreço, é necessário dar especial destaque à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual é fruto de construção histórica. Em um primeiro momento foi instituída Política de Saúde da Mulher (SM). Em 1984, foi promovida a Política de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) que teve por papel ampliar a rede de temáticas intrínsecas abrangidas pela política de maneira apresentar ações referentes ao direito reprodutivo, prevenção ao câncer, dentre outros (SOLHA, 2014, p. 78).

Ademais, é digno de destaque que em grande parte as mulheres morrem em razão de doenças como o câncer, cardiovasculares, pulmonares, endócrinas, entre outras causas. Muitas mulheres também morrem durante o parto e gestação. Outro dado que merece destaque é o de que diversas mulheres morrem vítimas de violência de maneira que entre 2001 e 2011 em torno de 50 mil mulheres foram assassinadas no Brasil. Dentre essa porcentagem, 40% foram assassinadas por homens que compartilhavam de uma situação de intimidade. Ou seja, essa é uma situação que é considerada no âmbito do PAISM para atendimento dessa mulher vítima de violência (SOLHA, 2014, p. 78).

Dessa maneira algumas práticas, dentre elas o acolhimento por meio de escuta qualificada; gestão participativa e cogestão; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; bem como defesa dos usuários são adotadas (BRASIL, 2013, p. 7-12).

De maneira geral, a humanização do atendimento encontra base no tratamento com respeito, escuta individualizada de maneira que o paciente tenha sua dignidade resguardada.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), ao seu turno, tem por diretrizes: promover o envelhecimento saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estimular as ações intersetoriais de maneira a integralizar a atenção; promover recursos para assegurar assistência de qualidade; estimular a participação e ao fortalecimento do controle social; promover a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS; divulgar informações sobre a política; promover a cooperação nacional e internacional; assim como, apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas (SOLHA, 2014, p. 82).

No que tange a elaboração de políticas voltadas para criança e adolescente pode-se afirmar que não há uma exclusiva para essa temática, contudo existem diretrizes que sejam a integralização da atenção, cuidados, etc. Em verdade, o cuidado da criança, no âmbito da saúde, está muito atrelado ao cuidado materno de maneira que as diretrizes que cuidam dessa temática dispõem sobre o cuidado com a criança. No que concerne aos adolescentes pode-se destacar as Diretrizes Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde (SOLHA, 2014, p. 79).

Por conseguinte, pode-se citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que tem por objetivo promover ação de saúde com vistas a aplicar ações no contexto da realidade masculina de maneira a considerar aspectos sociais, culturais e político-econômicos com vistas a aumentar a expectativa de vida e reduzir as taxas de morbimortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 15).

Assim, ante o dado de que muitas mulheres morrem durante o parto e gestação revela-se como necessária a adoção de estratégias e específicas para lidar com esse problema de saúde que assola a sociedade, em especial, as mulheres.

Portanto, diante de tantas políticas que são tratadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) essa pesquisa se delimita a analisar aspectos da política da saúde da mulher de maneira a considerar os aspectos acima demonstrados e a especificar o objeto de análise sob o prisma do período gestacional, do parto e pós-parto por meio da política pública desenvolvida no âmbito da Estratégia Rede Cegonha, conforme será estudado a seguir.

CAPÍTULO II

2.1. Rede Cegonha: uma política pública de saúde de assistência à Gestante

2.1.1. Análise histórica da assistência à gestante no Brasil

A política pública de saúde objeto do presente estudo está inserida no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse ambiente se estrutura, portanto, a Estratégia Rede Cegonha. Porém, antes de analisá-la, far-se-á uma análise de seu surgimento e composição.

A Rede Cegonha é uma política pública de saúde criada e instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, o qual, por sua vez, conforme já visto no tópico 1.3 (Capítulo 1), é regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 de maneira a cumprir o mandamento constitucional de que a saúde é um direito social (art. 6º, CF/88) e é dever do Estado garanti-la (art. 196, CF/88).

Dentre os mais diversos problemas que surgem quando analisamos a temática da saúde da mulher está a mortalidade, em especial, quando se trata da morte de gestantes e seus bebês. Nos anos 80, países de várias partes do globo começaram a traçar estratégias com o objetivo de combater a mortalidade materna. Dentre as principais estratégias dos programas de redução da mortalidade materna se pautavam a prevenção de complicações, identificação e classificação dos riscos, bem como o desenvolvimento de ações em diversos setores (SANTOS, 2013, p. 17).

Em meados da década de 90, embora se verificasse a existência de programas com vistas a diminuir a mortalidade materna, essas eram identificadas como insuficientes. Em razão disso, nos anos 2000, os Estados Membros das Nações Unidas se reuniram por meio de seus líderes com vistas a firmarem um compromisso de cumprir os objetivos do milênio até o ano de 2015, que eram identificados em um total de 08 e dentre eles estava a melhoria da saúde materna. Nesse sentido, objetivava-se diminuir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna entre 1990 e 2015. De maneira geral esse compromisso firmado passou a ser denominado como “Declaração do Milênio” (SANTOS, 2013, p. 17).

No ano de 1990, o Brasil registrava uma taxa de mortalidade materna de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e, em 2007, essa taxa diminuiu para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, mas ainda assim, se via como necessária a adoção de medidas com vistas a diminuir essa taxa (CAVALCANTI, 2013, p. 1298).

Dentre elas, podemos destacar a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento por meio da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, da Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, as quais foram seguidas de outras medidas.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por sua vez, surgiu em cenário que tinha como principal preocupação a diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal e, para atingir esse objetivo elencou-se como principal estratégia a melhoria do acesso e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Assim, o fundamento do programa é promover a humanização da assistência obstétrica e neonatal, a qual é oportunizada por meio do acolhimento digno da mulher, seus familiares e do recém-nascido (BRASIL, 2000, p. 5-6).

Ao seu turno, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher pode ser elencada como consequência de uma construção e reconstrução do papel da mulher na sociedade junto à preocupação de garantir sua saúde.

Importa mencionar, assim, que a temática da saúde da mulher foi inserida como pauta no contexto brasileiro nas primeiras décadas do século XX e tratava apenas da gravidez e do parto. Nesse sentido, os programas estruturados nas décadas de 30, 50 e 70 que eram formulados para as mães e seus bebês eram marcados pelo pensamento da época em que a mulher era vista por meio de uma ótica restrita ao ambiente doméstico, como agente responsável pela educação dos filhos e pelo cuidado do lar. Esses programas não eram executados em rede com relação aos outros programas ofertados pelo governo federal, de maneira que havia um baixo impacto dessas ações em relação à melhoria da saúde da mulher (BRASIL, 2004-b, p. 15).

Assim, conclui-se que a estruturação de medidas governamentais a fim de assegurar a qualidade do atendimento à mulher e a elaboração de ações voltadas para as patologias que as afligem foi fruto de muitas mobilizações e requereu a mudança de pensamento da sociedade.

Um importante mecanismo a fim de conferir uma ruptura com essa linha de pensamento foi a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 que, conforme mencionado no tópico 1.4, teve como principal característica a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços a fim de melhor garantir o direito à saúde da mulher. Esse programa passou por mudanças no cenário de incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) que teve como principal proposta o processo de municipalização e incorporação do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004-b, p. 17).

Contudo, dificuldades foram encontradas a fim de se atingir esse objetivo, de maneira que o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência (NOAS-SUS 01/2001) para melhor sistematizar a gestão do SUS, bem como definir o processo de regionalização e ampliar as responsabilidades dos municípios no que tange à Atenção Básica (BRASIL, 2004-b, p. 17-18).

Assim, em síntese, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como diretriz básica a promoção da saúde da mulher de forma humanizada, orientada de acordo as necessidades da população feminina de maneira a abranger as mais diferentes faixas etárias e os mais diferentes grupos populacionais, ou seja, mulheres negras, indígenas, provenientes de locais urbanos ou rurais, de difícil acesso, presidiárias, que apresentem alguma situação especial, entre outras variantes (BRASIL, 2004-b, p. 63).

Portanto, o modelo de assistência à gestante e seu bebê escolhido pelos gestores é o humanizado e contrasta com os demais modelos de assistência existentes, o tema será objeto de análise detida, no tópico 2.2, do capítulo 2.

Feito um breve resgate histórico, passar-se-á para a análise de alguns aspectos da assistência à gestante no contexto atual.

2.1.2. Análise do contexto da assistência à gestante nos dias atuais no Brasil

Um marco importante para o contexto de humanização da assistência à gestante é o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual se revela como uma medida que surgiu em 2004, em meio à comemoração do Dia Internacional da Mulher, por meio de uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com organizações do setor público e da sociedade civil. Esse programa visava atingir a porcentagem de redução da mortalidade materna e neonatal em 2006 de 15% e de 75% no ano de 2015 (CECATTI; LAUDARI, 2004, p. 11).

Apesar de várias estratégias traçadas para diminuir as taxas de mortalidade, verifica-se, nos termos do Boletim Epidemiológico nº 20/ do Ministério da Saúde de Maio de 2020 que em 2018 a Razão de Taxa de Mortalidade Materna foi de 59,1 para cada 100 mil nascidos vivos e, segundo a análise, esse número está bem acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU).

Importa esclarecer, nesse sentido, que o cálculo da razão da mortalidade materna é realizado conforme a fórmula que se segue:

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério}}{\text{Número de nascidos vivos}^5} \times 100.000$$

Nesse sentir, em análise específica dos dados referentes ao estado do Pará tem-se que ele está muito acima da mencionada taxa nacional, apresentando a razão de mortalidade em 81,4 no ano de 2018. Na tabela a seguir⁶ podem-se observar as razões de mortalidade materna de 2009 a 2018, em comparação com as taxas dos demais estados e também a nível nacional:

Tabela 1: Razão da Mortalidade Materna do ano de 2009 a 2018

Região e UF	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região Norte	84,4	78,4	74,7	73,2	83,8	93,6	76	84,5	88,9	80,8
Rondônia	97,8	83,2	58,3	64,1	94,2	87,7	57,7	56,4	87,3	47,8
Acre	41,4	48,8	33,7	53,9	58,6	46,7	58,9	69,7	48,9	54,4
Amazonas	109,9	119,5	84,6	85	81,6	120,8	78,8	84,7	75,6	108,4
Roraima	125	13,8	67,5	38	74,5	60,4	96,4	52,7	59,6	100,6
Pará	73,2	69,7	73,8	78,9	86,7	96,4	72,9	86,4	107,4	81,4
Amapá	37,6	26,8	53,3	54,1	119,7	66	110,8	141,7	45,5	88,3
Tocantins	97	76,8	112,6	53,3	61,2	60,1	85,6	92,2	96,3	31,6
Região Nordeste	82,5	83,3	77,9	72,7	82,4	77,9	75,3	78	73,2	67,1
Maranhão	109,7	133,7	109,8	96,1	123,8	100,9	116,5	122,2	101,8	90,6
Piauí	100,1	125	107,1	126	130,2	86,8	103,6	108,5	88,6	105,8
Ceará	66,2	70,6	68,4	69,4	74,5	65,3	49,1	63,4	65,7	68,4
Rio Grande do Norte	63,1	36,6	68,6	66	54,5	74,8	68,4	77,2	77,9	58,6
Paraíba	64,9	61,8	61,7	61,5	70,9	63	81,8	99,9	67,8	53,2
Pernambuco	62,1	61,9	57,5	56	64,3	63,4	67,6	58,1	63,3	59,2
Alagoas	34,3	74,4	66,8	56,3	71,6	104,1	59,1	51,9	37,7	49,5
Sergipe	118,6	71,1	83	70,4	67,2	66,9	51,6	55,9	56,1	58,8
Bahia	101,8	87,3	80,6	70	80,6	81	75,4	72,6	76,9	60,8
Região Sudeste	64,4	56	48,7	46,5	50,1	53,9	54,3	55,8	62,3	53,2
Minas Gerais	52,1	50,5	40,3	36,6	47,6	49	47	46,9	45,2	51,2
Espírito Santo	91,3	65,6	60,8	64,4	59,6	109,2	73,1	48,7	71,6	63,9
Rio de Janeiro	93,7	83,6	74,3	80,8	80,3	71,9	67,1	71,6	84,7	61,7
São Paulo	56,6	47,6	42	36,8	39,3	44,2	50,8	54,4	60,6	50
Região Sul	61,1	62,8	50,4	54,5	36,6	41,7	43,7	44,2	38,5	38,2
Paraná	71,7	65,4	52,7	38,4	41,7	41,3	51,7	50,3	31,7	38,4
Santa Catarina	32,2	38,1	30,7	45,4	31,4	30,2	30,9	31,5	40,7	35,1
Rio Grande do Sul	67,3	75,6	60,5	78,3	34,2	49,7	43,4	46	44,5	40,3
Região Centro-Oeste	75,6	77,2	68,2	64,3	62,5	60,2	65,9	67,3	56,9	64,9
Mato Grosso do Sul	126,7	113,8	92,4	73,1	66,7	79,3	88,2	80,1	60,3	84,9
Mato Grosso	85,9	76,9	83,9	58,5	71,6	63,7	82,9	78,5	61,1	58
Goiás	50,7	69,1	50,9	70,5	56,7	53,8	56,6	56,5	56,4	64,7
Distrito Federal	67,3	60,7	61,8	49,4	60,3	51	43,7	64,6	49,4	54,3
Brasil	72,4	68,9	61,8	59,3	62,1	63,8	62	64,4	64,5	59,1

Razão de mortalidade materna, 2009 a 2018

MS, 2020. Boletim Epidemiológico nº 20.

portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Fonte: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 30/05/2021.

É digna de menção, ainda, a informação de que no Brasil no ano de 2009, a porcentagem de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos de idade) era de 55%. No ano de 2018 foi possível observar um aumento dessa porcentagem de

⁵ Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 30/05/2021.

⁶ Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 30/05/2021.

investigação para 91%, de maneira que os dados hoje refletem informações mais próximas da realidade (PORTAL DAS BOAS PRÁTICAS, 2020).

Diante tais de informações apresentadas, verifica-se que tanto no passado quanto nos dias atuais a redução da mortalidade materna se revela como um desafio a ser superado em especial no estado do Pará.

Importa mencionar que a dificuldade de diminuição dos indicadores materno infantil, segundo CALVALCANTI (2013, p. 1299) se dá em razão da insuficiência de financiamento, regulação deficiente do sistema de saúde, fragmentação das ações e serviços, necessidade de organização e altas taxa de medicalização e intervenção no parto, gestação e nascimento de maneira desnecessária.

Esse modelo de assistência tecnocrático e altamente medicalizado, conforme será analisado a seguir (tópico 2.2, capítulo 2), não é o parâmetro que se pauta o Sistema Único de Saúde, contrapondo, portanto, a assistência pautada nos princípios da humanização.

Assim, com vistas a cumprir o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde em geral, o Brasil passou a instituir redes de atenção à Saúde, visto que o País tem problemas de saúde ligados a situações epidemiológicas que têm como característica a existência de doenças parasitárias e infecciosas, dentre outras. Além de situações como obesidade, alcoolismo, tabagismo, alimentação inadequada, as quais necessitam de atendimento em rede para que seja ofertada a assistência mais adequada, organizada e dinâmica (SANTOS, 2013, p. 19).

Nesse sentido, no âmbito de atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde) as redes de atenção exercem papel importante no sentido de ofertar assistência efetiva, eficiente, segura e de qualidade com base em mecanismos tecnológicos, logístico e de gestão pautado na participação ampla da sociedade (MENDES, 2011, p. 81).

Essas redes de atenção, nesse sentido, têm por escopo promover uma maior comunicação entre os agentes responsáveis pela execução da política pública, de maneira que possam agir em conjunto adotando a noção de unidade e universalidade que é um dos princípios do SUS, conforme foi abordado no tópico 1.3 que trata das políticas públicas de saúde instituídas no âmbito do SUS.

Assim, tendo sido analisados alguns aspectos gerais da assistência à gestante no Brasil e demonstrada a sua importância como tema objeto de elaboração de políticas públicas, a seguir será analisada alguns instrumentos normativos que dispõem sobre assuntos envolvendo a Estratégia Rede Cegonha.

2.1.3. Rede Cegonha: instrumentos normativos

Em razão da importância de atuação em rede, foi criada a Estratégia da Rede Cegonha, mais comumente conhecida somente como Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459/2011 com o objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil no Brasil, cumprir os objetivos de desenvolvimento do milênio (metas 04 e 05) por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, assistência ao parto à gestante e à criança.

Diante da instituição da Rede Cegonha, algumas portarias foram emitidas a fim de normatizar algumas questões que regem a temática da assistência à gestante, conforme pode ser observado a seguir:

- a) Em primeiro momento cita-se a portaria que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 1459/2011). É digna de destaque também a portaria nº 2351/2011 que alterou a supramencionada portaria a fim de regulamentar a matéria dos recursos e determinou que o anexo II passaria a vigorar em seus termos dispondo sobre custeio e memória de cálculo de novos investimentos. Em 2013 foi instituída a portaria nº 1020/2013 que trata da organização da atenção básica na gestação de alto risco.
- b) Há de se destacar também a portaria nº 1473/2011 que institui sobre comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social e de especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de atenção à saúde.
- c) Importa mencionar ainda a portaria de consolidação nº 03/2017 que dispõe sobre a consolidação das normas referente às redes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas as diretrizes para a organização da Rede Cegonha e demais normas norteadoras.
- d) Para além da emissão de portarias, também foi aprovada a Lei do Acompanhante por meio da Lei nº 11.108/2005 com vistas a garantir as parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde).

Essa rede de atendimento é uma estratégia de implantação em âmbito nacional e é operacionalizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como fundamento os princípios da assistência e da humanização. Essa estratégia tem método de implantação

gradativo no País de maneira a considerar os aspectos epidemiológicos, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional característicos de cada região do Brasil (BRASIL, 2011, p. 33).

Como mencionado no capítulo 1 que tratou das políticas públicas, é de grande importância a consideração dos aspectos locais da região objeto de implantação de uma estratégia na medida em que o Brasil é um País diverso e vasto e, por conseguinte, cada localidade tem demandas específicas e formas diferentes de organização.

Diante disso, a seguir serão analisados os componentes da Rede Cegonha que figuram como elementos norteadores de atuação em cada localidade em que a estratégia é implantada de maneira a estabelecer comunicação com as demais partes da rede por meio da definição de ações.

2.1.4. Componentes da Rede Cegonha

A Rede Cegonha tem por objetivo promover a assistência humanizada desde o primeiro atendimento da gestante na UBS até os dois primeiros anos de vida da criança. Para cada um desses momentos foi pensada em uma rede que pudesse estruturar esses atendimentos que perpassam desde os centros de assistência até a forma como a gestante irá se deslocar para ter acesso a eles. Esse aspecto será analisado de forma detida com enfoque no município de Santarém no decorrer do Capítulo 3 a partir das falas dos profissionais que atuam na região.

A Rede Cegonha apresenta, por conseguinte, os seguintes componentes básicos: pré-natal; parto e nascimento; sistema logístico, transporte sanitário e regulação; puerpério e atenção integral à saúde da criança (art. 6º, portaria nº 1.459/2011). Ou seja, por meio dessa política, o Estado pretende fornecer uma estrutura de atendimento mais completa possível e com alcance maximizado.

Na tabela a seguir está sistematizada cada ação referente a cada componente mencionado:

Tabela 2: Componente Pré-natal

COMPONENTE PRÉ-NATAL
Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e

vulnerabilidade;
Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
Qualificação do sistema e da gestão da informação;
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à Saúde sexual e à saúde reprodutiva;
Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Fonte: elaborada pela autora com base no art. 7º, inciso I, da portaria nº 1.459/2011.

Tabela 3: Componente Parto e Nascimento

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

Fonte: elaborada pela autora com base no art. 7º, inciso II, da portaria nº 1.459/2011.

Tabela 4: Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA
Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
Busca ativa de crianças vulneráveis;
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

Fonte: elaborada pela autora com base no art. 7º, inciso III, da portaria nº 1.459/2011.

Tabela 5: Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

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

Fonte: elaborada pela autora com base no art. 7º, inciso IV, da portaria nº 1.459/2011.

Importa mencionar que no âmbito do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde com fundamento em evidências científicas conforme as disposições contidas no documento “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” elaborado pela Organização Mundial da Saúde de 1996. Nesse sentido, os procedimentos que não são recomendados pelas organizações de saúde não devem ser implementados sob pena de descumprir os objetivos e princípios de atuação da estratégia.

Por óbvio, a implantação dessa política em âmbito nacional não foi isenta de desafios. O maior deles é o da regionalização, dada às diferenças culturais, estruturais, econômicas e sociais entre as regiões do País, visto que é de saber notório que o Brasil é

permeado pela desigualdade (OLIVEIRA, D. L. L. C. et al. E, 2014). Esse desafio foi antevisto pela comissão organizadora da política pública conforme será observado no item 2.2.4 deste capítulo, contudo, ainda assim, não foi possível evitar a sua ocorrência.

O aspecto das influências locais e particularidades até mesmo dentro de uma região será demonstrado no capítulo 3 ao tratar das especificidades do município de Santarém/PA.

Aliada ao desafio da regionalização há a barreira da forma de assistência, pois nem sempre o modelo de atendimento foi pautado nos princípios da humanização. Desse modo, no tópico a seguir serão analisados os modelos de assistência adotados em diversas regiões do mundo, com enfoque especial para o Brasil a fim de compreender a sua relação com a assistência à gestante e qual o modelo que é o aplicado pela estrutura de atendimento de saúde.

2.2. Modelos de Assistência à Gestante

Para que seja possível a compreensão da assistência humanizada à gestante, é importante que se faça um resgate conceitual e histórico dos principais modelos de assistência, conforme se verá a seguir.

Desde a década de 1980 são realizados debates sobre os modelos de assistência à gestante (PATAH e MALIK, 2011, p. 186). De maneira geral, o modelo aplicado em determinada sociedade reflete as características socioculturais que a regem e que terão o condão de influenciar, por exemplo, o tipo de parto a ser escolhido pela gestante.

O modelo de assistência à gestante tem diversas condicionantes estruturais que abrangem situações relacionadas à remuneração dos profissionais de saúde, maneira de constituição da equipe, local em que o parto ocorre, conflitos de interesses, dentre outros fatores (PATAH e MALIK, 2011, p. 186-187). Todos esses elementos vão dar corpo ao modelo de assistência de determinada localidade e vão influenciar o tipo de parto a ser escolhido e o que pode ser imposto à gestante.

2.2.1. Classificação dos modelos de Assistência à gestante

É importante mencionar que não é aplicado o mesmo modelo de assistência à gestante em todos os países, sendo possível observar vários pontos peculiares a depender do local que se estuda. De maneira a classificar essas formas de assistência em grupos, o estudioso Wagner (2001, p. S26), propôs uma classificação pautada no critério da medicalização que será exposta a seguir.

- a) Em um primeiro momento é apresentado um modelo altamente medicalizado em que suas práticas são pautadas no uso de muita tecnologia e pouca participação dos profissionais obstétricos, esse modelo tem grande incidência nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil (WAGNER, 2001, p. S26).
- b) Também há classificação de um modelo menos medicalizado, também denominado de humanizado, com maior participação dos profissionais de assistência ao parto e com menor taxa de intervenção, tal modelo pode ser observado em países como a Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos (WAGNER, 2001, p. S26).
- c) Por fim, há de se mencionar um modelo intermediário aos citados, que é característico de países como a Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália em que o nível de emprego de medicalização é médio (WAGNER, 2001, p. S26).

No Brasil, portanto, vigora um modelo altamente medicalizado em que o parto é visto como evento médico ou tecnológico em que a gestante desempenha o papel de paciente e o médico é o responsável pela execução do parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004, p. S52).

Nesse cenário, a imposição de intervenções para além da real necessidade configura em violência institucional marcada principalmente pela violência obstétrica. Importa mencionar que violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o ato de submeter outra pessoa a sofrimentos e dor que são evitáveis.

Nesse cenário, é relevante destacar um importante diploma normativo de caráter internacional que visa à proteção da mulher no contexto da violência denominado de Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecido como “Convenção de Belém do Pará”, a qual traz em seu art. 1º a compreensão da violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Quando se analisa o conceito de violência contra a mulher no contexto da violência obstétrica, verifica-se que ela ocorre exatamente no momento em que deveria ser realizada a assistência humanizada (GOMES, A. M.; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2014). E, nesse sentido, é importante resgatar a informação de que no Brasil vigora um modelo de assistência pautado em intervenções e tal fato em muito contradiz com o disposto pela política de humanização, bem como pela Rede Cegonha.

Diante disso, intervenções como a realização de episiotomia⁷, manobra de Kristeler⁸, utilização de fórceps (instrumento cirúrgico que auxilia na abertura do canal vaginal para a passagem do bebê), dentre outras forma que tornam o parto altamente medicalizado, configuram violência obstétrica.

Assim, diante dos conceitos analisados, a violência obstétrica, se revela como uma barreira para a concretização de uma assistência humanizada, a qual pode ser conceituada como a violência cometida por um profissional de saúde contra a gestante durante a gestação, parto e período imediatamente após o parto. Também pode ser compreendida como uma violência que “caracteriza-se como abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde” (DOS SANTOS, 2016).

Por conseguinte, a violência obstétrica e as desigualdades regionais se revelam como grandes obstáculos para a concretização da assistência humanizada (OLIVEIRA, D. L. L. C. et al, 2014). E tal fato surte efeitos em relação à implantação da estrutura da Rede Cegonha, conforme será observado no tópico seguinte.

Assim, a utilização de procedimentos desnecessários que causem dor ou desconforto à gestante está inserida no contexto caracterizador de violência obstétrica na medida em tem grande potencial de causar sofrimentos (MARTINS, 2019, p. 415).

Em contraposição com ao modelo humanizado está a violência obstétrica (GOMES, A. M.; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) que, conforme mencionado, atua por meio da infringência de dor além da que seria necessária para a realização do parto, em um contexto de alta medicalização e aplicação de métodos não indicados por organizações de saúde.

E para compreender de que maneira o Brasil lida com essa problemática é importante compreender de que maneira está estruturada a assistência no País, conforme será analisado a seguir.

⁷ “é uma das intervenções mais utilizadas na assistência ao parto, sendo esta, uma incisão cirúrgica na região da vulva, realizada no momento de expulsão do concepto, classificada de acordo com a sua localização, podendo ser lateral, médio lateral e mediana” (DA SILVA, 2018, p. 1.047).

⁸ É uma “manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, empurrando o feto em direção à pelve. São usadas as mãos, braços, antebraço, joelho, e em casos mais contraditórios as pessoas sobem em cima do abdômen da parturiente, podendo em casos mais graves causar lesões dos órgãos internos, hemorragias, além de ser um descaso com a integridade física da gestante” (FERREIRA; DA COSTA e ANDRADE, 2018, p. 2).

2.2.2. Assistência à gestante no Brasil

A assistência obstétrica no sistema de saúde brasileiro pode ser dividida em duas faces bem distintas: a pública e a privada. A privada tem como principal característica a relação mais próxima entre o médico e a paciente, visto que esse irá, na grande maioria das vezes, acompanhá-la desde o pré-natal até o momento da realização do parto. Apesar desse ponto positivo, o profissional obstetra tem outras ocupações, por vezes, no sistema público de saúde, em instituições de ensino desenvolvendo atividades de pesquisa, outros atendimentos, que tornam ainda mais curto o tempo para a realização de um parto normal/natural, de maneira que é favorecida a decisão pela realização da operação cesariana, em especial, a eletiva, como uma forma de a gestante garantir que será atendida por aquele médico específico que já a acompanha (PATAH e MALIK, 2011, p. 191).

Por outro lado, no sistema público de saúde, que atende a maioria da população brasileira, pode-se observar a desvinculação entre o profissional que atende a gestante no pré-natal e o que de fato realiza o atendimento de auxílio ao parto. Diante da ausência de informações sobre gestações anteriores e a atual de maneira mais profunda, contribui para a realização de cesárias, visto que não há uma relação profunda entre o profissional e a paciente pela falta de conhecimento prévio (PATAH e MALIK, 2011, p. 191).

Nesse sentido, conforme acima mencionado, no Brasil, vigora o sistema de assistência em que a gestante é tratada como paciente e tem como um evento tecnológico ou médico em que o profissional o executa, em especial, em ambiente hospitalar (PATAH e MALIK, 2011, p. 190). Insta destacar que, a realização de cesárias, que é uma intervenção médica, é muito mais frequente em ambientes que segue a dinâmica da cobertura de plano de saúde em âmbito privado. Contudo, as altas taxas são visualizadas tanto no sistema privado quanto no público.

Ademais, segundo dados informados na Revista de Pesquisa FAPESP (2018, p. 42), de 1970 aos dias atuais o Brasil dobrou a proporção de realização de partos cirúrgicos e as taxas não mais baixaram. A taxa percentual de cesariana atinge o alto índice de 82% dos partos que são pagos em convênios médicos e 30% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Insta destacar que no sistema privado são atendidas em média 14 milhões de brasileiras com idade entre 10 e 49 anos, enquanto no sistema público de saúde são atendidas em média 58 milhões de mulheres.

Há de se destacar que até 1980 o governo brasileiro pagava mais pela realização do parto cesariano em detrimento do normal, a fim de diminuir a taxa de realização de cesárias esse valor foi diminuído e, em 2018, o setor público chegou a pagar R\$ 317,39

(trezentos e dezessete reais e trinta e nove centavos) pela realização do parto normal e R\$ 443,68 (quatrocentos e quarenta e três reais e sessenta e oito centavos) pela realização do parto cesariano, importa mencionar que tal medida não foi muito eficiente para reduzir o número de operações cesarianas (ZORZETTO, 2018, p. 42).

É digno de destaque o fato de que dentre as mais variadas razões para a prevalência das altas taxas de realização de parto com o auxílio da operação cesariana está a chamada obstetrícia defensiva, em que o médico tem mais autonomia de atuação ao realizar a intervenção, pois em caso de alguma intercorrência, os familiares acreditam que o profissional utilizou da “melhor” técnica possível, quando, em verdade, a gestante que se submete a esse procedimento, muitas vezes, desconhece os reais riscos da realização da operação cesariana (ZORZETTO, 2018, p. 43).

E, portanto, essa forma de atuação do médico obstetra tem como principal motivação a insegurança para a realização do parto normal. Por outro lado, muitos médicos afirmam que as paciente têm medo de passar por um parto normal e por isso optam pela realização da cirurgia, contudo, segundo Faúndes (ZORZETTO, 2018, p. 44), essa situação de receio da dor não passa de um palpite médico, visto que ele coordenou um estudo com 656 mulheres que haviam passado pela experiência de mais de um parto em hospital público no interior de São Paulo e Recife (Pernambuco) e nove a cada dez mulheres afirmaram a preferência pela via normal, pois, segundo elas, a dor era menos intensa no parto normal em comparação ao realizado por meio da cirurgia cesariana em razão do pós-operatório (ZORZETTO, 2018, p. 44).

De maneira geral, a Revista de Pesquisa FAPESP- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2018, p. 44) apresenta que a cada minuto são realizadas três cesarianas no Brasil, duas no sistema público e uma em convênio privado. Ademais, em um ano são realizados 864 mil partos cirúrgicos que equivalem a 40% do total de partos. E, por fim, importa mencionar que 65% das cesarianas realizadas são desnecessárias e uma em cada mil mulheres que se submete a essa cirurgia morre.

Nesse mesmo sentido, de acordo com as informações apresentadas no protocolo que prevê as Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana⁹, o Brasil, nos últimos anos, tem vivenciado uma situação em que houve uma mudança no padrão de nascimento e, como demonstrada acima, as taxas de operação cesariana cresceram tanto no sistema público quanto privado. Nesse sentido, há de se verificar a imprescindibilidade do procedimento e a

⁹ Portaria nº 306, de 28 de março de 2016 dispõe sobre as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

existência de indicações médicas, pois a operação cesariana é um mecanismo que pode ajudar a salvar vidas, contudo se realizada sem justificativa pode conferir riscos desnecessários, sem a observação de um evidente benefício (BRASIL, 2016, p. 4).

Nesse contexto, contrariando os números apresentados pelo Brasil em relação às taxas de cesarianas, a OMS (Organização Mundial da Saúde) sugere que taxas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (BRASIL, 2016, p. 8).

É importante observar que essa taxa não é absoluta para todos os países, pois existem diversos fatores que podem influenciar a elaboração dessa média geral, dentre eles, as características demográficas, clínicas, obstétricas das mulheres, o modelo de atenção obstétrica, dentre outros. Nesse sentido, a OMS elaborou uma ferramenta que se adequasse à população obstétrica. Essa ferramenta foi feita a partir da coleta de informações de 10 milhões de nascimentos em mais de 43 países (dentre eles, o Brasil). O modelo de dados da Pesquisa Nacer no Brasil se pauta nessa ferramenta e chegou à conclusão de que a porcentagem no Brasil seria em torno de 25% e 30% (BRASIL, 2016, p. 17).

No Brasil, contudo, o que se verifica é a existência de epidemia de operações cesarianas na medida em que a cada ano são realizadas em média 1,6 milhões de cesarianas (BRASIL, 2016, p. 16).

Diante de tantas informações, resta claro que nem sempre as intervenções, como no caso da cesariana, são extremamente necessárias ou minimamente necessárias para que se configure um parto bem sucedido de maneira a garantir a saúde da mãe e do bebê.

E, conforme se verificou no tópico 2.2.1 deste capítulo, o uso excessivo de intervenções médicas é derivado do modelo de assistência pautado em altos níveis de medicalização. Assim, como resultado desse modelo tecnocrático, temos a violência obstétrica. Portanto, o ato de submeter a gestante a procedimentos desnecessários configura em violência obstétrica e contradiz o modelo de assistência humanizada, a qual será objeto de estudo no tópico 2.2.3 deste capítulo.

Importa resgatar e esclarecer, nesse momento que a violência obstétrica não é expressa somente por meio da realização de procedimentos desnecessários, mas também através da violência psicológica por meio da expressão de xigamentos à gestante, bem como restrição aos seus direitos, por exemplo, o da presença do acompanhante.

Convém adiantar, nesse contexto, que a assistência humanizada à gestante está intimamente interligada ao direito à dignidade da pessoa humana. E, nesse cenário, a

Estratégia Rede Cegonha apresenta grande papel na medida em que essa política visa ampliar e melhorar as condições de atendimento às gestantes e ao seu bebê (SANTOS, 2013).

É importante mencionar, nesse cenário, que a estrutura da Rede Cegonha tem como finalidade intrínseca proporcionar uma assistência humanizada. E para isso diversas ações foram pensadas com vistas a atingir os objetivos dessa política pública e, por conseguinte, foram elaboradas uma série de protocolos.

Os protocolos foram instituídos a fim de tratar de temáticas específicas no contexto de atuação da Estratégia Rede Cegonha e são os seguintes: Boas Práticas ao Parto e Nascimento; Manual de Orientação para o Transporte Neonatal; Gestação de Alto Risco – Manual Técnico; Atenção ao Pré-natal de baixo risco- Cadernos de Atenção Básica nº 32; Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia; Atenção às mulheres com Gestação de Anencefálos- Norma Técnica; Checklist do Parto Seguro; Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal; Diretriz de Atenção à gestante- Operação Cesariana; Diretriz de estimulativo precoce; Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência Microcefálica; Protocolo de atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido; Caderneta da Gestante.

Ou seja, todos esses protocolos têm por objeto orientar os profissionais a atuarem nas mais variadas situações restando claro que eles privilegiam a adoção do modelo de assistência humanizada com o menor número de intervenções possíveis a depender do caso concreto.

Contudo, no Brasil, ainda resta evidenciada a alta medicalização da assistência à gestante, a qual é permeada pela realização de operações cesarianas, mostra-se como imprescindível, por conseguinte, a qualificação da atenção à gestante de maneira que ela seja informada sobre os eventuais riscos e benefícios e essa informação seja fruto de um entendimento compartilhado com a equipe de atendimento (BRASIL, 2016, p. 04).

Exatamente com a finalidade de qualificação da atenção à gestante foram criadas as Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana, protocolo esse que deve ser aplicado em conjunto com as Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal (BRASIL, 2016, p. 04).

Ademais, as diretrizes têm também o objetivo de melhor orientar os profissionais de saúde, bem como a população acerca das melhores práticas com o auxílio de embasamento em evidências científicas, pois há muita divergência, no Brasil, acerca dos casos em que seriam indicadas as operações cesarianas (BRASIL, 2016, p. 08).

Dessa forma, a realização de procedimentos de intervenção não é a regra, mas a exceção, devendo ser aplicada apenas nos casos de indicação médica pautada em evidências científicas. E todas essas medidas visam reduzir as taxas de intervenções desnecessárias.

No entanto, mesmo diante de tantos instrumentos elaborados com vistas a reduzir o número de intervenções, é fato que as Diretrizes de Atenção à Gestante no parto normal nasceram em um contexto de excessos de intervenções que desconsideram os aspectos emocionais, humanos e culturais que envolvem o parto.

Desse modo, essas diretrizes têm por objetivo orientar as práticas de cuidado e assistência que visam à utilização de intervenções médicas no parto apenas em situações de extrema necessidade e não como rotina de atendimento (BRASIL, 2016, p. 4-5).

Em verdade, a assistência humanizada se contrapõe ao modelo tecnocrático de assistência e é o pilar que estrutura toda a logística de atuação dos agentes que promovem essa política pública.

Nesse cenário, o termo humanização da assistência à gestante está atrelado à ideia de que a gestante é protagonista do parto e deve ter sua individualidade, crenças e desejos respeitados, em especial, no momento do parto (ANDRADE e LIMA, 2014).

Diante do exposto, resta evidente que apesar de o Brasil ter um contexto de assistência marcado pela intervenção da assistência à gestante com altas taxas de medicalização, existem instrumentos que pretendem modificar esse cenário em busca de uma assistência humanizada em que a gestante seja protagonista de seu parto. Portanto, a seguir esse modelo será exposto com mais detalhes.

2.2.3. Modelo de Assistência Humanizada

Dessa maneira, em contraste com um sistema essencialmente tecnocrático temos um sistema pautado na assistência humanizada. Em primeiro momento é importante que se compreenda o conceito de humanização no contexto da assistência obstétrica que se refere ao conhecimento, práticas e atitudes adotadas na assistência de maneira a promover um parto e nascimento saudáveis com vistas a prevenir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011b, p. 09).

Assim, a melhoria das práticas de assistência tem o objetivo não somente de humanizar o atendimento e garantir a dignidade dos assistidos, mas também promover a redução da morte materna e do bebê.

Importa mencionar, por conseguinte, que de forma mais ampla a assistência humanizada é um dos pilares da prestação do serviço público de saúde e foi formalmente instituída como política pública desde 2003, que teve por objetivo impulsionar mudança na forma de cuidar no serviço de saúde (HORTA, 2012, p. 40). Conforme acima mencionado, a partir do ano de 2000, no Brasil, iniciou-se um processo de inserção da humanização como

política nacional que surgiram por experiências de coletivos. E, na XI Conferência Nacional de Saúde uma série de programas foi apontada como essenciais: Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, Programa de Humanização do Pré-Natal ao Nascimento, o método mamãe canguru, estratégias de acreditação hospitalar, dentre outros. Portanto, nesse primeiro momento, a assistência humanizada estava inserida como um ponto de preocupação principalmente com relação à saúde da mulher e da criança e assistência hospitalar de maneira a prezar por uma assistência de qualidade (HORTA, 2012, p. 44).

Alguns desses métodos, inclusive, são mencionados por profissionais entrevistados que atuam no Hospital Municipal de Santarém/PA, conforme será exposto no último capítulo, como forma de demonstrar a importância desses métodos para a assistência humanizada.

Insta delinear e relembrar, nesse momento, que as principais características do modelo tecnocrático se pautam na ideia de utilização acrítica das mais diversas tecnologias, foco da atenção no corpo, institucionalização do parto e aplicação de inúmeras intervenções que, em muitos casos, são desnecessárias de maneira a atender as conveniências dos profissionais, de forma a evidenciar as altas taxas de cesarianas, episiotomia, uso de ocitocina sintética, dentre outras intervenções (BRASIL, 2011b, p. 09).

Assim, em contraposição a esse modelo, encontra-se o supramencionado modelo de assistência humanista em que há preferência pelo bem-estar da parturiente e do bebê. Um dos principais aspectos é o respeito pelo processo fisiológicos e psicológicos dos envolvidos. Deve ser levado em consideração, portanto, os aspectos socioculturais que envolvem os agentes. Pauta-se também no uso da tecnologia de forma apropriada e fundamentada em evidências científicas (BRASIL, 2011b, p. 10).

Desta forma, o parto não mais é visto como um evento médico e tecnológico, mas social de maneira a integrar a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres respeitando o universo singular da mulher e daquela experiência tão simbólica e cheia de significados para os envolvidos (BRASIL, 2011b, p. 10).

Portanto, a gestante é vista como a protagonista do seu parto e os profissionais de saúde são vistos como coadjuvantes que estão ali para auxiliá-la a desempenhar o seu papel e ampará-la em um momento que, por vezes, é permeado pelo medo e com a ajuda dos profissionais se torna um momento em que esse medo é minimizado. Assim, nesse modelo, o profissional tem um importante papel de ajudar a revelar um novo ser ao mundo por meios humanizados (BRASIL, 2011b, p. 10).

Nesse sentido, percebe-se que a principal preocupação da assistência humanizada é colocar no foco das ações o ser humano e como consequência dessa valorização e qualificação do atendimento os demais fatores que decorrem do atendimento no parto serão melhorados, diminuindo, por exemplo, as taxas de mortalidade e melhorando a qualidade de vida da gestante e do bebê.

Tendo sido perpassados os temas que são fundamentais para a compreensão da dinâmica da estratégia Rede Cegonha, é importante que passemos à sistematização desse conhecimento a fim de observá-la sob a ótica das políticas públicas nas ciências jurídicas.

2.2.4. Análise da Estratégia Rede Cegonha como política pública sob a ótica do Direito

Em primeiro momento, é digno de destaque que no tópico 1.2, Capítulo 1, a autora Maria Paula Dallari Bucci (2019) elaborou um roteiro de informações fundamentais para estruturação do estudo de uma política pública no campo do direito e, cumpre ressaltar que ela afirma ser difícil aplicar essa forma de análise às políticas não institucionalizadas. Contudo, na pesquisa em apreço, isso não se revela um problema, pois a rede cegonha é uma política pública já consolidada, portanto, o mencionado quadro constante no mencionado tópico é perfeitamente aplicável ao objeto da pesquisa em desenvolvimento.

Diante disso, é importante apontar que o nome oficial do programa em análise é Estratégia Rede Cegonha, comumente conhecido de maneira simplificada como Rede Cegonha, ele foi lançado pelo governo federal no ano de 2011 e é instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em primeiro momento é importante apontar que a principal fonte de estruturação legislativa dessa política pública é a Portaria nº 1.459/2011, nela estão estruturados seus principais aspectos e organização de funcionamento. Conforme apontado no tópico 2.1.3 localizado no capítulo 2.

O programa é pautado na ideia de gestão descentralizada de maneira que os estados, municípios e a União são responsáveis pela operacionalização da Rede Cegonha (art. 9º, portaria nº 1.459/2011).

Assim, a União, por meio do Ministério da Saúde, será responsável pelo financiamento, apoio à implementação, monitoramento e avaliação da rede cegonha em todo o território nacional. Os estados, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, devem também apoiar a implementação da estratégia, financiá-la, coordenar o grupo condutor estadual da rede cegonha, contratualizar os pontos que estão sob sua gestão, bem como

monitorar e avaliar a política em âmbito regional. Por fim, aos municípios, através da Secretaria Municipal de Saúde, cabe a implementação da rede em sua localidade, coordenar o grupo condutor municipal da Rede Cegonha, financiá-la, contratualizar os pontos sob sua gestão, monitorar e avaliar a estratégia em âmbito municipal.

Dessa forma, há a atuação de todos os entes em mais diversos entes a fim de melhor aplicar a política pública de acordo com a dinâmica de cada localidade. Portanto, resta claro que a estratégia rede Cegonha é financiada por meio de recursos da União, estados, distrito federal e municípios (art. 10º, da portaria nº 1.459/2011). Assim, para cada componente mencionado no tópico 2.1.4 do Capítulo, são destinados recursos específicos mencionados na portaria nº 1.459/2011.

Importa mencionar que a Estratégia Rede Cegonha é operacionalizada por meio da execução em cinco fases: adesão e diagnóstico, desenho regional da rede cegonha, contratualização dos pontos de atenção e certificação, conforme prevê o art. 8º, da portaria nº 1.459/2011.

Assim, em um primeiro momento (FASE 01) é realizada a apresentação da rede no estado, município e distrito federal. No mesmo contexto é oportunizada a realização e análise da matriz diagnóstica que trata dos indicadores de mortalidade e morbidade, de gestão, de atenção, capacidade hospitalar e de gestão conforme anexo I da portaria nº 1.459/2011. Posteriormente, é homologada a região inicial de implementação da estratégia. E por fim, são instituídos os grupos condutores que são formados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), contando com o apoio institucional do Ministério da Saúde e eles serão responsáveis pela avaliação e monitoramento da política.

Por conseguinte, a fase 02 consiste no desenho regional da rede cegonha, o qual é realizado pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. Nesse momento são apresentados dados demográficos e epidemiológicos de maneira a dimensionar a demanda assistencial. Após, é realizada a pactuação do desenho da Rede Cegonha junto ao Colegiado de Gestão Regional e CGSES/DF. Ademais, é elaborada a proposta de Plano de Ação Regional a partir dos dados apresentados de maneira a repartir as atribuições de cada ente e definir as responsabilidades quanto aos recursos. O desenho regional conta também com a realização de Fóruns para a construção de espaços coletivos plurais a fim de permitir a participação dos cidadãos na construção, acompanhamento e implementação do programa.

Nesse sentido, é possível identificar que para além dos agentes governamentais, há a possibilidade de atuação e participação de agentes não-governamentais por meio de uma gestão participativa.

A fase 03 é responsável pela Contratualização dos Pontos de Atenção por meio da elaboração do desenho da rede cegonha no município de maneira que ela é realizada através de cada um dos entes citados a fim com base nas responsabilidades definidas. Ademais, nesse momento é instituído o grupo condutor municipal.

Na fase 04 é realizada a qualificação dos componentes por meio da realização de ações de atenção à saúde definidas para os componentes e por meio do cumprimento de metas que são acompanhadas por meio dos indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

Por fim, na fase 05 é realizada a certificação anualmente concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS sob a condição de realização das ações referente à qualificação dos componentes.

Cumprir mencionar, assim, que a estruturação da estratégia, que perpassa por todas as mencionadas fases, é fundamental para que se alcance o público alvo: assistência das gestantes e das crianças, assim como todos os profissionais responsáveis por concretizar o atendimento.

Portanto, em cada uma das esferas (União, estados, distrito federal e municípios) será responsável por realizar o funcionamento dessa política, de acordo com os seus respectivos planos de atuação.

Diante disso, esse estudo se propõe a investigar se de fato a assistência humanizada subsiste no cenário fático da cidade de Santarém, a qual está localizada na região oeste do Pará, na região Norte do Brasil. Assim, a investigação sobre como se está estruturada a política pública da Rede Cegonha no contexto santareno é importante para se verificar como a assistência à gestante está sendo tratada e de que forma ela serve de instrumento ou não para o combate da violência institucional sob a forma da violência obstétrica e para a prática de uma assistência humanizada.

Nesse sentir, no próximo e último capítulo abordado será realizada uma análise sobre a estrutura da Estratégia Rede Cegonha no município de Santarém por meio de entrevista dos gestores e profissionais atuantes na área de saúde que trata da assistência à gestante, bem como por meio de dados coletados junto ao Ministério Público do Estado no município de Santarém.

CAPÍTULO III

3.1. Contextualização da estratégia Rede Cegonha no Município de Santarém

Neste último e conclusivo capítulo se pretende analisar a estratégia Rede Cegonha no município de Santarém. Em primeiro momento, portanto, é importante que se compreenda a forma como está organizado o componente da saúde no estado do Pará.

Em nível nacional, temos o Ministério da Saúde que está vinculado ao Governo Federal do Brasil e tem como missão a promoção da saúde e bem-estar a toda população por meio da formulação de políticas públicas com fundamento nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Sua estrutura regimental está definida no decreto nº 9.795/2019, com alterações promovidas pelo decreto nº 31/05/2019 e decreto nº 10.477/2020¹⁰.

Em nível estadual se pode observar a existência da Secretaria Estadual de Saúde vinculada ao Governo do Estado. No estado do Pará, ela é denominada de SESPA (Secretaria de Estado da Saúde do Pará) e tem como função a execução de políticas públicas estaduais de saúde orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. A SESPA tem atuação em todo o estado e se organiza por meio de 13 Centros Regionais de Saúde de maneira a acompanhar e assessorar as ações de saúde nos municípios¹¹.

Dentre esses Centros Regionais de Saúde, temos a 9ª C. Regional de Saúde que abrange os seguintes municípios: Santarém, Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Juruti, Jacareacanga, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Placas, Rurópolis, Terra Santa e Trairão.

No município de Santarém há a Secretaria Municipal de Saúde vinculada ao governo municipal, a qual trata das questões relacionadas à saúde do município. O município de Santarém, nesse sentido, está localizado na região do baixo amazonas no oeste do Estado do Pará e tem uma extensão territorial de 17.898,389 km² e número de habitantes de aproximadamente 306.480 pessoas (IBGE, 2020), com uma densidade demográfica de 12,87 hab/km² (IBGE, 2010)¹².

Recentemente, no ano de 2019 foi emitida portaria de nº 2.486/2019 a fim de aprovar o componente de Parto e Nascimento de Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, para, além disso, ela previu a disponibilização de recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021.

¹¹ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ (SESPA), 2021.

¹² IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). IBGE CIDADES. MUNICÍPIOS DE SANTARÉM/PA, 2021.

e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado do Pará.

Diante disso, verifica-se que o município de Santarém/PA está integrado na estrutura da estratégia Rede Cegonha, nesse sentido, a presente pesquisa nos tópicos seguintes irá abordar os dados coletados acerca da estrutura da estratégia da rede no município de Santarém/PA a fim de analisar como a assistência à gestante é realizada.

3.2. Levantamento de dados junto ao MPPA (Ministério Público do Estado do Pará no Município de Santarém)

O controle e a análise das políticas públicas dependem da atuação de diversos atores da sociedade. Existem os profissionais que atuam na promoção da política pública e existem os agentes que promovem o debate sobre os reais efeitos dessa política pública no meio social.

E conforme apresentado no Capítulo 1, tópico 1.3, que trata das políticas públicas de saúde, O SUS tem como um de seus princípios norteadores a participação e o controle social a fim de que seja oportunizada a democracia e participação ativa.

Diante disso, esse estudo promove a análise da atuação do Ministério Público do Estado do Pará, mais especificamente, no município de Santarém/PA, na qualidade de ator de controle e de representação dos interesses da sociedade, a fim de averiguar quais informações estão colacionadas em seus dados internos e que são importantes para a compreensão da política pública analisada nessa pesquisa: a Rede Cegonha.

Assim, foi possível identificar, de maneira inicial, a existência de dois procedimentos administrativos que estão sendo acompanhados pela 8ª Promotoria de Justiça de Santarém: a) Procedimento administrativo nº 002071-031/2021 e b) Procedimento Administrativo SIMP nº 009848-031/2018.

a) Procedimento administrativo nº 002071-031/2021

O procedimento administrativo nº 002071-031/2021 é o mais recente e trata do assunto da mortalidade materno-infantil, foi dado entrada em 11/03/2021 e tem a autuação de 11/03/2021, apresenta como polo ativo da demanda a 8ª Promotoria de Justiça de Santarém/MPPA/Coletividade e como polo passivo as prefeituras de Santarém, Belterra, Mojuí dos Campos/SEMSAS de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos.

O mencionado procedimento foi instaurado por meio da Portaria nº 06/2021-MPPA/STM/8ª PJ com a finalidade de acompanhar e fiscalizar o combate à mortalidade

materno-infantil no âmbito dos municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos. Ele está instruído por meio de ofícios de comunicação entre os órgãos de controle de saúde com vistas a oportunizar a análise de dados relacionados à mortalidade materno-infantil.

Na p. 7, consta o Boletim Epidemiológico do Mês de Janeiro de 2019 de maneira que há os seguintes dados apresentados na p. 8: a) nº de declarações de óbitos preenchidas: 84; b) nº de declarações de nascido vivo preenchidas: 322; c) nº de óbitos em domicílio: 10; d) nº de investigação de óbito fetal: 07; e) nº de investigação de óbito infantil: 06; f) nº investigação de óbito materna: 00; g) nº de investigação de mulher em idade fértil: 02;

Diante disso, foram solicitados dados, por meio de ofício, sobre as razões dos óbitos das parturientes e de Recém-nascidos ou não nascidos por meio do ofício nº 660/2019-MPPA/STM/8º PJ. Em resposta a SEMSA informou que seriam encaminhadas as fichas de investigação de óbito infantil e fetal relacionadas aos dados do mês de janeiro de 2019. A seguir será demonstrada em tabela a sistematização das informações prestadas pela SEMSA:

Tabela 06¹³: Tipos de Parto e Causa de morte neonatal.

CASO	DATA DO NASCIMENTO	TIPO DE PARTO	CAUSA DA MORTE
Caso 01	09/01/2019	Cesária	Prematuridade/Sepse Neonatal/Choque Séptico/Hipertensão
Caso 02	11/01/2019	Vaginal	Síndrome do Desconforto Respiratório/Baixo Peso/Prematuridade Extrema
Caso 03	15/01/2019	Cesária	Choque Séptico/Sepse Neonatal/Síndrome de Aspiração Meconial na formação do Crânio Facial.
Caso 04	18/01/2019	Vaginal	Choque séptico/Sepse Neonatal/Prematuridade
Caso 05	30/11/2018	Não informada	Choque não especificado/Hidrocefalia

¹³ Fonte: informações contidas no procedimento administrativo nº 002071-031/2021.

			não especificada
Caso 06	24/01/2019	Cesária	Hidrocefalia/Anencefalia
Caso 07	01/01/2019	Cesária	Óbito fetal intrauterino/Sífilis na gestação
Caso 08	09/01/2019	Vaginal	Óbito Fetal intrauterino
Caso 09	15/01/2019	Vaginal	Anóxia fetal uterina/Insuficiência placentária e DMFG.
Caso 10	16/01/2019	Vaginal	Sufrimento fetal- ascite e derrame fetal/pré-eclâmpsia grave.
Caso 11	11/01/2019	Cesária	Anóxia-fetal/Oligodrâmento/Mal formações
Caso 12	29/01/2019	Vaginal	Nati-morto/Causa desconhecida
Caso 13	30/01/2019	Vaginal	Indeterminada

Analisados os dados, o órgão ministerial oficiou o Ministério da Saúde¹⁴, a SEMSA¹⁵ e a Coordenação da Divisão Estadual da vigilância¹⁶ e saúde sanitária a fim de que eles repassem as medidas adotadas pelos órgãos de saúde local para minorar os óbitos referenciados nos dados fornecidos. Na oportunidade também a SEMSA foi instada a prestar informações atualizadas, visto que o Boletim epidemiológico fornecido data de janeiro de 2019.

Ademais, a SEMSA enviou ao MPPA convite para participar de reunião do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil. Na oportunidade durante reunião realizada em 26/07/2019 (ata de p. 56 do procedimento), foi solicitada a participação do Projeto Nascer em Santarém nas demais reuniões do Comitê. Em síntese, o Comitê tem por objetivo analisar os óbitos na região e oportunizar a elaboração de propostas de intervenção, bem como a capacitação dos profissionais da atenção básica e hospitalar. Por fim, o último

¹⁴ Ofício nº 0633/2020-MPPA/STM/8º PJ

¹⁵ Ofício nº 0664/2020-MPPA/STM/8º PJ

¹⁶ Ofício nº 665/2020-MPPA/STM/8º PJ

documento instruindo o procedimento é o pedido de informação desta pesquisa sobre os dados de seu conteúdo instrutório.

Observa-se, portanto, que os dados precisam ser atualizados e, diante disso, por meio do acesso ao banco de dados do portal do DATASUS foi possível obter as seguintes informações atualizadas:

Tabela 07: Número de óbitos fetais- anos de 2020 a 2016

Santarém		
Óbitos Fetais		
2020	74 (por residência)	83 (por ocorrência)¹⁷
2019	88 (por residência)	105 (por ocorrência)
2018	86 (por residência)	102 (por ocorrência)
2017	92 (por residência)	107 (por ocorrência)
2016	90 (por residência)	106 (por ocorrência)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 08: Número de óbitos fetais- anos de 2019 a 2016

Santarém	
Óbitos Maternos – Gravidez parto e puerpério	
2019	11
2018	09
2017	06
2016	04

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em razão de serem dados objetivos, o órgão ministerial busca por meio da instrução do procedimento verificar as causas desses óbitos para verificar junto aos órgãos de prestação de serviços de saúde a adoção de medidas para minorá-los.

Importa mencionar que nas fichas de investigação de óbito infantil e fetal não há um campo que fale especificamente sobre violência obstétrica, assim como não há na ficha de notificação individual, a qual preenchida a fim de alimentar os bancos de dados do sistema de saúde.

¹⁷ Dados preliminares.

Em razão disso, é muito difícil, identificar a existência da violência obstétrica em bancos de dados oficiais do sistema de saúde, o que contrasta com as informações obtidas por demais atores da sociedade em dinâmicas junto ao sistema básico de atendimento, conforme aponta o ofício nº 01/2018- UFOPA/ICS/PCJ/CDH/Projeto Nascer em Santarém que aponta diversos relatos de gestantes e que é um dos documentos colacionados no procedimento a ser analisado a seguir.

Em síntese, por ser um procedimento recente, ou seja, autuado em 2021, ainda está em fase instrutória e segundo informações prestadas por membros da 8ª PJ do MPPA-Santarém, ainda existe respostas em aguardo e requisições de demais informações para posterior manifestação do representante ministerial. Portanto, o procedimento está em fase de instrução para análise.

b) Procedimento Administrativo SIMP nº 009848-031/2018.

O Procedimento Administrativo SIMP nº 009848-031/2018 trata do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, tem data de entrada de 14/05/2018 e autuação de 14/08/2018 por meio da Portaria de nº 21/2018- 8ª PJ/MPE/STM e tem como objetivo acompanhar o programa de humanização do pré-natal e nascimento, bem como o sistema de atendimento das gestantes, parturientes e puérperas nos municípios de Santarém/PA, Mojuí dos Campos e Belterra.

O primeiro documento acostado é um ofício¹⁸ encaminhado pelo Projeto Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Projeto Nascer em Santarém) a fim de solicitar reunião entre o projeto e as promotorias. Ademais, o mencionado projeto informou¹⁹ os relatos de algumas mulheres que foram ouvidas durante as atividades de extensão realizadas. Dentre os principais pontos mencionados está o desrespeito à lei do acompanhante e intervenções médicas que contrariam as recomendações da OMS e são realizadas como procedimento de rotina.

Como fruto desse contato foi realizado o Seminário sobre Direito das Mulheres e Violência Obstétrica com expedição de ampla comunicação para a sociedade e, em especial, para os órgãos de saúde locais e universidades.

É importante mencionar que o procedimento está instruído com a Recomendação 002/2012 do MPPA que apontou a necessidade de se respeitar a presença do acompanhante

¹⁸ Ofício nº 01/2018- UFOPA/ICS/PCJ/CDH/Projeto Nascer em Santarém

¹⁹ Ofício nº 03/2018- UFOPA/ICS/PCJ/CDH/Projeto Nascer em Santarém

indicado pela parturiente, de publicidade das informações por meio de campanhas, bem como fiscalização intensa do comparecimento pessoal dos médicos e enfermeiros.

A Recomendação 007/2017 do MPPA, por sua vez, versa sobre o atendimento seguro e humanizado, direito ao acompanhante, observação do manual técnico de atenção ao pré-natal e puerpério, bem como atendimento à gestante com base nos princípios de humanização no pré-natal e nascimento por força da portaria nº 569/2000, direito ao planejamento reprodutivo, plano de parto escrito, evitar práticas intervencionistas desnecessárias, fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério, bem como obtenção de termo de consentimento de todas as mulheres submetidas à operação cesariana programada.

Em 2018, foi realizada fiscalização pelo Conselho Regional de Enfermagem no Pará no serviço de enfermagem da unidade obstétrica do hospital municipal de Santarém (p. 203, do procedimento). O relatório juntado, em síntese, trata do déficit de pessoal, inexistência do centro obstétrico, estrutura inadequada para mobilidade da gestante, alta demanda em face de estrutura física e pessoal insuficiente, não padronização de atendimentos, riscos de contaminação, ocupação de leitos acima da capacidade, dentre outros pontos críticos. Aponta-se que apesar de existir atividades em educação continuada, em 2018 não houve atividades voltadas para a capacitação técnica dos profissionais de enfermagem, existindo previsões de atividades relacionadas ao parto humanizado, manejo de paciente com HIV, manejo do sistema de regulação, classificação de risco, reanimação neonatal e aleitamento materno, para o ano de 2019.

No mesmo ano foi realizada fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará por meio de visita técnica ao setor de obstetrícia do Hospital Municipal de Santarém (21/11/2018) como resposta ao formulário do Ministério Público da 8ª Promotoria de Justiça de Santarém que trata da pauta de Saúde e Educação (p. 123-131, do procedimento). Consta no relatório que a época o HMS contava com 42 leitos com abrangência de serviço regional, ou seja, atende aos municípios vizinhos (20), os quais entram em contato com a SEMSA a fim de obter a informação sobre a existência de leitos disponíveis, restou registrado que mesmo em caso de inexistência de leitos, o município envia a gestante sem o aval da regulação. Ademais, foi apresentado como disponível 27 leitos pediátricos.

Apesar de o HMS apresentar adequação com relação a estrutura de atendimento em alguns pontos, a seguir serão evidenciados pontos críticos que foram apontados como conclusão do relatório. Nesse sentido, com relação à edificação, apesar de atender às

necessidades de acessibilidade, restou evidenciado que o faz com a existência de algumas precariedades. Ademais, em caso de incêndio, a estrutura do prédio não permite a fácil remoção dos pacientes. Assim como os elevadores não foram visualizados em boas condições de uso. Acrescenta-se a inexistência de centro obstétrico. Restou registrado também que não há a disponibilização de banheiros para pessoas com deficientes.

Diante disso, o relatório apontou, em síntese, a inadequação da estrutura física, falta de privacidade no atendimento, dificuldade de mobilidade dos pacientes, espera nos corredores. Apontou ainda necessidade de expansão do corpo clínico em razão do grande volume de partos e necessidade de melhor atenção aos recém-nascidos. Registrou ainda que no momento da visita todos os leitos estavam ocupados.

A partir de setembro de 2020, o instituto mais saúde passou a ser responsável pela gestão do Hospital Municipal de Santarém e unidade de pronto atendimento e, por isso, foi solicitado a ele informações atualizadas sobre os enfermeiros, obstetras e plantonistas.

Esse procedimento também está em fase de instrução para análise do órgão ministerial. Desse modo, o procedimento nº 002071-031/2021 que trata da mortalidade materno-infantil em conjunto com o procedimento de nº 009848-031/2018 que cuida do tema do programa de humanização Pré-natal e Nascimento serão analisados em conjunto para a adoção das medidas cabíveis.

Em conclusão, diante dos dados obtidos por meio de pesquisa junto ao Ministério Público Estadual, foi possível identificar que há um clamor da sociedade ante o descumprimento do direito ao acompanhante, realização de procedimentos contrários às recomendações da OMS de maneira rotineira conforme apontado pelo Projeto Nascer em Santarém acima exposto. Ademais, nos termos do relatório de fiscalização restou claro que a estrutura de atendimento à gestante no Hospital Municipal de Santarém está longe dos parâmetros apontados pela Rede Cegonha. Importa mencionar que essas informações datam de 2018 e, em razão disso, essa pesquisa conta também com os relatos de profissionais que atuam na obstetrícia do Hospital Municipal atualmente a fim de melhor analisar também o aspecto subjetivo da assistência, conforme será abordado a seguir.

3.3. Entrevistas com gestores e profissionais atuantes na Estratégia Rede Cegonha

Além das pesquisas de dados junto ao acervo de procedimentos em fase de instrução pelo Ministério Público Estadual do Pará, realizaram-se pesquisas com profissionais atuantes na área de assistência à gestante. Para tanto se utilizou como metodologia a realização de entrevista semi-estruturada com a elaboração de um roteiro-guia a fim de

oportunizar liberdade de fala ao entrevistado. Diante disso, a fim de organizar o entendimento da estruturação da sistemática de registro convém destacar que estão documentadas três entrevistas colhidas por meio de gravação de áudio colecionadas em arquivo pessoal.

Ademais, para a realização da pesquisa junto a esses profissionais foi oportunizado o conhecimento do teor da investigação científica através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como autorização para utilização das informações em termo de autorização de áudio. Assim, todas as informações apresentadas estão dispostas com o zelo pelo anonimato dos entrevistados.

Dessa forma, as pessoas entrevistadas serão identificadas por números (01, 02 e 03) e suas falas serão apresentadas com o registro do lapso temporal do áudio. Dessa forma, a seguir as informações colhidas serão analisadas com auxílio da base teórica construída ao longo do estudo.

Em primeiro momento realizou-se a entrevista e documentação de dados informados pela Entrevistada 01 que atuou na gestão da Estratégia Rede Cegonha e hoje atua como Enfermeira Obstetra no Hospital Municipal de Santarém/PA.

Antes de vir para o Estado do Pará, a profissional (entrevistada 01) atuou no Estado do Amazonas na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, tal dinâmica é importante para a compreensão do seu contato com a instrução e capacitação acerca da humanização do atendimento obstétrico e, por conseguinte, para que se entenda como esse fato teve influência sobre a sua atuação no município de Santarém/PA.

É interessante pontuar, nesse sentido, que a entrevistada 01 falou sobre toda a sua experiência com as capacitações da rede Cegonha, a qual advém de época que ainda atuava junto ao Ministério da Saúde no quesito parto da saúde da mulher na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho localizada no município de Manaus/AM. E, durante a sua atuação lá, a equipe foi capacitada para realizar o atendimento no que tange à saúde da mulher implementando as boas práticas e técnicas de assistência. Em razão de que em Manaus não havia centro de parto normal, o treinamento foi realizado no Rio de Janeiro em 2015 (0min-1min42s).

Aponta-se, nesse sentido, que a entrevistada 01 tem um histórico de capacitação que antecede a sua atuação no município de Santarém/PA, já sendo, portanto, evidenciada a importância da capacitação dos profissionais de saúde.

Assim, a entrevistada afirma que veio para Santarém em meados de 2016/2017 e se deparou com uma realidade totalmente diferente da que tinha contato, pois exercia suas atividades em local em que já havia sido realizada a capacitação de profissionais e já estavam

sendo implementadas as disposições que prevê a Rede Cegonha (Entrevistada 01, áudio: 2min23s).

E com base no que tinha aprendido tentou implementar as práticas de assistências aprendidas em treinamento de capacitação no município de Santarém, em especial, no hospital municipal, contudo, a estrutura ainda se mostrava inadequada e, diferentemente, do resto do Brasil, há um grande problema no hospital municipal que é a centralização de leitos, pois a gestante é recebida e somente depois é redistribuída para os outros centros de atendimento que atualmente são a Maternidade Irmã Dulce e o Sagrada Família (Entrevistada 01, áudio: 3min22seg).

Essa situação foi apontada pela entrevistada 02, que atua como enfermeira obstétrica no Hospital municipal na área de obstetrícia dando assistência à mãe e ao recém-nascido desde o ano de 2013 (Entrevistada 02, áudio: 00min00s- 00min36 s), ao afirmar que de todos os municípios chegam pacientes, os quais dão entrada pelo hospital municipal, pela obstetrícia e, depois são regulados para outra maternidade (Maternidade Irmã Dulce e Maternidade Sagrada Família), (Entrevistada 02, áudio: 5min42s- 6min00s).

Em relação a esse problema a entrevistada 01 afirma que já houve conversa com o órgão responsável, contudo, as mudanças de governo prejudicam a comunicação com a Secretaria de Saúde Municipal e, portanto, a resolução desse problema (Entrevistada 01, áudio: 4min00s).

Diante disso, é importante pontuar que em países de democracia recente, como o Brasil, é possível evidenciar e observar forças políticas que exercem influência sobre as políticas públicas. Nesse sentido, fatores como as eleições, grupo de interesses, movimentos sociais, mídia, dentre outros, devem ser considerados para o estudo das políticas públicas (SOUZA, 2007, p. 65-66), e no caso da Rede Cegonha, por meio da fala da entrevistada é possível evidenciar a presença desses fatores de influência, bem como, as consequências negativas que trazem para a estruturação da Rede Cegonha no município de Santarém/PA como política pública de assistência à gestante.

Por outro lado, apesar das dificuldades, a equipe continua assistindo a gestante e, uma importante mudança, foi a inserção da figura do acompanhante na cena do parto, menos no centro cirúrgico, pois é um centro cirúrgico de hospital misto (Entrevistada 01, áudio: 4min34s). É importante apontar que a informação de centro obstétrico está em consonância como os relatórios apontados pelo Conselho Regional de Enfermagem no Pará e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará presentes no Procedimento Administrativo

SIMP nº 009848-031/2018 do MPPA, conforme registro do tópico 3.2 sobre o levantamento de dados junto ao MPPA.

Ademais, é importante pontuar que foi realizada entrevista também com a gestora da Rede Cegonha no município de Santarém atuando dentro da SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde de Santarém) na qualidade de responsável técnica pela saúde da mulher no município. E, ao falar sobre a regulação das pacientes para outros hospitais com entrada sempre pela obstetrícia, afirma que é fruto de mudança realizada em 2018, pois foi criado um novo modelo de entrada da gestante, assim, primeiro a gestante vai para a obstetrícia do Hospital Municipal e, se não houver vaga, ela é encaminhada para um hospital conveniado. Segundo a Rede Cegonha é não para ser dessa forma, pois a gestante deve escolher o local e visitá-lo antes. Já há uma conversa para retornar ao método antigo e, em razão disso, o plano de parto deve ser entregue na obstetrícia, na recepção do Hospital Municipal, porque lá é a primeira entrada da paciente (Entrevistada 03, áudio: 17min17s-19min19s).

Diante disso, a gestante, ao perceber o atraso da menstruação e os indícios de gravidez, pode buscar o atendimento da assistência nas redes básicas de saúde do seu bairro e, assim, ela fará todos os atendimentos, exames e todas as demais atividades dispostas na rede cegonha. No momento do parto, será atendida na obstetrícia e, após o nascimento o bebê será acompanhado junto à unidade básica de saúde por meio da realização do CD (avaliação do crescimento e desenvolvimento) para a verificação se está de acordo com o padrão (Entrevistada 03, áudio: 0min51s – 02min08s).

A entrevistada 02 também evidenciou em sua fala o direito da gestante de ser acompanhada durante o trabalho de parto. E, durante a pandemia, esse direito é observado, pois o acompanhante é orientado a entrar com a gestante e permanecer com ela, com a ressalva de que devem ser utilizados os materiais de EPI (Equipamento de proteção individual), em especial, álcool em gel. Cumpre mencionar que, no Hospital Municipal, a presença do acompanhante não é limitada pela restrição de sexo, devendo ser de escolha da gestante (Entrevistada 02, áudio: 4min-4min52min).

Assim, atualmente no HSM é permitida a presença do acompanhante, são possíveis também as mudanças de posições da gestante para que ela possa parir da maneira que ela quiser, a realização de exercícios, alimentação e, também são adotada as tecnologias não invasivas (Entrevistada 01, áudio: 4min50s-05min48s). Isso se justifica em razão de que no âmbito do Sistema Único de Saúde, assegurar o acesso do acompanhante de livre escolha da parturiente é um direito com amparo na Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2014, p. 413).

Conforme apontado pelas entrevistadas a presença do acompanhante é um direito legal e constitucional que visa garantir que a gestante se sinta segura e amparada no momento do parto (BRASIL, M.S, 2014, p. 403-413). E é um dos elementos de uma assistência humanizada, de maneira que deve ser observado na estrutura da Rede Cegonha.

A entrevistada 01 falou também sobre a construção do Hospital Materno-infantil, a qual externamente está quase concluída, contudo há o desafio da estrutura interna, bem como a instalação de equipamentos (Entrevistada 01, áudio: 6min15s).

A ausência de estrutura do Hospital Materno-infantil dificulta o oferecimento de uma assistência mais qualificada, visto que apesar de a equipe já ser capacitada, a estrutura do Hospital Municipal ainda se mostra insuficiente, por ser um ambiente apertado. Por exemplo, o hospital tem a capacidade de 36 leitos e a equipe assiste um total de 54 mulheres, esse número sem contar as transferências para as outras unidades (Entrevistada 01, áudio: 7min18s). Dentro do Hospital Municipal iniciou-se uma obra na obstetrícia, contudo, não foi concluída em razão da pandemia do covid-19 (Entrevistada 01, áudio: 8min10s).

A entrevistada 03 apresenta a informação de que o Hospital Regional do Baixo Amazonas conta com 01 vaga de leito de obstetrícia para gestantes de risco (Entrevistada 03, áudio: 23min05-23min42s). Ou seja, resta caracterizado o pequeno número de leitos, os quais são insuficientes para a demanda da sociedade santarena e municípios vizinhos que aqui são atendidos.

Frisa-se novamente que nos Relatórios registrados no Procedimento Administrativo SIMP nº 009848-031/2018 restou evidente que um dos principais problemas para a efetivação da assistência é a ausência de uma estrutura adequada para o atendimento. E é uma situação problemática que data de 2018 e ainda permanece conforme o relato acima.

Ademais, segundo a entrevistada 03, o que se espera com a inauguração do Hospital Materno-infantil é que se tenha uma melhora no atendimento, em especial, em razão da expectativa de ampliação de leitos. Há a previsão de que ele comece a funcionar no início do ano que vem (Entrevistada 03, áudio: 4min40s-05min10s).

Insta destacar que a oferta de leitos suficientes para o atendimento da gestante é uma das garantias basilares previstas na portaria de implantação da Rede Cegonha. Portanto, pode-se inferir que o não atendimento a esse quesito influi na aplicabilidade da política pública citada.

Diante disso, a entrevistada 03 expõe que existem algumas barreiras para a concretização da assistência e a maior delas se dá pelo fato de obstetrícia ser porta aberta, pois Santarém/PA é um município polo e são recebidas gestantes de outros municípios. E assim

esse fator contribui para a superlotação da obstetrícia em razão também de serem poucos médicos para a assistência (Entrevista 03, áudio: 02min00s-3min10s).

Portanto, a humanização em si não está sendo realizada em sua totalidade em razão das dificuldades apresentadas, em razão da alta demanda, falta de estrutura da obstetrícia, poucos médicos (Entrevista 03, áudio: 03min37s-04min22s). Aponta, ainda, que há muita demanda para poucos profissionais para atendimento. Em especial, médicos, pois há muitos médicos na cidade, mas nem todos tem a especialização de ser obstetra, às vezes não há interesse por questões financeiras, então existem esses entraves (Entrevista 03, áudio: 06min36-06min58s). Por conta desses fatores, está sendo realizada reforma na obstetrícia e a proposta é ampliar o número de leitos e proporcionar maior conforto às gestantes (Entrevista 03, áudio: 7min19s-07min18s).

Esse aspecto também foi mencionado pela entrevistada 02 ao afirmar que o Hospital materno-infantil irá proporcionar melhora nas condições de atendimento, pois haverá mais leitos e será melhor tanto para a gestante, quanto para os profissionais, pois não haverá mais a necessidade de a paciente ficar aguardando na cadeira, esperando leito (Entrevistada 02, áudio: 5min00-5min35).

A entrevistada 01 faz parte do comitê sobre mortalidade materno infantil e verifica que o transporte é muito precário, principalmente, nas comunidades ribeirinhas e, muitas vezes, o parto é realizado na “ambulância” e no hospital são realizados os outros procedimentos posteriores ao nascimento. Dessa forma, o transporte representa um ponto de dificuldade, diante do acesso complicado e das longas distâncias. E, quando é identificada uma situação durante a realização do pré-natal, procede-se à internação da gestante no hospital municipal para tratamento e, quando há uma situação mais avançada, encaminha-se para o regional ou mesmo para os centros especializados de Belém/PA (Entrevistada 01, áudio: 9min19s-12min07s).

Diante disso, insta analisar que um dos componentes da rede cegonha é o sistema logístico que prevê a existência de transporte seguro e que atenda as demandas de urgência, os quais devem ser equipados com incubadoras e ventiladores neonatais, essa ação desse componente está prevista no art. 7º, inciso IV, da portaria 1.459/2011.

Com relação à mortalidade materna, a entrevistada 02, por sua vez, aponta que advém de fatores externos e anteriores ao parto, como, por exemplo: Sífilis, HVI positivo, hepatite B ou C positivo, infecção urinária, dentre outras. São as pacientes de alto risco, hipertensivas, dentre outros (Entrevistada 02, áudio: 6min10s- 7min59s). Nesse momento é

importante lembrar que a tabela apresentada no tópico 3.2 corrobora para o entendimento de que essas são as principais causas também para morte dos bebês no nascimento.

Ademais, a entrevistada 03 ao falar sobre a mortalidade trouxe o dado de que atualmente, o nosso índice de óbito materno está muito alto, estamos com 13 óbitos maternos só no município de Santarém que é o mesmo número do total de óbitos do ano passado. Contudo, sempre se espera que um ano seja melhor que o outro. Então, é muito triste falar que esse ano já se tem a quantidade de óbitos do ano de 2020. Então, esses óbitos preocupam. E, por isso estão acompanhando, realizando investigações e acompanhando os prontuários. E após as investigações há uma discussão nos comitês para reduzir, melhorar e evitar os óbitos. (Entrevistada 03, áudio: 08min12-10min10s). Acrescentou, ainda que, atualmente, dentre as maiores causas de óbito materno é a hemorragia, covid-19. No ano de 2021, foi registrado 03 óbitos em razão do covid-19 (Entrevistada 03, áudio: 10min04s- 10min29s).

Assim, a entrevistada 03 aponta que um dos desafios para a redução da mortalidade materno-infantil é a falta de profissionais, bem como a distância das comunidades, pois alguns profissionais não se disponibilizam a ir a esses lugares. Assim, como a disponibilização de ultrassom, exames, pois são muitas gestantes e poucas cotas (Entrevistada 03, áudio: 13min00s- 14min20).

A partir das informações vindas do Comitê que investiga esses óbitos, são formados kits para atendimento da gestante em situações específicas e esses kits são utilizados na obstetrícia para o atendimento nessas situações específicas (Entrevistada 02, áudio: 8min45s-9min40s).

Portanto, a entrevistada 03 afirma que o Comitê é muito importante para fazer estudo de caso, avaliar as causas e identificar formas de evitar as mortes. No caso ele é formado pela SEMSA (saúde da mulher), maternidades, e outros órgãos (Entrevistada 03, áudio: 11min00s- 12min34s).

Quanto à rede de apoio, por meio de transporte, relativa ao atendimento à gestante, a entrevistada 02 afirma que quando as gestantes vêm de comunidades mais distantes, esse transporte é feito por ambulância (Entrevistada 02, áudio: 14min59s- 15min04s).

A entrevistada 01, por sua vez, aponta que, no oeste do Pará, é necessário que se consolide as redes de apoio. A dificuldade de comunicação por meio de internet, ou mesmo, com comunidades que falam outras línguas como as indígenas, se mostra como o obstáculo no que tange às redes de apoio (Entrevistada 01, áudio: 12min38s-13min26s) de maneira que é necessário o fortalecimento da rede cegonha dentro do oeste do Pará.

Quanto aos repasses de recursos públicos, a entrevistada 01 aponta que há ausência de conhecimento dos gestores do hospital em organização de projetos e conhecer a atuação da rede cegonha dentro do Ministério da Saúde. Todos esses fatores, portanto, fragilizam a rede, assim como as influências políticas que dificultam o exercício do papel do gestor. No município de Santarém, ainda tem muita força política, e a gestão acaba por ser realizada por pessoas que não tem muito conhecimento e, essas situações problemáticas atingem, principalmente, os profissionais que trabalham com a temática da mulher, os quais sentem na pele as consequências (Entrevistada 01, áudio: 13min55s-15min17s).

A entrevistada aponta como experiência por si vivenciada que as capacitações mudaram o seu entendimento sobre a medicalização, pois após a capacitação feita junto ao Ministério da Saúde sobre parto e nascimento como proposta da Rede Cegonha, sua concepção sobre assistência ao parto foi modificada, e hoje é uma profissional adepta ao parto humanizado com o entendimento de que a mulher tem o seu tempo de parir e o bebê o seu tempo de nascer. E antes do treinamento ainda era permeada pela ideia de que era o profissional o responsável pelo parto e, hoje, acredita que quem tem o poder de parir é a mulher e o profissional tem o dever de assistir e de cuidar (Entrevistada 01, áudio: 15min34s-17 min10s).

A entrevistada 02, por sua vez, esclarece que não teve a oportunidade de ter contato com outros centros para fins de capacitação, em razão de não dispor de muito tempo por conta da rotina de trabalho. Afirmou na oportunidade que para fins de capacitação, os profissionais são enviados para Belém/PA para aprimorar conhecimentos sobre a rede cegonha e parto humanizado. E esses profissionais partilham o conhecimento adquirido por meio de palestras e na prática da atuação diária com os demais colegas (Entrevistada 02, áudio: 13min20s-14min00s).

Nesse sentido, a partir dos relatos das profissionais é possível concluir pela importância da capacitação para a formação de profissionais que atuem em um sistema de atendimento humanizado. E a capacitação é relevante não apenas para os profissionais que são enviados para treinamento, mas também para aqueles que ficam e, depois tem contato com os conhecimentos compartilhados pelos colegas.

Insta mencionar a fala da Entrevistada 01, a qual afirmou que, desde 2016, é possível observar várias conquistas, como a presença de uma postura diferenciada dentro do hospital municipal. Hoje, acredita que a melhor equipe de assistência à gestante se encontra no hospital municipal, tanto como enfermagem quanto corpo médico. E isso mudou em razão da implementação das boas práticas e diretrizes da Rede Cegonha, antes os profissionais nem

tenham o conhecimento do que seria plano de parto. No Hospital Municipal é realizado o corte do cordão com juramento com a presença do certificado do parto realizado pela enfermeira, tudo complementado pela Rede Cegonha. A entrevistada aponta também a importância da comunicação quando realizada com a gestante de maneira que o profissional deve realizar a adequação vocabular. Por exemplo, no caso de gestante ribeirinha ela não vai falar dor na pelve, mas sim dor na “pente” (Entrevistada 01, áudio: 17min20s-21min17 s).

Para realizar o atendimento da gestante indígena, geralmente, ela é acompanhada de um profissional da CASAI (Casa de Saúde Indígena) que intermedia a comunicação. Ela pontua que seria ideal que os enfermeiros de cada plantão tivessem a oportunidade de conhecer as línguas por meio de treinamento (Entrevistada 01, áudio: 21min19s- 22min59s).

Assim, as gestantes provenientes de comunidades indígenas são acompanhadas por profissionais da CASAI durante todo o atendimento (Entrevistada 02, áudio: 14min10s-15min00s).

Com relação às gestantes indígenas e quilombolas, verifica-se que elas têm costumes diferentes. Por exemplo, no Hospital Municipal foram disponibilizadas escápulas para as gestantes, pois elas não são acostumadas a dormir em cama e sim na rede. Assim, vêm funcionários da FUNAI e FUNASA para auxiliar no atendimento à gestante indígena (Entrevistada 03, áudio: 20min10s-22min54s).

Dessa forma, diante das especificidades da região amazônica, localidade em que se insere o município de Santarém/PA, a previsão de cuidados específicos com relação às gestantes advindas de aldeias indígenas se mostra de grande importância, principalmente, em razão do fato de que as políticas públicas devem considerar em suas ações as necessidades de seu público alvo. E, claro, é digna de destaque a fala da entrevistada 01 quando sugere a realização de capacitação para a aprendizagem das formas de comunicação com as gestantes indígenas, visto que tornará ainda mais forte o vínculo entre os pacientes e profissionais e ajudará na assistência no momento do parto e demais momentos que envolvem a gestação.

O projeto rede cegonha, segundo a entrevistada 01, com a inserção do acompanhante na hora do parto trouxe mais segurança para quem está lá e, isso faz com que a gestante se sinta mais segura e tenha um parto mais favorável. Afirma ainda que a violência obstétrica existe, mas os profissionais vêm trabalhando para que desapareça completamente.

A entrevistada 01 verifica que o plano de parto e o partograma, os quais indicam que os procedimentos do protocolo que podem ser realizados e sua real necessidade, como, por exemplo, a realização da cesariana. Por meio da observação desses documentos, em

especial, o partograma, podem ser evitadas manobras como a de Kristeller antes que seja realizada (Entrevistada 01, áudio: 23min43s-25min59s).

Esse documento, o partograma, também foi citado pela entrevistada 02, a qual disse que o plano de parto é avaliado junto com ele, pois o partograma²⁰ é utilizado para a compressão da progressão do parto e, é por meio desse instrumento que será possível avaliar, por exemplo, a existência da necessidade de ser realizada a operação cesariana (Entrevistada 02, áudio: 12min00min-12min30s).

De forma resumida, o partograma é uma ferramenta que tem que ter na assistência ao parto e é importante para identificar se será parto: vaginal ou cesariana (Entrevistada 01, áudio: 28min30s-29min00s).

Com relação à episiotomia²¹, tem-se que ela não é uma ação de rotina, sendo aplicada somente quando há necessidade, contudo, já há diversas evidências científicas que apontam a sua prescindibilidade. Quando o bebê passa do trajeto duro para o trajeto mole, há a laceração, momento em que é possível a recuperação de períneo, mas não é recomendada a realização de episiotomia (Entrevistada 01, áudio: 26min13s-27min20s).

Nesse mesmo caminho a entrevistada 02 direcionou a sua fala de forma a esclarecer que a equipe tem treinamento para que não haja o cometimento de violência obstétrica. No hospital municipal, por exemplo, está restrita a prática de episiotomia. A manobra de kristeler também não é praticada por não ser recomendada. Dessa forma, hoje, o parto deve ser humanizado, com movimentação, com a utilização da bola, banho e exercícios (Entrevistada 02, áudio: 10min31s-11min23s).

Assim, a entrevistada 03 apresenta a informação de que há o debate sobre a violência obstétrica junto às maternidades e nas visitas é levada a portaria. E em conversa com as maternidades há informações de que as práticas que caracterizam violência obstétrica não estão mais sendo utilizadas. Antes era muito utilizada a episiotomia, manobra de kristeler, mas hoje não é mais praticado no município de Santarém/PA (Entrevistada, áudio: 15min14-16min16s).

No entanto, o procedimento a ser seguido pela gestante em caso de violência obstétrica, caso ocorra, é a busca pela SEMSA, mais especificamente, ouvidoria e registrar

²⁰ “O partograma consiste na representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo” (ROCHA, 2009).

²¹ “A episiotomia é um procedimento cirúrgico realizado no períneo da mulher no momento do parto, feita por obstetras e enfermeiros obstetras” (SÃO BENTO e SANTOS, 2006).

seu relato. Nesse ano, até o momento, não houve relato de violência obstétrica (16min20s-16min50s).

Nesse caminho, segundo a entrevistada 01, para adequação da Rede Cegonha é importante ter para cada mulher que for parir um PPP (Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto) por meio do qual, ela entre para assistência Pré-parto, e lá ela possa parir e estar no puerpério. Essa estrutura ainda não tem no Hospital Municipal, também não há camas que se posicionam de maneira diferenciada. As modificações se mostram importante para que a gestante tenha um ambiente seguro, adequado, mas como profissional não pode deixar de dar assistência humanizada ainda que não haja estrutura adequada. Assim, pode-se permitir que a gestante fique de cócoras no leito, da forma que ela melhor se sentir a vontade (Entrevistada 01, áudio: 29min10s-31min30s).

A entrevistada 01 afirma que esse pensamento de melhor atuar com os instrumentos que tem trouxe desde que chegou ao município de Santarém e, em razão disso, ficou conhecida como a louca do parto. E desde que chegou a Santarém/PA, atuou na coordenação, hoje faz parte da Rede Cegonha e de outros projetos e tem ajudado na implementação das boas práticas de assistência previstas pela Rede Cegonha no município de Santarém/PA. E apesar das críticas, continuou atuando como foi capacitada. E por isso a capacitação do profissional é importante. Ela lembra que sempre procurou inserir na assistência o exercício, o banho, o agachamento e a história de Santarém vem mudando com essas implementações (Entrevistada 01, áudio: 31min30s-33min00s).

Diante disso, no que tange ao acolhimento da gestante, a entrevistada 02 afirma que a equipe é orientada a prestar a assistência por meio da expressão da atenção, amor e carinho à gestante que chega em trabalho de parto (Entrevistada 02, áudio: 1min56s). E, por conseguinte, é possível garantir o cumprimento das diretrizes dentro da estrutura do hospital para fins de garantir a assistência à gestante por meio da prática de algumas ações como o método da mãe canguru e, a mãe fica ao lado do seu filho, em especial, o bebê prematuro. Para poder ele ter uma evolução melhor e mais rápida (Entrevistada 02, áudio: 2min36s-3min).

Assim, para melhorar a assistência no município foi aprovada a Lei municipal em 02 de outubro de 2020 para que o município tenha sensibilidade de cada unidade que assiste o parto tenha a sensibilidade de ter um enfermeiro obstetra treinado pela Rede Cegonha. Pois, se cada unidade que assiste o parto em Santarém tivesse ao menos um enfermeiro que tenha conhecimento na assistência humanizada vai mudar muito a assistência dentro do município. Contudo, a rede precisa se fortalecer e precisa de pessoas encorajadoras para a efetivação da

assistência mulher. Portanto, há muito que ser conquistado dentro do município de Santarém/PA (Entrevistada 01, áudio: 34min18s- 35min10s).

A entrevistada 02, por sua vez, afirmou que como profissional avalia que a rede cegonha ajudou a melhorar o atendimento à gestante (12min33s -13min03s) E, que há a grande espera do Hospital Materno-infantil para que possa melhorar a assistência à gestante (Entrevistada 02, 15min20s-15min44s).

A entrevistada 02 aponta que, desde 2016, quando chegou ao município de Santarém, até hoje, 2021, como profissional tem buscado trazer um diferencial para assistência à mulher dentro do município de Santarém e, em razão disso, decidiu criar a Clínica Hessed com muito esforço, em que atua como profissional também na rede de assistência privada, que é a primeira clínica de assistência obstétrica e ginecológica do Oeste do Pará (Entrevistada 01, áudio: 35min50s-36min25s).

Em sua fala destaca que foi retirado o empoderamento da cabeça das mulheres, dando lugar a muitos temores com relação ao parto normal e o parto em domicílio, contrariando até mesmo a cultura da região (Entrevistada 01, áudio: 41min44s-42min35s).

Afirma ainda que tem mais de 2.000 partos registrados e tem muitos relatos de mulheres que pariram em Santarém e Manaus que tinham medo de parir e hoje incentivam o parto (Entrevistada 01, áudio: 42min35s- 43min17s).

A entrevistada 03, ao seu turno, apresenta que para a concretização das disposições da Rede Cegonha há alguns entraves, como, por exemplo, a entrada da gestante primeiro pela obstetria para depois transferi-la para outra maternidade, pois sabem que está errado e estão tentando reverter. Assim, há desafios como a falta de profissionais, poucas vagas para exames. Apesar de o município de Santarém/PA tentar concretizar as disposições da portaria, existem desafios, mas que estão sendo observados pela gestão e há a constante procura em atender os princípios de humanização na medida do possível (Entrevistada 03, áudio: 21min23s-21min50s).

Nesse sentido, verifica-se que há o atendimento ao requisito da presença do acompanhante, assim como da assistência da gestante desde o pré-natal até os dois primeiros anos de vida do bebê. Outros aspectos positivos também foram observados, como, por exemplo, o respeito às particularidades de cada localidade, que é característica essencial de uma política pública conforme mencionado no capítulo 01. Nesse sentir, foram colocadas escápuas para as gestantes que não são acostumadas a dormir em camas, visto que é uma prática muito comum na Amazônia, em especial, entre os povos indígenas e populações de comunidades do interior.

Ademais, verifica-se a preocupação com atuação do Comitê de Mortalidade Materno-infantil a fim de ser atuante na identificação das causas dos óbitos por meio do estudo de caso de maneira a promover o debate para a propositura de ações com vistas a diminuir os casos de mortalidade das gestantes e seu bebê no município de Santarém/PA.

Contudo, é importante pontuar, conforme apresentado pela entrevistada 03, que os casos de mortalidade materna estão em níveis preocupantes e na medida em que a diminuição dos casos de morte é um dos objetivos da Rede Cegonha e tal fato compromete a sua efetivação.

Acrescenta-se que uma das principais preocupações e que se revela como entrave para a concretização da assistência humanizada no município de Santarém/PA é a insuficiência de leitos e a falta de profissionais, em especial, médicos, os quais, às vezes, não possuem a especialidade para atuar na obstetrícia, ou mesmo, não estão dispostos a ir para comunidades interioranas para prestar atendimento.

Outra dificuldade apontada é relacionada à estrutura de atendimento, em especial, da obstetrícia do Hospital Municipal de Santarém, pois não há um centro específico para a obstetrícia, além de virem gestantes dos mais diversos municípios para atendimento, superlotando os leitos disponíveis.

Diante das falas obtidas por meio da realização das entrevistas semi-estruturada, foi possível identificar informações ricas acerca de como está estruturada a estratégia da Rede Cegonha no município de Santarém/PA. E a seguir serão sistematizadas as informações a fim de promover a discussões dos resultados da investigação científica em apreço.

3.4. Estratégia Rede Cegonha em Santarém/PA: assistência à gestante e violência obstétrica

Diante do exposto, conforme apontado pelas pessoas entrevistadas há uma grande espera pelo Hospital Materno-infantil que contará com uma estrutura própria de atendimento à gestante e ao seu bebê e, por conseguinte, oportunizará uma melhor assistência.

Ademais, com relação à violência obstétrica, por meio dos relatos das entrevistadas não foi possível identificar a sua ocorrência, embora haja relato de gestantes conforme encaminhado pelo projeto Nascer em Santarém ao MPPA por meio de ofício anexado aos autos do procedimento administrativo nº SIMP nº 009848-031/2018.

É importante registrar, nesse sentido, que no banco de dados do DATASUS não há a opção de filtro de pesquisa relacionado à violência obstétrica, o que compromete a análise dos dados, pois não há como registrar como item de pesquisa.

Observou-se, assim, que há um esforço do ente estatal em concretizar as diretrizes norteadoras da assistência humanizada, bem como o enfrentamento à violência obstétrica, contudo, diversos pontos problemáticos foram apontados como foi mencionado acima e que precisam ser observados para a melhor execução da política pública da Rede Cegonha.

Assim, resta claro que a ausência de um centro especializado de atendimento à gestante e ao seu bebê consiste em um fator que em muito dificulta a concretização de uma assistência humanizada. E mesmo na estrutura do Hospital Municipal de Santarém foi possível identificar que não há um centro obstétrico específico e não há leitos o suficiente para atender à demanda da região.

Ao seu turno, o corpo de profissionais está recebendo capacitações para tornar a assistência menos medicalizada e mais humanizada. Contudo, diante do cenário de atuação e estrutura física do hospital e insuficiência de pessoal, é possível observar que eles têm sua atuação dificultada.

Diante das informações apresentadas acerca do desenho institucional da política pública em análise, é possível inferir que o modelo de assistência contido no seu quadro de implementação tem grande potencial para proporcionar a assistência humanizada à gestante ao seu bebê e enfrentamento da violência obstétrica. Contudo, no município de Santarém/PA existem os apontados desafios que precisam ser superados para que a política pública possa atingir um maior grau de concretização, conforme foi acima demonstrado.

Por todo o exposto, resta claro que o município de Santarém/PA no quesito saúde tem empregado esforço na sua atuação a fim de concretizar as disposições da Rede Cegonha. No entanto, conforme bem apontado pela gestora, entrevistada 03, a estrutura atual das maternidades, bem como de composição dos profissionais e emprego de meios de logística comprometem em muito a assistência humanizada e oportunizam a ocorrência de violência obstétrica.

Assim, a ausência de centro específico para a obstetrícia, de vinculação entre paciente e médico e falta de profissionais, comprometem em grande medida a concretização dos princípios da estratégia Rede Cegonha no município de Santarém/PA.

E conforme mencionado no Capítulo 1 desse estudo, a mera previsão normativa da estrutura de funcionamento de um direito não viabiliza a sua concretização. Exatamente por esse motivo que é necessário estudo do direito e das políticas públicas em conjunto, pois essa última oportuniza que as garantias sejam concretizadas.

Deve-se também realçar o fato de que as forças políticas e mudanças de governo exercem grande influência na concretização de atividades do Estado, conforme foi apresentado como dado das entrevistas no tópico 3.3 deste capítulo.

Há de se reconhecer o avanço das políticas de assistência à gestante e ao seu bebê conforme foi abordado no Capítulo 2, tópico 2.2.1. Contudo, é importante que as disposições contidas em instrumentos normativos realmente alcancem os cidadãos para a melhor da assistência.

Portanto, diante da análise da estrutura da Rede Cegonha no município de Santarém/PA, é possível observar que há muito que se avançar para que sejam atendidas todas as disposições previstas na portaria nº 1.459/2011, a qual prevê uma série de princípios de atuação humanizada e estrutura toda a política pública analisada.

E, portanto, a assistência de qualidade à gestante e o enfrentamento a situações de violência obstétrica não são oportunizados em sua integralidade e precisam de importantes implementações (especialmente de estrutura, por meio da construção do Hospital Materno Infantil) e correções, como a apontada pela gestora acerca da vinculação entre a gestante e o corpo de profissionais que irá atendê-la. Conclui-se que a política pública da Estratégia Rede Cegonha oportuniza em parte a assistência humanizada à gestante e enfrentamento da violência obstétrica.

CONCLUSÃO

Em síntese, diante de tantas informações colhidas, recapitula-se que com a finalidade de responder o problema de pesquisa proposto no início desta investigação priorizou-se a realização de revisões bibliográficas, em especial, de produções da ciência da saúde com destaque para os dados que pudessem servir de fundamento para a análise da política pública da Rede Cegonha com vistas a analisá-la de maneira global e não somente pontual com base em dados normativos, essa metodologia de estudo foi bem apresentada no capítulo 1 e pautou toda a investigação em apreço.

Diante disso, em conjunto com a análise dos aspectos formais da estratégia Rede Cegonha, procurou-se realizar a análise de procedimentos de acompanhamento dessa política junto ao MPE (Ministério Público do Estado) sob a responsabilidade da 8ª Promotoria de Justiça de Santarém/MPPA/Coletividade, bem como a colheita de relatos da gestão e profissionais atuantes na assistência à gestante e ao seu bebê, com especial destaque para o Hospital Municipal de Santarém.

Assim, é possível concluir que o estudo das políticas públicas, quando alinhado ao Direito, oportuniza a melhor compreensão das garantias contidas na Constituição Federal e nos demais instrumentos normativos que busca instrumentalizá-la, pois é preciso que se conheçam as dificuldades de sua concretização e se oportunize a análise dos eventuais problemas para, por conseguinte, ser possível a propositura de soluções, conforme foi debatido no Capítulo 1 da pesquisa.

No caso das políticas públicas de saúde, em especial, do objeto de análise dessa investigação, a Rede Cegonha, foi possível identificar que existem grandes desafios de realização das disposições contidas na Portaria nº 1.459/2011, principalmente, no que tange à estrutura física dos locais de atendimento e assistência à gestante.

Diante disso, a ausência de centros especializados para atendimentos às gestantes e seus bebês no município de Santarém/PA configura um elemento potencializador para a ocorrência da violência obstétrica. Isso se explica em razão de que há poucos profissionais para a grande demanda de atendimento oportunizando situações de estresse. Acrescenta-se que a estrutura física do hospital é insuficiência para o atendimento e assistência adequada de maneira que a gestante não consegue se sentir a vontade no momento do parto e nem há forma de tornar o acolhimento ao acompanhante e à família satisfatório e condizente com o princípio da humanização.

Ademais, o modelo de assistência utilizado no Brasil é pautado em grande medicalização e instrumentalização do parto e, conforme restou evidenciado no capítulo 2,

aqui vigora um atendimento com a presença de altas taxas de operação cesariana e realização de procedimentos de intervenção. Assim, esse modelo de assistência contraria as disposições contidas na estratégia Rede Cegonha, bem como aos ditames de um atendimento humanizado não contribuindo para o enfrentamento da violência obstétrica, ao contrário, oportunizando-a.

Por outro lado, verificou-se que os profissionais estão empenhados em promover o melhor atendimento em face das condições de trabalho em que se encontram. Importa destacar que restou demonstrado nas entrevistas que o número suficiente de profissionais é um desafio na medida em que, muitas vezes, não há médicos e enfermeiros com a especialidade na obstetrícia e não há atrativos para o exercício dessa atividade, pois o aspecto financeiro muitas vezes não compensa o que acaba por desestimular o interesse desses profissionais por essa área de atuação.

É de se destacar, portanto, que uma das entrevistas citou a participação em evento de capacitação, o qual oportunizou não somente a mudança de visualização da assistência, mas também de atuação profissional, impactando outros colegas de profissão. A capacitação de profissionais, nesse sentido, se revela como essencial para a humanização da assistência e enfrentamento da violência obstétrica.

Importa mencionar que a ausência de dados sobre a violência obstétrica se dá em especial por não existir o mecanismo de inclusão dessas informações no portal público (DATA SUS). Assim, em consulta no portal, como, por exemplo, nas razões de óbitos fetais, não é possível catalogar esses dados, o que influencia na análise de dados durante a realização de pesquisas sobre violência obstétrica.

Acrescenta-se que na fala das pessoas entrevistadas há uma grande espera pela inauguração do Hospital Materno-Infantil em Santarém/PA, o qual contará com uma melhor estrutura de atendimento e, por conseguinte, influirá positivamente na atuação do profissional e no exercício da assistência à gestante e ao seu bebê.

Insta, por fim, mencionar que a gestão demonstrou uma grande preocupação com as taxas de óbitos fetais no município e, evidenciou a atuação do comitê de mortalidade materno infantil e de demais órgãos do município a fim de identificar as razões das taxas de mortalidade e propor a adoção de medidas para minorá-las.

Diante disso, verificou-se que, no município de Santarém/PA, a forma como a estratégia Rede Cegonha foi implantada contribui em parte para a humanização da assistência à gestante e o enfrentamento da violência obstétrica, pois há muitos pontos que contrariam a assistência humanizada como foi visto nesse capítulo. Desse modo, conforme apontado no tópico 3.3, das entrevistas, há muito que se avançar para a concretização dessa política pública

em nosso município. É possível concluir, assim, que ela está em fase de estruturação e precisa de ajustes para que se apliquem em sua totalidade as disposições contidas na Portaria 1.459/2011.

REFERÊNCIAS

BRASIL, M. S. Cadernos Humaniza SUS. v. 4: **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0306_28_03_2011.html. Acesso em: 20 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. **Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html. Acesso em: 26 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sus (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. 2016.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%20C3%A7ao.htm. Acesso em 16 jun. 2021.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Rede HumanizaSUS. Folheto, 2013.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. 2016.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. 2011.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Método e aplicações da abordagem Direito e Políticas Públicas (DPP)**. REI-Revista Estudos Institucionais, v. 5, n. 3, 2019, p. 791-832.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Pesquisa em Direito e Políticas Públicas. In: MARINA, Feferbaum; RABELO, Queiroz Rafael Mafei. **Metodologia da pesquisa em direito-técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses: Técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses**. Saraiva Educação SA, 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari; COUTINHO, Diogo. Arranjos jurídico-institucionais da política de inovação tecnológica: uma análise baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: COUTINHO, Diego; FOSS, Maria Carolina; MOUALEM, Pedro Salomon (org.). **Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais**. São Paulo: Blucher, 2017. Disponível em: <<https://openaccess.blucher.com.br/article-details/12-20820>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

CAILLOSSE, Jacques. **Le droit comme méthode? Réflexions depuis le cas français**. In: RENARD, Didier; CAILOSSE, Jacques; BÉCHILLON, Denys de. L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit. Paris: LGDJ, 2000, p. 27-68.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha**. Physis: revista de saúde coletiva, v. 23, 2013, p. 1297-1316.

CECATTI, José Guilherme; LAUDARI, Carlos. **Mortalidade Materna no Nordeste: da política à ação**. Salvador, Bahia, 2004.

CHAVES, Mayco Ferreira, DOS SANTOS, Creuza Andréa Trindade (Org). **Guia para a elaboração e apresentação da produção acadêmica da UFOPA**. 2. Ed. Santarém: UFOPA, 2019.

CLUNE, William H. **Law and Public Policy: Map of an Area**. Southern California Interdisciplinary Law Journal, v. 2, 1993, p. 01-39.

DA SILVA, Liniker Scolfild Rodrigues et al. **Análise de fatores associados à prática da episiotomia**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 12, n. 4, 2018, p. 1046-1053.

DE OLIVEIRA SACRAMENTO, Emanuele Nascimento. **Uma análise do programa de apoio e proteção a testemunhas, vítimas e familiares de vítimas ameaçadas à luz das políticas públicas**. Revista da Faculdade de Direito UFPR, v. 56, 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, 2004, p. S52-S62.

FERREIRA, Jéssica Barbosa; DA COSTA, Amanda Pereira Vera; ANDRADE, Ursulla Vilella. **Assistência de enfermagem ao parto: o uso da manobra de Kristeller-revisão**

integrativa [Midwifery care in childbirth: the use of Kristeller's maneuver-integrative review]. *Enfermagem Obstétrica*, v. 5, 2018, p. e94.

HORTA, Natália de Cássia et al. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática. In: Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática.** 2012. p. xvi, p. 342-xvi, 342.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **IBGE CIDADES. MUNICÍPIOS DE SANTARÉM/PA.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>. Acesso em: 18 de jul. 2021.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **Políticas públicas sociais. Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento-CEDE.** Texto para discussão n. 92, fev. 2014.

LIMA, Marcelo; MACIEL, Samanta Lopes; PAZOLINI, Michele. **Políticas de Estado versus políticas de governo.** *RTPS-Revista Trabalho, Política e Sociedade*, v. 4, n. 6, 2019, p. 69-84.

MARTINS, Fabiana Lopes et al. **Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico.** *Revista Saúde em Foco*, v. 11, 2019, p. 413-423.

MASSA-ARZABE, Patrícia Helena. **Dimensão jurídica das Políticas Públicas.** In: BUCCI, M. P. D. (Org.). *Políticas Públicas: Reflexões sobre o conceito jurídico.* São Paulo: Saraiva, 2006, p. 51-74.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acesso à informação institucional.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 14 de ago. 2021.

OEA- Organização dos Estados Americanos. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará),** 1994.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

RIPLEY, Randall B. **Public policy theories, models and concepts: an anthology.** Org. Daniel C. Mc Cool. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva et al. **O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 4, 2009 p. 880-888.

SALISBURY, Robert H. **The analysis of public policy: a search for theories and role.** In: THEODOULOU, S. Z.; CAHN, M. A. *Public policy: the essential readings.* Upper Saddle River (NJ, EUA): Prentice Hall, 1995, p 34-37.

SANTOS, Gilmara Lúcia dos. **Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**, 2013. Dissertação (Mestrado)- Curso de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública- Sérgio Arouca-ENSP, Brasília, 2013.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão**. Escola Anna Nery, v. 10, 2006, p. 552-559.

SCHMITTER, Philippe C. **Reflexões sobre o conceito de política**. *Revista de Direito Público e Ciência Política*, v. 8, n. 2, 1965, p. 45-60.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ (SESPA). **Institucional**. Disponível: <http://www.saude.pa.gov.br/institucional/>. Acesso em: 14 de ago. 2021.

SOLHA, R.K.D. T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Editora Saraiva, 2014. 9788536513232. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513232/>. Acesso em: 11 Jul. 2021.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

THEODOULOU, Stella Z. **The contemporary language of public policy: a starting point**. In: THEODOULOU, S. Z.; CAHN, M. A. **Public policy: the essential readings**. Upper Saddle River (NJ, EUA): Prentice Hall, 1995b, p. 1-9.

WAGNER, Marsden. **Fish can't see water: the need to humanize birth**. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, 2001, p. S25-S37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/ Acesso em: 27 de nov. 2017.

ZORZETTO, Ricardo et al. **Escolha errada**. *Revista Pesquisa FAPESP*, v. 124, 2006, p. 39.

APÊNDICE

ROTEIRO GUIA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Sabe-se que a Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem por objetivo organizar uma rede com vistas a garantir o cuidado materno-infantil implementar da portaria nº 1459 de 2011 diante disso gostaria que a (o) sr. (a) falasse um pouco sobre a relação dessa estratégia com a humanização da assistência à gestante no contexto do sistema/Rede de Saúde do Município de Santarém.
2. Você acredita que existem barreiras para a concretização dos objetivos da Rede Cegonha?
3. Se sim, ao seu ver, quais seriam? (em caso de resposta positiva)
4. Se não, gostaria que desse alguns exemplos de ações que visam atender esses objetivos? (em caso de resposta negativa)
5. O art. 4º da portaria 1459/2011 apresenta as diretrizes da Rede Cegonha, ao seu ver, a partir da estrutura física e pessoal disponibilizadas pelos centros de atendimento, é possível garantir a assistência humanizada à gestante e ao seu bebê nos termos das diretrizes da estratégia? Gostaria que pontuasse situações relacionadas ao pré-natal e ao parto para melhor apontar suas impressões.
6. Em 2012 foi iniciada a obra de construção do Hospital Materno- Infantil, a qual foi paralisada em 2015, não tendo sido concluída até o presente momento. Ao seu ver, a ausência do hospital Materno-infantil representa um obstáculo para a adequada/humanizada assistência à gestante e ao seu bebê?
7. Se sim, em que medida a conclusão das obras e funcionamento do Hospital Materno-Infantil oportunizaria uma assistência adequada à gestante?
8. Conforme fora mencionado anteriormente, a redução da mortalidade materna e infantil é um dos objetivos da implementação da Rede Cegonha. Diante do contexto da realidade Santarena, como você avalia o cumprimento desse objetivo? Você poderia apontar os avanços e obstáculos para que se atinja esse objetivo?
9. Sabe-se que um dos objetivos da estratégia Rede Cegonha é a redução da mortalidade materna e infantil. Diante disso, o monitoramento de óbitos maternos e infantis por meio do Comitê de Mortalidade Materna e Prevenção ao Óbito Infantil assume importante papel na melhoria na redução das taxas de mortalidade.
Como você avalia importância da atuação do Comitê ante as especificidades da região santarena?

10. Quais são os principais desafios para a redução da taxa de mortalidade materna e infantil no município de Santarém/PA?

11. Sabe-se que a violência obstétrica consiste na violência cometida contra a gestante durante os momentos: gestação, parto e pós-parto imediato consistindo na violência física (episiotomia, manobra de Kristeller, dentre outras práticas não recomendada pela OMS) e violência psicológica (xingamentos, infantilização da mulher, etc).

Diante disso, nós sabemos que, de maneira diversa a pratica apontada, a Rede Cegonha apresenta como um de seus objetivos o acolhimento da gestante e uma das diretrizes é a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e ambos almejam garantir a oferta de boas práticas e a redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011a).

Diante da relação do conceito de Violência Obstétrica e de assistência trazidas pela portaria de implementação da estratégia Rede Cegonha. Como você avalia o cenário atual da rede de Assistência à gestante ao bebê no município de Santarém?

12. Você consegue identifica a ocorrência de Violência Obstétrica no modelo de assistência à gestante praticado no município de Santarém?

13. Ao seu ver, a estrutura de assistência à gestante no município de Santarém/PA está em consonância com a estratégia Rede Cegonha?

14. Em que estágio de implementação da estratégia Rede Cegonha você acredita que estamos? E em que medida e aspectos há de melhorar para que possamos avançar ainda mais?